



Programme 2017-2021 de Memisa et MSV au Bénin

MEDECINSSANSVACANCES
ARTSEN ZONDERVAKANTIE
MEDICSWITHOUTVACATION
LE SAVOIR GUÉRIT



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



Belgique

partenaire du développement



1. Contexte de l'évaluation	7
1.1. Objectifs	7
1.2. Déroulement de la mission	8
1.2.1. Programme de la mission.....	8
1.2.2. Activités menées	9
1.2.3. Méthodologie.....	9
2. Analyse des dispositifs proposés et des performances	11
2.1. La Théorie de changement	12
<i>Mesures pour améliorer la gestion</i>	15
<i>Mesures pour améliorer le TRC</i>	15
3. Evaluation de l'intervention	18
3.1. Pertinence.....	18
3.2. Efficacité.....	19
3.2.1. Mesure de l'efficacité à travers d'autres indicateurs du cadre logique.....	22
3.2.2. Indicateurs communautaires.....	24
3.2.3. Analyse	25
3.3. Efficience.....	26
3.4. Durabilité	27
3.5. Satisfaction des bénéficiaires finaux et autres groupes cibles	28
3.6. Impact	29
3.7. Stratégie de partenariat.....	29
3.8. Nécessité d'une phase supplémentaire (Post 2021)	31
4. Analyse de structures visitées	31
4.1. Hôpital Sounon Séro de Nikki.....	31
4.2. Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko.....	34
4.3. Hôpital de Bassila	41
5. Recommandations	45
5.1. Au niveau stratégique	45
5.2. Au niveau de l'offre de soins	46
5.3. Au niveau de la demande	46
5.4. Au niveau du genre	46
Annexe.....	47
Annexe 1. Termes de référence (voir fichier)	47

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 29 août au 5 septembre 2021 (Programme en annexe).

Elle a permis de visiter 3 hôpitaux de zone, deux équipes cadres et d'échanger avec des responsables de centres de santé, en collaboration étroite avec AMCES, BEC et URAMO.

Cette mission d'évaluation finale confirme de bons résultats du programme dans toutes les structures/équipes visitées.

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 était d'évaluer le Programme commun DGD 2017-2021, vérifier globalement et de manière indépendante les résultats du projet/programme (produits, effets, impact) et apprécier l'efficacité, l'efficience, la pertinence, la durabilité du programme et l'impact en matière de développement. La mission d'évaluation a aussi assuré le suivi des recommandations de l'évaluation intermédiaire de 2019.

A partir d'une mission de 7 jours sur le terrain, les deux experts évaluateurs ont rencontré des acteurs concernés par l'intervention dans 3 hôpitaux de zone et 2 zones sanitaires. Cependant, l'évaluation porte bien sur l'ensemble du programme (entre autres grâce aux ressources documentaires et échanges avec les partenaires) et propose des recommandations générales applicables à l'ensemble des structures.

La théorie de changement apporte une vision à long terme à l'intervention qui s'inscrit dans la durée. C'est un bon cadre de référence mais sans doute insuffisamment utilisé et documenté. Mais elle s'inscrit dans la continuité et doit être une base d'un futur Programme (et plaide pour la continuité des appuis pour une période de 5 ans). 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 mieux documenter les hypothèses.

Si le Programme a fortement appuyé l'offre des services de santé, l'appui à la demande est aussi primordial mais a été moins bien développée. L'augmentation des subventions pour l'accès aux soins de santé a été pertinente en cours de programme. Cela a amélioré la couverture de prise en charge de familles indigentes, mais n'a pas fondamentalement eu d'impact sur des indicateurs de santé particuliers.

La pertinence du programme est très positive car l'intervention répond parfaitement à des besoins croissants des patients. Il est aligné avec les priorités et les orientations en santé publique du MS et est adapté aux besoins de professionnels de santé des hôpitaux et services de santé soutenus.

La cohérence externe, en termes d'articulation du partenariat entre les acteurs béninois et belges, s'est nettement améliorée. La cohérence interne du projet (cadre logique et ToC) est très bonne mais devrait favoriser l'intégration de l'approche genre de manière plus transversale et systématique.

Les perspectives de durabilité du programme sont positives car, globalement, l'engagement institutionnel est clair et les dispositions administratives et budgétaires pour assurer la continuité du programme ont été mises en place.

La satisfaction de toutes les parties prenantes est en général très positive. Les patients apprécient la qualité de l'accueil, de la prise en charge, une meilleure gestion de certaines maladies. Il reste cependant une barrière d'accès géographique et financier. Le leadership des équipes de direction et la motivation des personnels doit cependant encore être renforcés.

La continuité du programme dans le Borgou, après 2021, est considérée comme fondamentale pour des raisons de type partenarial (la synergie entre partenaires s'est améliorée et d'autres partenaires pourraient venir les renforcer) et de type opérationnel (la continuité de la consolidation des capacités des professionnels et l'amélioration de l'accessibilité).

L'impact de l'amélioration des infrastructures, équipements et formations est réelle, mais il reste à développer des outils pour mesurer les effets de la composante TRC/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) Appuyer les MS dans sa politique de couverture santé universelle, (ii) Préparer la prolongation du programme, élargir les partenariats et revoir les conventions ; (iii) Mieux opérationnaliser les Plans d'établissement hospitaliers et les plans stratégiques des ZS ; (iv) Renforcer le leadership au niveau des hôpitaux ; (v) Renforcer le cadre d'auto-évaluation et le système de suivi-évaluation ; (vi) Développer les approches communautaires ; (vii) Renforcer et intégrer l'approche genre.

1. Contexte de l'évaluation

Cette évaluation finale se déroule deux années après l'évaluation intermédiaire du Programme et a été menée par la même équipe d'évaluateurs. Cela a permis d'approfondir l'analyse de certains aspects de l'intervention et d'assurer un meilleur suivi des recommandations antérieures.

Malgré la crise de la Covid-19, la planification de cette évaluation a été maintenue et toutes les parties prenantes ont pu être rencontrées sur le terrain.

1.1. Objectifs

L'objectif général attendu de la mission est d'évaluer le Programme commun DGD 2017-2021, d'analyser les indicateurs de résultats et d'impact incluant la collaboration entre partenaires, ainsi que donner des recommandations pour un futur programme

L'évaluation a aussi comme objectifs complémentaires:

- 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. Il a aussi été demandé de porter une attention particulière à la cohérence entre le contenu réel des différentes planifications (programme et autres) et les éléments à évaluer concernant les "Résultats tangibles de l'activité" et "Changements résultants de l'activité."
- Faire le suivi de la Théorie de Changement à la base de l'intervention 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 programme (ou le nouveau Programme),
- Apprécier l'attention donnée aux thèmes transversaux de genre et environnementaux.

En particulier, pour l'évaluation finale (AR 11/09/2016, art 44) :

- Memisa et MSV doivent rendre compte sur l'atteinte des résultats. L'évaluation finale a pour objectif principal d'apprécier l'atteinte de tous les outcomes à la fin de l'intervention.
- L'évaluation finale respecte les critères déterminés par le CAD.
- Apprécier le thème prioritaire « Travail décent » lors des évaluations.

Autres objectifs d'évaluation :

- Evaluer les indicateurs « finaux » du programme, proposer de nouveaux indicateurs si nécessaire et évaluer la pertinence des indicateurs utilisés comme marqueurs de progrès en vue d'améliorer le volet monitoring de la méthodologie TRC
- Analyser les conséquences de certains choix stratégiques
- Analyser l'appui aux autres initiatives locales dont l'approche communautaire
- Faire un suivi de la collaboration / partenariat Memisa-MSV et avec les partenaires locaux et analyser les échanges de bonnes pratiques entre partenaire comme élément d'apprentissage pour la durabilité technique et l'appropriation
- Analyser des synergies avec d'autres partenaires (Enabel)
- Prendre en compte les enquêtes de satisfaction des patients.

1.2. Déroulement de la mission

Cette mission d'évaluation a tenu compte des recommandations de MEMISA et de MSV pour mettre en place une démarche participative et mobilisatrice d'une série d'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 7 jours sur le terrain, les deux experts évaluateurs ont rencontré des acteurs concernés par l'intervention dans 3 hôpitaux de zone et 2 zones sanitaires. En effet, il a été discuté avec les partenaires de la possibilité de plutôt se concentrer sur quelques hôpitaux et structures de santé, « représentatives » des autres appuis du Programme, afin de mener localement des analyses plus approfondies et de « transposer » leurs résultats aux autres structures « similaires » non visitées.

Cependant, l'évaluation porte bien sur l'ensemble du programme (entre autres grâce aux ressources documentaires et échanges avec les partenaires) et propose des recommandations générales applicables à l'ensemble des structures. Il a ainsi été effectué une évaluation du niveau des résultats atteints, 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 livrables 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	30/08	Rencontre avec AMCES Travail sur les ressources Organisation logistique Accueil équipe URAMO
Ma	31/08	Briefing de la mission avec l'équipe de l' URAMO Départ pour l' Hôpital Sounon Sero de Nikki . Rencontre avec l'équipe de l'Hôpital. Animation des focus groupes. Rencontres avec la direction et les chefs de service.
Me	01/09	Visite de l' Hôpital Sounon Sero de Nikki Réunion avec le Directeur Déplacement pour le bureau de Zone sanitaire Nikki-Kalalé-Pèrèrè Réunion avec l'équipe de la ZS et animation de deux focus groupes Rencontre de l' ONG en charge du contrôle des fonds d'équité
Jeu	02/09	Déplacement pour l' Hôpital de Bassila . Rencontre avec l'équipe de l'hôpital, de la zone sanitaire. Visite de l'hôpital Déplacement pour l' Hôpital de BOKO . Rencontre avec l'équipe de l'hôpital. Visite de l'hôpital
Ven	03/09	Débriefing avec l'équipe URAMO Débriefing avec l'équipe AMCES
San	04/09	Travail sur Cotonou, analyse des ressources, synthèse des données récoltées et élaboration du rapport d'évaluation
Dim	05/09	Travail sur Cotonou, élaboration du rapport d'évaluation

1.2.2. Activités menées

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

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 des visites ciblées ont été réalisées dans 3 hôpitaux de zone, permettant de rencontrer les opérateurs du projet, les autorités administratives, les responsables des hôpitaux, des zones sanitaires et de certains CS, afin d'évaluer l'opérationnalisation des axes stratégiques du Programme.

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

Partenaires / équipes rencontré(e)s :

- MEMISA
- MSV
- AMCES
- URAMO
- ONG PJUD de contrôle des fonds d'équité
- Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko
- Hôpital Sounon Séro de Nikki
- Hôpital de Zone de Bassila
- ECZS de Nikki
- ECZS de Bassila
- Représentants de la population de Nikki

1.2.3. Méthodologie

L'évaluation finale est une évaluation exhaustive qui livre une analyse sur l'ensemble du programme et avec une perspective de «l'après-programme» et des actions futures à entreprendre. La stratégie principale de l'évaluation a été basée sur la participation d'un nombre ciblé 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 Nikki et de Bassila 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 3 hôpitaux ;
- Professionnels des services médicaux des hôpitaux ;
- Infirmiers des hôpitaux ;
- Infirmières de CS ;
- Représentants des utilisateurs des HZ.

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
- Rapport d'évaluation intermédiaire
- Rapport de revue de la performance 2020
- Indicateurs du cadre logique 2020
- Manuel TRC version 2020
- Missions de revue des activités Memisa-MSV dans les ZS
- Rapport annuel 2020 d'AMCES
- Rapports d'atelier d'appropriation des TRC de différents HZ
- Rapports d'évaluation des TRC 1.0.
- Rapports narratifs 2021
- Rapport sur les dépenses catastrophiques
- Enquêtes de satisfaction
- Synthèse des indicateurs des zones sanitaires
- Synthèses des activités des HZ et des ECZ
- Rapport formation Droit du client
- Les différents TRC version 2.0.

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. 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).
- Rencontre avec les utilisateurs.
- Mise en commun avec l'équipe d'URAMO.

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

La présente évaluation ne va pas reprendre les éléments d'analyse de l'évaluation intermédiaire sur la mise en place des principaux dispositifs et le regard critique qu'on pouvait y apporter. Nous allons essentiellement assurer l'analyse de la suite de l'implémentation de ces stratégies depuis l'évaluation intermédiaire de 2019 et repartir des différentes activités du programme MEMISA MSV menées depuis cette date, et en particulier :

- L'équipement et la mise en service du Bloc des Urgences de HZ Boko
- L'achèvement des travaux de construction de la passerelle du bloc des urgences de HZ BOKO
- L'achèvement et la mise en service du Château d'eau de HSS-NIKKI
- La construction et la mise en service du bloc de l'imagerie médicale de l'HSS de Nikki
- Le lancement des travaux de construction du service de laboratoire de l'hôpital de zone de Tchaourou (Hôpital St Martin de Papané)
- L'acquisition partielle des équipements pour le service de laboratoire de l'hôpital de zone de Tchaourou (Hôpital St Martin de Papané)
- La définition des thèmes de suivi-post formations, validation des TDR en collaboration avec AMCES
- L'évaluation de fin de TRC des hôpitaux de Boko et de Papané
- L'organisation des suivi-post formations planifiées au profit du personnel des zones sanitaires du Borgou, des Hôpitaux du Borgou et de l'Hôpital de Zone de Bassila
- Le démarrage de la mise en œuvre du TRC de l'hôpital de Zone Savalou-Bantè avec la tenue des toutes premières missions de renforcement de capacités
- La participation aux sessions ordinaires des CoSa des ZS et aux Conseils d'Administration des Hôpitaux de Boko, Papané et Nikki.
- L'élaboration des TRC 2.0 des hôpitaux de Nikki et de BASSILA
- L'organisation du suivi des formations du personnel sanitaire qualifié et des relais communautaires des ZS NKP et BS
- L'organisation des activités dans le cadre de la mise en œuvre des Trajets de Renforcement de Capacité des HZ du Borgou, des HZ de Bassila et de Savalou
- L'implémentation de la bactériologie dans les HZ Boko et Papané sous l'impulsion de LUMOS
- La tenue de la formation régionale AMCES portant sur « La rédaction de projet et le plaidoyer » à Parakou et à Cotonou
- L'autoévaluation annuelle 2019 du Programme
- La revue annuelle 2020 des activités du programme MEMISA-MSV 2017-2021 avec les bénéficiaires du Borgou

- Le recrutement en fin du premier trimestre 2020 d'un nouveau Médecin Accompagnateur Technique (M-AT) du Programme pour l'URAMO.

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. Il avait déjà été souligné dans l'évaluation intermédiaire que cette analyse s'approchait plus d'une "Théorie de programme" qui pose des hypothèses sur la manière dont peuvent se produire des changements hypothétiques.

De la théorie de changements se déclinent différentes hypothèses qui sont partiellement répondues en fin de Programme. Cependant, il manque des données pour évaluer la réponse à ces différentes hypothèses. On peut ainsi regretter le peu de démarches de recherches opérationnelles tout au long du Programme. Il semble avoir eu différentes enquêtes (satisfaction des patients, évaluation des TRC 1ere génération, étude sur la planification familiale et l'accès aux soins), mais les résultats n'ont pas tous été utilisés pour faire évoluer les stratégies.

Les éléments de réponse aux hypothèses sont repris sur l'ensemble de ce rapport. Nous reprenons ci-dessous les différentes hypothèses et les éléments complémentaires apportés depuis l'évaluation intermédiaire.

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).

C'est sans-doute une des grande force du programme et l'appui principal des partenaires. Cela passe par les formations en gestion hospitalières d'AMCES, les TRC 2.0, les appuis transversaux aux RH de MSV et les appuis aux formations continues de Memisa. Les premières ont permis l'élaboration des Plan d'établissement hospitaliers et le renforcement de la gestion hospitalière. Les TRC de seconde génération ont identifiés des problématiques prioritaires et se sont nettement mieux intégrés dans le paquet complémentaire d'activités des HZ.

H2 : Le changement des pratiques demande une amélioration des compétences individuelles et une amélioration des compétences collectives.

Il existe un référentiel de compétences "de base" et assez transversal aux différents métiers. Il avait déjà été proposé que ce dernier soit renforcé par des référentiels spécifiques aux métiers et services appuyés. Mais la difficulté du programme reste l'évaluation des compétences individuelles et leur suivi post-formation (TRC). Il manque des bilans de compétences individuels qui puissent évaluer les pratiques en situation et être la base de l'analyse des nouveaux besoins en formation. Ces bilans de compétences pourraient être réalisés par métiers et par services hospitalier. Cela permettrait de mieux appréhender l'impact de ces renforcements individuels sur l'évolution de la qualité des soins et des services.

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 peu les autres éléments. Et cela reste un point faible en général. S'il y a une bonne adhésion aux activités du Programme, il manque de

proactivité et d'appropriation des personnels. Malgré un renforcement du leadership et du management hospitalier, cette hypothèse est fortement liée aux individus, à leur stabilité et au rôle qu'ils jouent dans la théorie de changement.

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. Les partenaires ont peu renforcé cette dynamique de gestion des connaissances alors qu'elle fait partie intégrante des TRC et est un gage de la durabilité. Les raisons sont diverses (institutionnelle, environnementale et individuelle) et doivent être mieux analysées pour y remédier.

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 et de façon générale dans les HZ. Cela s'est fait grâce à des stratégies transversales de renforcement des personnels, d'amélioration des environnements et une meilleure prise en compte des demandes des utilisateurs. La redéfinition des profils de fonction de certains services, la motivation du personnel et un meilleur fonctionnement des structures ont contribué à ces changements.

H6 : Si des mécanismes financiers existent et les services des soins sont perçus comme acceptables, la population aura un meilleur accès aux services sanitaires.

La stratégie d'accessibilité financière aux soins a été revue grâce au renforcement de la stratégie des fonds d'équité des hôpitaux (budget complémentaire, meilleure gestion, contrôle externe). Cela a entraîné des résultats positifs pour les HZ et pour le programme en général, mais influence peu la problématique de l'accessibilité aux soins des plus pauvres. La couverture est très partielle et touche une petite partie du groupe cible. C'est donc une solution temporaire et qui doit nourrir la réflexion de mécanismes de couverture santé et d'assurances accessibles au plus grand nombre. AMCES/Memisa, de par leurs expériences dans d'autres contextes, pourraient renforcer le Ministère par rapport aux projets pilotes en cours et l'évolution de cette couverture santé au Bénin. L'acceptabilité passe aussi par l'amélioration de la qualité des soins qui est réelle dans l'ensemble des structures, avec une meilleure fréquentation de certains services et une satisfaction accrue des patients.

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 leadership des HZ a été renforcé par des formations et des appuis des partenaires. Ces actions ont été amplifiées depuis l'évaluation intermédiaire et nécessitent d'être suivies. D'autres actions restent encore nécessaires pour renforcer d'autres volets du management, l'esprit critique, la motivation, etc.

Ces hypothèses se confirment petit à petit en fin de Programme même si certains aspects sont peu documentés. Le Programme doit disposer de plus de données pour les documenter et stimuler des recherches qui s'intéressent spécifiquement à tel ou tel aspect.

Conclusion : *la théorie de changement apporte une vision à long terme à l'intervention qui s'inscrit dans la durée. C'est un bon cadre de référence mais sans doute insuffisamment utilisé et documenté. Mais elle s'inscrit dans la continuité et doit être une base d'un futur Programme (et plaide pour la continuité des appuis pour une période de 5 ans). 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 mieux documenter les hypothèses.

2.2. Suivi des recommandations de l'évaluation intermédiaire

Cette évaluation finale s'inscrit deux ans après l'évaluation intermédiaire du programme, menée par la même équipe d'évaluateurs. Ce travail avait permis de formuler toute une série de recommandations pour les différents niveaux de l'intervention. Une revue départementale pour analyser ces recommandations a été menée en 2020 et le rapport montre bien que la plupart des remarques et recommandations intermédiaires ont été prises en compte et que certaines ont même contribué à l'élaboration du nouveau Programme (élargissement des partenaires, stratégie d'autonomisation de la société civile, appui aux hôpitaux publics entre autres).

Il est difficile d'évaluer l'effet de la crise Covid-19 sur ces recommandations et la pleine réalisation des activités. Cependant et en regard des résultats, cette crise ne semble pas avoir freiné les activités (même si d'autres ont été ajoutées en termes de formations, ressources matérielles, etc.) ni avoir compromis la pleine réalisation du Programme. Des échanges étroits ont pu être réalisés durant cette crise entre les différents partenaires (via des rencontres virtuelles) et un travail important sur la réduction des risques et l'hygiène hospitalière a été mené.

La présente évaluation concerne bien l'ensemble du Programme même si les visites de terrain ont été ciblées sur certaines structures. Nous reprenons ci-dessous certains éléments d'analyse du suivi des recommandations de 2019. D'autres résultats plus spécifiques aux hôpitaux et structures soutenues seront aussi repris dans la suite du rapport.

Création et développement d'un système de gestion des connaissances

Lors de l'évaluation intermédiaire, il paraissait indispensable de renforcer le système d'information capable de mesurer et de contrôler les résultats des TRC et des formations continues et qui permette de mesurer les progrès des professionnels dans ces domaines.

En 2021, il y a eu un travail réalisé sur l'ensemble des formations pour mieux appréhender les acquis/compétences des personnels. En effet, MSV et Memisa stimulent les hôpitaux à organiser des formations telles que la formation sur le droit du malade en milieu hospitalier qui semble avoir eu des effets directs sur l'accueil des patients. Les formations intégrées aux TRC 2.0 sont suivies tous les 6 à 12 mois sur base d'observations des pratiques professionnelles. Ce suivi se fait via une feuille de route post-formation.

A ce stade, il n'y a cependant pas de système formel de capitalisation et de gestion des connaissances. Même si certains services hospitaliers assurent une continuité et un partage des ressources de formation, ce mécanisme de documentation systématique est insuffisant et ne permet pas un partage à plus grande échelle (à d'autres services par exemple). C'est de la responsabilité d'AMCES/URAMO et des hôpitaux d'améliorer le système de gestion et de pérennisation des TRC.

Mesures pour encourager la proactivité des professionnels

Les partenaires se sont fortement investis dans le suivi de cette recommandation. Cela s'est fait via des formations mais aussi la mise en place de commissions avant le démarrage des TRC. Cependant les évaluateurs ont toujours constaté un manque de proactivité des professionnels et le progrès par rapport à l'évaluation antérieure n'est pas très visible. Bien-sûr c'est une observation générale (car individuellement certaines personnes sont très entreprenantes) liée essentiellement au management des structures de santé et à la faiblesse de certaines directions d'hôpitaux.

Peu de personnel s'est encore pleinement approprié les composantes du programme. Il n'y a ainsi toujours pas une bonne appropriation des activités par les bénéficiaires professionnels des zones sanitaires (ex. gestion des déchets biomédicaux qui est insuffisant dans tous les hôpitaux). Les bénéficiaires prennent peu d'initiatives et n'arrivent pas à analyser leurs faiblesses et à se projeter sur les actions.

Depuis 2020, le personnel s'implique cependant plus dans les activités programmées dans les TRC. Il est ainsi clairement défini des mesures de coresponsabilité, avec un engagement et une responsabilité partagés. Ce cadre favorise que le personnel est poussé à mieux s'impliquer dans la réalisation des activités, comme pour susciter les missions, pour rédiger des TDR et plus s'intéresser aux appuis prévus.

Mesures pour améliorer la gestion

La formation en management hospitalier a été fortement renforcée par AMCES. Il y a ainsi eu différentes formations en gestion hospitalière, élaboration des plans d'établissement, en gestion des ressources, etc. Dans cette dynamique a été démarré dans différents hôpitaux un TRC sur la gestion hospitalière qui intègre l'élaboration du budget et d'autres aspects administratifs.

Il y a donc eu un renforcement global des capacités de gestion de l'hôpital. L'accueil s'est amélioré (69% des malades sont satisfaits de l'accueil, et 89% par rapport à la prise en charge), il y a un meilleur suivi des équipements (maternité, néonatalogie, médecine, maintenance). La capacité organisationnelle semble aussi nettement améliorée.

Mesures pour améliorer le TRC

La période depuis deux ans a vu se clôturer les TRC de 1^{ère} génération et démarrer les suivants de 2^{ème} génération, sur base d'une évaluation et d'une approche participative. Les évaluateurs constatent une vraie évolution des dimensions et du management des TRC qui se reflète par une bonne appropriation par les parties prenantes et une amélioration qualitative des pratiques et de la prise en charge des patients (qui se reflète aussi sur des indicateurs intra-hospitaliers). Les grandes avancées sont entre autres :

- Etablissement de TRC par groupes de pathologie (ex : maladies cardiovasculaires intégrant l'HTA, le diabète, ...).
- Élaboration d'indicateurs pour mesurer les acquis quantitatifs -qualitatifs du TRC.
- Mise en place de mécanismes de suivi de l'appropriation du trajet pour toute l'équipe, même si cet aspect doit toujours être renforcé.
- L'intégration de la capitalisation et du volet gestion de connaissances dans le TRC.

- Développement d'un cadre pédagogique de référence et d'évaluation basé sur les compétences, même si ces dimensions sont peu prises en compte dans le suivi et les évaluations. Il manque ainsi des outils de mesure de l'évolution des compétences d'équipes et transversales, mais aussi d'analyse de l'évolution des pratiques individuelles (bilan de compétences).

Il avait aussi été envisagé de prévoir plus de stages de courtes durées, sous la responsabilité d'AMCES. Il y a eu peu d'avancées là-dessus malgré quelques échanges (pour Nikki, Bassila et Boko), et la crise sanitaire n'a en rien facilité ce type d'échanges. Il manque toujours à ce stade un plan de formation géré par AMCES.

Les contenus des TRC 2.0 des hôpitaux de Bassila et de Nikki ont été élaborés en mars 2020 et des ateliers d'échanges ont été tenus en novembre 2020. MSV a de plus élaboré un "Manuel sur le trajet de renforcement des capacités" en février 2020 qui reprend de manière très opérationnelle les différentes phases de préparation, d'exécution et de clôture du TRC. Les domaines prioritaires retenus ont été la gestion hospitalière, la pédiatrie, les urgences obstétricales et néonatales. Il a été revu les processus d'élaboration, de planification, d'exécution, de suivi et d'évaluation du TRC.

Le renforcement des capacités agit sur trois niveaux que sont: le médicale et paramédicale, les services de soutien (Techniques, Laboratoire, Imagerie Médicale) et l'appui à l'organisation et la gestion de l'hôpital. Ce dernier volet s'est avéré très pertinent en termes de renforcement des capacités institutionnelles des hôpitaux (sur la gestion hospitalière, les plans d'établissement, les approches participatives et communautaires et une meilleure prise en compte des déterminants de la santé et des problèmes prioritaires). Ce travail sur le volet gestion des hôpitaux leur permet un renforcement plus global des capacités de l'hôpital.

Les résultats obtenus pour ces TRC "en cours" ont été favorisés par un travail de capitalisation des premiers TRC (sur base d'une évaluation d'impact du TRC 1.0) et un partage de responsabilités plus clair entre MSV et ses partenaires. Une stratégie de rapportage et de suivi des activités (monitoring sur base des rapports feedback, du tableau récapitulatif, de la note de synthèse et du rapport annuel) a clairement facilité la documentation des résultats. Un travail important (et formatif) a aussi été réalisé sur la planification participative du TRC 2.0 et une pleine appropriation des rôles et responsabilités de chacun. Toutes ces avancées favorisent des stratégies plus intégrées et basées vers des priorités de santé publique locales (travail communautaire sur le diabète, résistance aux antibiotiques, prise en charge des MNT, etc.).

En décembre 2019, MSV a aussi mené une mission de suivi de l'HZ Savalou Banté et démarré le TRC de cet hôpital pour les domaines prioritaires de la gestion hospitalière, les soins post-opératoires (incluant la stérilisation et l'hygiène) ainsi que la maintenance préventive des équipements biomédicaux.

Amélioration de l'efficience à niveau des zones de santé

Le volet de l'amélioration de la demande reste sans doute un des points faibles du Programme. Concernant le Fonds d'équité, il y a eu une remise en question de la stratégie et de vraies améliorations. Cela s'est traduit entre autres par:

- Une révision de la stratégie avec une augmentation du fonds, un meilleur suivi et contrôle des bénéficiaires et un appui financiers nécessaires aux hôpitaux.

- Il n'y a pas eu de concentration de l'intervention sur certaines structures mais un renforcement global de l'appui.
- Une meilleure allocation de ces ressources pour la prise en charge de personnes indigentes.
- Un renforcement de l'approche communautaire.

Concernant la référence / contre-référence, les patients des centres périphériques sont référés plus tôt (avec l'acquisition d'ambulances en 2019) qui se traduit par une diminution en 2020 de la mortalité infantile intra-hospitalière (les structures périphériques réfèrent plus tôt). Les accouchements dystociques augmentent à l'hôpital. Il y a aussi une augmentation de la confiance de la population envers l'hôpital en général.

Installations qui nécessitent des solutions urgentes

Le suivi de cette recommandation a permis une réallocation du budget du Programme entre autres pour donner plus de ressources aux hôpitaux pour l'hygiène hospitalière et les services de chirurgie (incinérateurs, buanderies, salle de réveil, etc.), ce qui a contribué à l'amélioration de la prise en charge au sein des hôpitaux (ex. 60.000 euros accordés à l'hôpital de Bassila pour l'hygiène hospitalière).

Il y a donc eu une flexibilité de certaines interventions dont l'appui en équipement qui n'était pas suffisamment conséquent et a été augmenté après l'évaluation intermédiaire.

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

Ce volet a été discuté lors de la revue des partenaires mais cela n'a pas été pleinement suivi vu le contexte social des hôpitaux. Et cela reste compliqué pour la population sur un plan d'accessibilité financière. La réflexion continue actuellement mais doit être menée au niveau national (via l'assurance maladie, etc.). L'initiative actuelle sur la gratuité des césariennes est précurseur d'un ensemble de mesures qui pourraient être subventionnées par une couverture universelle des maladies.

La réorganisation et le renforcement de l'offre doit s'intégrer dans les plans d'établissement hospitalier. Il y a eu en 2020 un séminaire de partage de connaissances et de bonnes pratiques entre hôpitaux.

Les hôpitaux ne se sont pas organisés « en réseau » vu les spécificités de chaque population couverte et la nécessité d'assurer une accessibilité géographique à tous les services de base. Le manque de ressources humaines qualifiées et le turn-over des professionnels de santé ne facilitent pas la continuité des services et la durabilité des acquis du Programme.

Mise en œuvre d'un Projet médical partagé

Cette recommandation n'a pas été suivie car sans doute trop précoce ou peu adéquate pour les hôpitaux de zone. En effet, ces derniers privilégient l'accessibilité géographique aux services de base et veulent répondre pleinement à la demande globale de la population.

La délocalisation de ressources plus spécialisées dans certains hôpitaux ne fait cependant pas encore partie de la politique nationale de santé même si des initiatives pilotes existent dans le pays. Par contre, le renforcement de la référence vers les structures plus spécialisées reste une priorité.

Le projet médical partagé est donc une notion qui a été mal comprise par les partenaires qui attendent de voir les résultats d'initiatives pilotes du niveau national.

Conventions qui régissent les partenariats

Cette recommandation a été bien suivie et cela s'est traduit entre autres par une révision de la convention de partenariat entre AMCES, MSV et Memisa. Il y a eu un processus d'auto-évaluation des partenaires qui a conduit à un atelier qui a déterminé les bases de la nouvelle convention (surtout effective pour le Programme suivant). Mais des choses très concrètes ont déjà évoluées dont:

- de bonnes relations de travail et de partenariat entre Memisa et AMCES
- la détermination des rôles et responsabilités de chacun
- la plus grande autonomie d'AMCES dans les gestions des budgets (dont ceux destinés à l'URAMO) qui leur facilite le suivi des dépenses du programme et des activités
- la révision des tâches des coordonnateurs techniques d'URAMO.

Ce travail a permis une bonne clarification des rôles et responsabilités de chaque partenaire jusqu'à la fin du Programme.

Il y a donc eu beaucoup d'échanges entre partenaires depuis l'évaluation intermédiaire et un travail sur les "meilleures pratiques" (entre autres lors des ateliers d'appropriation des TRC). Cela a amené aussi la possibilité de s'associer à de nouveaux partenaires pour le Programme suivant (Chaîne de l'Espoir, hôpitaux publics de zone).

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).

L'évaluation confirme le bien-fondé du Programme au regard des objectifs et des enjeux déterminés au départ (pertinence du projet depuis son origine). Ce sont les hypothèses fondatrices (et l'analyse de la théorie de changement) qui ont été bien posées pour assurer la construction de la logique d'intervention. Cette pertinence s'est renforcée au cours du temps avec une meilleure appropriation de certaines stratégies par les partenaires locaux, l'accroissement de stratégies prioritaires (fonds d'équité) et une meilleure mobilisation de ressources.

Le Programme s'intègre dans les orientations stratégiques du PNDS et contribue aux Objectifs spécifiques du Millénaire pour le Développement (OMD) que 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 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.

Les axes de développement proposés sont pertinents car :

- ils s'inscrivent dans les orientations nationales,
- il y a une meilleure prise en compte des besoins et attentes des bénéficiaires finaux, surtout après l'évaluation intermédiaire de 2019,
- les stratégies et interventions sont intégrées aux cadres stratégiques des partenaires,
- Memisa à ces spécificités en termes d'appui au système de santé plus global, MSV idem en termes de renforcement des capacités des hôpitaux. Cette complémentarité apporte une plus-value au Programme et permet d'avoir une intervention plus systémique, avec des actions aux différents niveaux, tout en privilégiant le développement de l'hôpital de zone.

Si le Programme a fortement appuyé l'offre des services de santé, l'appui à la demande est aussi primordial mais a été moins bien développée. L'augmentation des subventions pour l'accès aux soins de santé a été pertinente en cours de programme. Cela a amélioré la couverture de prise en charge de familles indigentes, mais n'a pas fondamentalement eu d'impact sur des indicateurs de santé particuliers.

Par rapport à la bonne gouvernance et au leadership institutionnel, le renforcement des formations, du suivi de proximité et des ressources ont amélioré la gestion des institutions et leur bon fonctionnement. Cependant, cette dimension est variable d'un hôpital à l'autre, et fortement influencée par le leadership de l'équipe de direction et la motivation des personnels (très hétérogène entre les hôpitaux appuyés par le Programme).

Nous pensons qu'il est tout à fait pertinent d'assurer une continuité au Programme (une nouvelle phase). Un « nouveau Programme » serait important pour assurer la continuité des interventions, développer de nouveaux partenariats et faire évoluer les stratégies en fonction des évolutions politiques et institutionnelles locales. Cet avis est partagé à l'unanimité avec tous les professionnels bénéficiaires du projet.

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 bonne (A-B).

Nous estimons un taux de réalisation du projet (comparaison entre les réalisations attendues et les réalisations effectives) à plus de 80%. Le degré d'atteinte des objectifs spécifiques du Programme sont excellents, sur base du suivi des indicateurs du cadre logique :

	Baseline 2015	An 1	An 2	An 3	An 3	An 4	An 5
	Améliorer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité (financière, géographique et culturelle) des soins de santé pour tous						
Outcome/ Objectif spécifique 1	Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès aux soins du plus grand nombre avec une attention particulière aux plus vulnérables par le renforcement des acteurs du niveau périphérique du système sanitaire						
Augmentation du pourcentage des services TRC avec une diminution/stabilisation du taux de décès intra-hospitalier (HZ)	*	ND	ND			0,79	
Augmentation du taux de satisfaction des clients externes des HZ (genre spécifique)	*	ND	ND		ND	0,77	
Augmentation du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les ZS (FS)	0,75	0,63	0,67	0,80	0,81	1,00	0,85
Augmentation du taux d'utilisation des services de santé dans la ZS (FS)	0,55	0,40	0,51	0,60	0,51	0,53	0,65
Résultat 1	La société civile locale est appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction avec des équipes cadres et des organes de contrôle et de gestion des ZS et des FS fonctionnels dans le département du Borgou dans la poursuite du droit à la santé.						
Pourcentage de personnel des EEZS et des Directions des HZ ciblés formés en bonne gouvernance au cours du programme		0,75	0,75	0,60	0,96	XXX	0,80
Augmentation de la proportion des Comités de santé des ZS et Conseils d'administration des HZ fonctionnels (selon les critères établis)	*	ND	ND	0,80	ND	1,00	0,90
Augmentation du taux de malades hospitalisés aux HZ reçus en référence	0,20	0,13	0,11	0,22	0,14	0,15	0,25
Résultat 2	Les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés.						
Augmentation de la proportion d'infrastructures répondant aux normes/en bon état	*	ND	ND		ND	0,78	
Augmentation de disponibilité des MEG traceurs au dépôt répartiteur de la ZS (CS et HZ)	*	1,00	0,90	0,80	1,00	1,00	0,85
Proportion du matériel biomédical acheté au cours du programme en utilisation (milieu spécifique – gestion durable)			0,90	0,90			0,90
% des HZ appuyés qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive du matériel	**		0,60	0,50			0,80
Résultat 3	Les compétences médicales et organisationnelles du personnel des formations sanitaires ciblées sont améliorées.						
% de personnes formées/ prévues issues des ZS au cours du programme		0,82	0,82	0,80	1,00	XXXX	0,90

(genre spécifique)							
Diminution du ratio de mortalité périnatale parmi les Accouchements Professionnellement Assistés	37/1000 NV	35,00	20,00	35/1000 NV	23,00		30/1000 NV
% des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences médicales	**		1,00	0,60			0,80
% des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences organisationnelles	**		0,80	0,60			0,80
Résultat 4	L'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population du Borgou.						
Augmentation du taux de rétention du personnel féminin qualifié au sein des FS éloignées et défavorisées	*	0,96	0,94		0,98	1,00	
Augmentation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives dans les ZS	0,18	0,15	0,14	0,20	0,11	0,13	0,23
% de relais communautaires formés/prévus issus des ZS au cours du programme (genre spécifique)		0,49	0,50	0,50	0,99	0,50	0,90
% dossiers indigents acceptés/dossiers indigents présentés	*				0,84	0,97	

Pour les résultats de l'OS 1 : *Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès aux soins du plus grand nombre avec une attention particulière aux plus vulnérables par le renforcement des acteurs du niveau périphérique du système sanitaire* :

- La participation communautaire a été améliorée par le renforcement des rôles des comités de santé et l'appui au CA des HZ (dont celui d'AMCES). Le rôle des Coge s'est nettement amélioré depuis l'évaluation intermédiaire et des formations sur le leadership et la gouvernance ont été proposées aux EEZS et directions des HZ. De nombreux relais communautaires ont été formés, favorisant des liens plus directs avec les structures de santé. Enfin, il y a une vraie amélioration de la référence (et contre-référence) même si ce taux pourrait encore être amélioré (problèmes de transports, perdus de vue, accessibilité financière, ...).
- Les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles ont été des appuis importants de programme avec des résultats positifs sur la qualité des soins et l'amélioration de l'environnement de travail. Il y a eu une bonne disponibilité des MEG pour les ZS et HZ tout au long du programme. Une part importante du budget a été consacrée à l'achat de matériel biomédical en privilégiant les achats nationaux afin d'assurer un meilleur suivi de ces investissements et favoriser une maintenance locale. Les HZ ont de plus fortement renforcé leurs services de maintenance et gagnent petit à petit en autonomie par rapport à l'entretien et la prévention (et réparation) des pannes.
- Les compétences médicales et organisationnelles du personnel des formations sanitaires ciblées sont améliorées et le progrès est encore plus visible depuis l'évaluation intermédiaire. Cela est dû à la stratégie des TRC 2.0, aux formations continues appuyées par les partenaires et dans les hôpitaux visités, à un cadre

institutionnel qui responsabilise mieux les différents acteurs par rapport aux résultats à atteindre. Cela se marque aussi par une hygiène hospitalière améliorée, des taux d'occupation des lits en augmentation dans certaines structures, une meilleure satisfaction des patients, une diminution du ratio de mortalité périnatale à l'hôpital, ainsi que des structures périphériques mieux soutenues et encadrées.

- L'accès géographique et financier aux soins de santé a été amélioré, ce qui contribue à une amélioration des soins pour la population cible. Le Programme a beaucoup travaillé sur l'appui aux structures périphériques isolées et le soutien aux professionnels de santé féminins (avec un taux de rétention du personnel quasi de 100%). Les échanges avec ces personnels confirment la pertinence de la stratégie et son efficacité sur l'accessibilité à des soins de base de meilleure qualité. Un autre indicateur intéressant est l'augmentation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives dans les ZS (entre 10 et 15% en fonction des ZS). C'est un indicateur indirect qui montre un renforcement des activités de base et une meilleure acceptabilité de la population des stratégies de protection de la mère et de l'enfant. Enfin, la stratégie d'inclusion des dossiers de personnes indigentes a été renforcée depuis deux ans entre autres par une augmentation des sommes allouées aux fonds d'équité, une meilleure gestion de ces fonds par les hôpitaux et un contrôle plus régulier des dossiers des bénéficiaires.

Pour la quasi-totalité des indicateurs de résultat du cadre logique du Programme, il n'y a pas véritablement d'écarts par rapport aux cibles fixées. Même s'il est difficile d'analyser la contribution exacte du Programme aux résultats obtenus, on peut affirmer que ces derniers ont fortement été influencés par le Programme et ses ressources. Une des forces du Programme a été sa capacité à s'adapter à l'évolution de la situation (crise Covid, révision des investissements prioritaires, adaptation de la stratégie des fonds d'équité) sans pour autant dénaturer les résultats et objectifs initiaux (et donc la pertinence).

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

- L'augmentation du taux de satisfaction des clients suite aux enquêtes dans les quatre HZ du Borgou (jusqu'à 90%).
- Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les ZS a augmenté en 2020 pour atteindre 82,6% avec toujours une faiblesse importante dans la ZS de Tchaourou (53%).
- Le taux d'utilisation des services de santé dans la ZS (FS) a augmenté (autour de 55%) avec de fortes disparités entre zones (80% à Bassila et 42% à Tchaourou et Nikki). Ces chiffres dénotent avec ce que nous avons observé sur le terrain (une faible fréquentation de Bassila par rapport à Nikki). Cet indicateur est encore trop bas, par manque d'accessibilité de la part de la population et/ou un manque de confiance dans la capacité de résolution des services de santé.
- Le ratio de mortalité périnatale (pour accouchements assistés) est de 13% avec de grandes différences entre HZ (et une mortalité accrue à Papané). La diminution de cet indicateur, dont l'objectif est de 20%, a été atteinte par tous les hôpitaux à l'exception de Papané. L'indicateur de mortalité périnatale est très sensible à l'amélioration de la pratique médicale et dans ce cas, ces résultats représentent une réussite importante à niveau de l'efficacité du Programme.

- Tous ces décès ont fait l'objet d'audits dont certains encadrés par un expert pédiatre d'un des hôpitaux de référence. Se pose alors la question de soins périnataux plus efficaces en termes d'accessibilité, d'accroissement du plateau technique ou de liens plus étroits avec les hôpitaux de référence (avec services de néonatalogie ou qui s'y approchent).
- Par rapport au pourcentage de personnel des EEZS et des Directions des HZ formés en bonne gouvernance au cours du programme (objectif fixé à 75%), il a été nettement dépassé grâce à un effort particulier réalisé depuis 2019.
- La proportion des Comités de santé des ZS et des Conseils d'administration des HZ fonctionnels est bien de 80%, ce qui, a priori, est un bon résultat.
- Concernant l'augmentation du taux de malades hospitalisés dans les HZ reçus en référence (objectif de 11%), l'objectif est partiellement atteint mais cela reste un élément faible du Programme malgré le travail sur la référence / contre-référence et la bonne liaison entre les centres de santé et les hôpitaux. La problématique reste tant communautaire que liée au système de santé local.
- L'augmentation de la disponibilité de Médicaments essentiels génériques (MEG) au dépôt de la ZS est parfaite (100%) et continue dans le temps.
- Le matériel biomédical acheté au cours du programme et utilisé a dépassé les objectifs initiaux.
- La maintenance préventive du matériel (objectif 60%. Résultat : autours de 40 à 50%) a eu des avancées importantes depuis 2019 (formations, recours aux fournisseurs locaux, développement des équipes, etc.).

Indicateurs des hôpitaux de zone : nous reprenons ci-dessous la synthèse des indicateurs hospitaliers du 1^{er} trimestre 2021

	Total	Masculin	Féminin
Taux de décès intra Hospitalier par service TRC	Néonat 5%	3,72%	1,67%
	Pédiatrie 7%	3,52%	3,48%
	Maternité 1%	0,00%	0,76%
	Médecine 5%	2,56%	2,15%
	Chirurgie 4%	2,77%	1,12%
	Total 4%	2,08%	1,80%
	Taux de malades hospitalisés aux HZ reçus en référence (Taux reçu en référence avec fiche de référence à préciser)	13,12%	5,61%

Taux de décès dans les 24 heures après admission dans les HZ (décès tous services pris en compte)	1,80%	0,95%	0,84%
Taux de suppuration du site opératoire	1,63%	0,73%	0,90%
Taux de décès maternel intra-hospitalier avant 24 h	0,84%		0,84%

- Le taux de décès hospitalier par service TRC se situe dans une moyenne annuelle de 4% et est très faible en maternité et plus élevé en pédiatrie. L'analyse de ces valeurs spécifiques de chaque service TRC montre une létalité très faible dans tous les services à Boko et plus importantes dans des services de néonatalogie et pédiatrie (jusque 10%) d'autres hôpitaux.
- Le taux de suppuration du site opératoire se maintient mais est le double à Papané par rapport aux autres structures.

Depuis l'évaluation de 2019, il semble avoir été installé un suivi spécifique aussi bien de la mortalité maternelle que de la mortalité périnatale, avec une prise en compte des audits dans le changement des pratiques et l'intégration de certains éléments dans les TRC 2.0.

3.2.2. Indicateurs communautaires

Taux de satisfaction des clients externes des HZ

Les enquêtes annuelles de satisfaction des clients sont maintenant bien instaurées. Elles montrent un niveau de satisfaction important et évolutif dans le temps. Un travail a été réalisé sur l'accueil dans les HZ (grâce à une formation sur le droit du patient entre autres).

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

Les équipes cadres des zones sanitaires sont de mieux en mieux outillées pour encourager et soutenir les organes de participation communautaire et pour assurer leur fonctionnement. De nombreuses formations dans ce sens se sont déroulées depuis 2019. AMCES siège au CA de plusieurs hôpitaux.

Proportion de ménages avec des dépenses de santé catastrophiques

En septembre 2020, Memisa a commandé une étude pour mieux connaître la population desservie et la problématique des dépenses catastrophiques de santé dans le département du Borgou. L'étude s'est inscrite dans le cadre des recherches opérationnelles du programme effectuées dans le Borgou en 2020. Les conclusions des évaluateurs indiquent que « ce type d'étude permet uniquement d'identifier les ménages qui engagent des dépenses catastrophiques de santé et ignorent ceux qui se retrouvent dans l'incapacité d'engager ces dépenses et qui renoncent aux soins par faute de moyens ».

Cette étude s'est donc centrée sur « l'estimation de l'exposition aux dépenses catastrophiques plutôt qu'à leur apparition ». Il ressort que 46% des ménages seraient potentiellement exposés aux dépenses catastrophiques de santé selon le seuil retenu. Ces résultats confirment la pertinence de la stratégie Fonds d'équité mise en place par Memisa et ses partenaires pour

atténuer les coûts des soins hospitaliers des patients les plus vulnérables, en attendant les avancées des pouvoirs publics sur l'élaboration d'un système de protection sociale (ARCH) qui couvre toutes les strates de la population.

3.2.3. Analyse

Les objectifs du programme ont été atteints. La satisfaction des patients a globalement augmenté, liée essentiellement à une amélioration de l'accueil et partiellement à la qualité des soins. Il persiste cependant un problème d'accessibilité financière (et culturelle) dans la majorité des ZS, qui doit mieux être appréhendé par le Programme et par les autorités publiques.

De nombreux aspects de l'analyse de situation initiale (en 2017) ont été abordés et améliorés avec le Programme, dont le renforcement des infrastructures et des personnels de santé. Pour ce dernier volet, l'instabilité du personnel persiste et n'est pas dû directement au Programme. Mais la bonne compréhension des raisons de ce turn-over permettrait d'isoler les causes les plus vulnérables sur lesquelles le Programme pourrait avoir un certain effet (comme pour la stabilité des personnels en zones isolées).

En ce qui concerne le taux de grossesses assistées par du personnel qualifié, les résultats s'améliorent toujours. Cela pourrait se traduire par une baisse de la mortalité périnatale et de la mortalité maternelle. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives s'est également amélioré, ce qui aura un impact positif sur la couverture de la planification familiale. Cependant, la fréquentation des services de santé dans les zones de santé reste trop faible.

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 renforcée permet une certaine durabilité de tous ces investissements. Les structures réhabilitées dans les hôpitaux et les équipements médicaux fournis par MEMISA et MSV ont également permis de renforcer de pratiques cliniques introduites par les missions de volontaires et des experts locaux.

La formation du personnel s'est considérablement améliorée, comme l'ont unanimement déclaré les professionnels hospitaliers, en raison notamment des TRC 2.0 et des missions d'accompagnement d'experts nationaux. Les professionnels apprécient également les actions de formation à court terme menées chaque année.

Le système de suivi des activités et les indicateurs de résultats ont aussi été améliorés tant chez les partenaires (AMCES / URAMO) que dans les structures soutenues. Le suivi des activités se fait régulièrement sur base d'indicateurs de processus essentiellement. Les indicateurs de résultats sont mis à jour trimestriellement par structure et de façon générale.

Tous les HZ ont leur plan d'établissement hospitalier (PEH) qui est leur cadre stratégique et opérationnel pour les deux à trois années à venir. Ces PEH n'ont pas été validés à ce stade par le Ministère de la santé (et donc les budgets n'ont pas été confirmés), mais sont une bonne base de travail. C'est une avancée considérable en termes de planification et de gestion des ressources pour ces structures. L'appui d'AMCES et des partenaires est indéniable.

Par contre, malgré ces cadres institutionnels structurants et les appuis aux ressources humaines, il se dégage toujours (de façon subjective) une certaine inertie de certains professionnels rencontrés ou une appropriation insuffisante des composantes du Programme.

Cette évaluation finale confirme une amélioration de nombreux aspects malgré les difficultés rencontrées dont la crise de la Covid-19. La population gagne en confiance et les activités des hôpitaux s'améliorent. D'autre part, l'hôpital se renforce sur les aspects de gestion, de leadership et de mobilisation des ressources, éléments qui doivent encore être appuyés.

3.3. Efficience

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).

L'efficience étudie donc la relation entre les moyens mis en œuvre et leurs coûts, d'une part, et les résultats obtenus d'autre part. Cette évaluation finale confirme que les ressources du projet (fonds, investissements, expertises, coordinations, ...) ont pleinement été utilisés et ont favorisé les résultats du Programme.

Nous n'allons pas ici faire une analyse détaillée des lignes budgétaires, leur bonne utilisation, les éventuels retards et autres dépassements. Notre évaluation permet cependant d'apprécier que les ressources ont bien été mises en place et utilisées.

Au regard des principaux résultats, ces ressources ont été utilisées en temps voulu, il y a eu des réadaptations nécessaires et cela a favorisé un ratio coût/efficacité plus optimal.

L'ensemble des analyses faites dans le rapport d'évaluation intermédiaire concernant l'efficience, reste d'actualité en fin de Programme, dont entre autres :

- 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 privilégier depuis plus d'un an des experts locaux (plutôt que des missions internationales) à moindre coût mais surtout qui puissent assurer un meilleur suivi des appuis, a été un vrai élément d'amélioration du Programme.
- Le Programme a mis l'accent sur l'accès financier aux soins à travers les fonds d'équité, mais aussi par des stratégies d'appuis aux relais communautaires, aux dynamiques communautaires de sensibilisation aux soins de santé, à la prévention des maladies, à l'appui d'initiatives en matière de lutte contre la malnutrition, pour l'évacuation communautaire des urgences, etc. Tout cela vise une plus grande autonomie des communautés et de leurs partenaires et a favorisé de meilleurs résultats sur ces aspects spécifiques.
- Le travail important sur la gouvernance et le bon fonctionnement des organes de coordination et de contrôle des zones sanitaires et des HZ, contribue à une meilleure efficience des stratégies. L'investissement de l'accompagnement par les équipes URAMO/AMCES est tout à fait nécessaire pour le Programme et reste un élément clé du partenariat avec les HZ et zones appuyées.
- Les évaluateurs ont encore mieux apprécié les efforts déployés par les professionnels de l'AMCES et de l'URAMO, mais le questionnement sur le budget alloué à cette

- coordination (22% du budget à cet axe gouvernance et 28% en tout) est encore nécessaire (pour le Programme suivant entre autres).
- Cette évaluation confirme toujours la nécessité d'améliorer le fonctionnement du fonds 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 mieux appréhendé, nous considérons que cet axe pourrait devenir efficient, s'il permet de faire évoluer le système et d'appuyer les politiques publiques en la matière.
 - Par rapport aux synergies MEMISA-MSV, ce partenariat permet de rationaliser les coûts d'accompagnement du programme par le partage des frais pour le soutien à AMCES, de travailler sur des objectifs communs (renforcement des HZ, stratégies d'intervention complémentaires (MEMISA travaille sur les trois axes et MSV sur l'offre des soins), de partager des mêmes indicateurs de suivi et de travailler ensemble sur le système de référence et contre référence. Peut-être qu'il serait possible d'améliorer encore ces synergies dans la mise en œuvre opérationnelle concernant l'axe formation. Le partenariat a aussi gagné en efficience par une meilleure planification et coordination du programme malgré la crise sanitaire et les autres contraintes rencontrées.
 - Pour le prochain Programme, l'efficience passera par plus d'appuis aux partenaires communautaires et la révision des structures ciblées et soutenues.

3.4. Durabilité

La durabilité de l'intervention est structurée autour des grandes composantes du programme et prend en considération quatre dimensions : la durabilité institutionnelle, la durabilité financière, la durabilité technique et la durabilité sociale.

Il est assez clair que dans ce Programme, la majorité des objectifs fixés et des résultats obtenus sont de nature à se maintenir, voire à s'amplifier dans la durée, si les Directions des structures soutenues intègrent pleinement les acquis. Il n'y a de plus aucun doute sur la durabilité des structures/institutions appuyées.

La viabilité est donc réelle même si on peut s'attendre à l'avenir à des changements sur la manière dont les financements externes (un autre Programme) soutiendront les structures.

Elle est donc jugée bonne (B) car :

- Les paramètres clés d'appréciation de la durabilité ont été mis en place par les partenariats institutionnels. La réflexion clé en lien avec la durabilité réside dans le renforcement des axes gouvernance et accessibilité, mais aussi au maintien des agrandissements/rénovations de certaines structure et de leurs offres de service, la maintenance des installations et équipements ainsi que le maintien dans le temps du programme de renforcement des capacités et de formation continue. Il est aussi préconisé plus de recherches opérationnelles, afin de consolider et faire évoluer ces structures et les liens entre les différents niveaux de soins.
- Les plans d'établissement hospitaliers ont été élaborés mais doivent encore être formalisés au niveau du Ministère.

- Les avancées logistiques, d'investissements et de maintenance permettent des avancées importantes sur plusieurs aspects du fonctionnement des HZ. Il persiste néanmoins encore certaines difficultés (électricité, équipements, etc.) qui doivent être appréhendées par les structures concernées.
- 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.
- Le renforcement des capacités reste 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 répondent à toutes les caractéristiques d'un agent de changement.
- La durabilité et son impact passeront par la continuité du renforcement des compétences des professionnels (dans le temps et pour les nouveaux personnels) et des bilans de compétences (individuels et d'équipe) réguliers pour suivre l'application de bonnes pratiques professionnelles.
- Comme déjà en 2019, l'instabilité du personnel compromet la durabilité des résultats. Le taux de roulement du personnel est élevé (estimé à plus de 15%) et cela impacte la durabilité des résultats. Mais il semble que les HZ arrivent à trouver des solutions « locales » et à stabiliser un plus grand nombre de prestataires de soins.
- 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, le volume financier des fonds d'équité a été augmenté (même si toujours pas suffisant) et d'autre part, la confiance de la population envers l'HZ semble s'améliorer avec une augmentation de la fréquentation des hôpitaux et par conséquent, aussi des revenus des hôpitaux.
- La participation communautaire a été fortement appuyée depuis 2019 et est un fondement de l'appropriation et de la continuité des activités. La population exprime mieux ses besoins et l'offre de service en tient mieux compte. La satisfaction et sans doute la confiance que la population accorde à l'offre de soins, s'améliorent dans le temps.

3.5. Satisfaction des bénéficiaires finaux et autres groupes cibles

L'analyse de la satisfaction des utilisateurs des HZ a été faite à travers l'organisation de focus groupes (Nikki et Bassila). Même si le nombre de focus groupes des usagers a été réduit, l'exercice a permis de conclure certains éléments-clés :

- La perception de l'accueil et de la prise en charge des patients dans les HZ est globalement positive et s'est améliorée, malgré les fortes barrières d'accès financier, social et culturel.
- La qualité des prestations de soins et le professionnalisme du staff sont perçus globalement de manière positive. Il y a une bonne perception des principaux services hospitaliers dont la pédiatrie.
- Les professionnels de santé formés apprécient la qualité des formations/ des renforcements des capacités, les possibilités de se former en dehors de sa structure

incluant des formations académiques pour certains spécialistes. Cependant, ces renforcements des RH n'assurent pas pour autant la stabilité des personnels et le maintien dans les institutions qui ont permis ces renforcements.

- Il existe un consensus sur la contribution du programme pour avoir accordé une place à la MPR / kiné en tant que spécialité très faiblement développée jusqu'alors (mais fortement nécessaire) dans le système national de santé.

3.6. Impact

En lien avec la durabilité, il y a de vraies garanties d'effets à long terme du Programme: amélioration de la qualité des soins, meilleure accessibilité aux services, développement de cadres de collaborations institutionnelles, de leaderships, de maintenance des investissements et matériels, d'intégration des TRC dans les pratiques des services, etc.

Il est bien-sûr difficile d'attribuer au seul Programme d'autres effets directs (diminution de la létalité en pédiatrie et maternité, amélioration des taux d'utilisation des services et de l'accessibilité). On peut aussi estimer les effets indirects qui peuvent être raisonnablement attribués en partie au Programme dont le renforcement global du fonctionnement des HZ et des ZS appuyés.

Les éléments du programme qui ont eu un impact important sur la population sont entre autres :

- Les fonds d'équité, même s'il représente un faible budget du programme.
- La stratégie de fidélisation du personnel. Il y a 32 centres de santé éloignés défavorisés soutenus (en augmentation). La mortalité périnatale a diminué. Les raisons sont la présence continue du personnel, l'amélioration des infrastructures et équipements, les primes de performance, le renforcement des capacités et les supervisions.
- L'amélioration des infrastructures, équipements et formations des HZ avec une diminution des taux d'infections nosocomiales.

Le Programme est aussi attentif aux aspects d'égalité et de rapports hommes/femmes (répartition des responsabilités, accès et contrôle des ressources, motivation). Pour les structures périphériques, il y a une vraie attention portée à cet aspect avec des centres de santé isolés dirigés par des femmes et qui répondent de mieux en mieux aux besoins des populations locales. Concernant le Genre, il y a peu d'actions spécifiques dans les hôpitaux mais cela nécessite des analyses complémentaires.

3.7. Stratégie de partenariat

Il y a une vraie plus-value, qui s'est d'ailleurs développée dans le temps, des partenariats aux différents niveaux. La meilleure collaboration entre Memisa et MSV bénéficie au terrain et renforce la complémentarité entre toutes les actions menées. La redéfinition des rôles et responsabilité d'AMCES a été nécessaire et se traduit par une plus grande autonomie des partenaires locaux. Le partenariat entre l'URAMO et les structures appuyées reste le moteur de l'intervention et la base d'une bonne coordination.

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 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. AMCES cherche néanmoins à diversifier ses activités car le programme est un appui limité dans le temps.

Depuis l'évaluation intermédiaire, ce partenaire met en avant les avancées du Programme :

- Formations sur la gestion hospitalière et suivi des formations
- Renforcement de leur rôle de coordination (RH, finances, ...)
- Amélioration de la relation entre partenaires
- Meilleure intégration de la Direction départementale de la santé (DSS) dans le programme et la DDS supervise les activités de l'AMCES
- Renforcement de l'offre des services hospitaliers : bloc des urgences à Boko, Laboratoire à Papané, etc.
- Flexibilité du budget, positif mais avec le risque que cela devienne plus difficile à gérer. Le souci d'amélioration de l'offre et de rendre le budget flexible rend plus difficile le suivi.
- Introduction d'un logiciel pour la caisse des centres de santé dépendant du programme. Cependant, l'environnement de certaines structures (problème d'apport électrique) ne permet pas le déploiement optimal du logiciel.
- La crise Covid a affecté la périodicité des rencontres avec les membres d'AMCES (mais compensé par plus de réunions en ligne). Le programme a appuyé la Conférence Episcopale Italienne (CEI) pour l'achat de consommables en lien avec la crise.

Concernant l'équipe de coordination URAMO, elle met en avant :

- L'organisation hebdomadaire d'une réunion de staff pour faire le point sur les activités de chaque coordonnateur, ce qui a renforcé la cohésion d'équipe.
- Les partenaires ont eu plus accès à toutes les composantes du programme et les responsabilités de chacun.
- Les structures enclavées ont été nettement mieux appuyées (incluant la prime des infirmiers / sages-femmes).
- Une amélioration des relations avec AMCES et une clarification de son rôle comme gestionnaire du budget du programme.

La synergie avec les acteurs belges de la coopération s'est un peu renforcée entre autres par des échanges avec ENABEL à propos de la maintenance hospitalière (maintenance des équipements bio médicaux).

Il semble donc que les faiblesses du partenariat, relevées lors de l'évaluation intermédiaire, ont été en grande partie résolues (collaboration et dialogue, modes de fonctionnement, rôles et responsabilités). La communication de chaque partenaire Nord avec AMCES mais aussi avec l'antenne URAMO semble plus claire.

Il avait été reproché aussi en 2019 de ne pas appuyer tous les partenaires du système de santé local. Maintenant il semble avoir une meilleure liaison avec la DDS, ce qui facilite la coordination et l'intégration des activités.

3.8. Nécessité d'une phase supplémentaire (Post 2021)

La continuité du programme actuel, après 2021, est considérée comme nécessaire pour des raisons de type partenarial (appui aux efforts des HZ et des zones de santé) et de type opérationnel (d'un focus sur la création et la disponibilité de services hospitaliers de meilleures qualités vers la consolidation des capacités des établissements de soins et leur accessibilité).

En termes de consolidation des plans d'établissement hospitalier, la continuité du programme apparaît comme fondamentale pour réviser et compléter ce cadre institutionnel, mais aussi médical, fonctionnel et technique (qui présente de nombreux défis pour l'avenir).

Un volet important du Programme est le renforcement des capacités afin de rendre disponibles des services de santé et des professionnels plus performants. La disponibilité de services de santé fonctionnels et de qualité est la première étape (ou « building block ») de l'exercice du droit à la santé, qui signifie aussi travailler pour améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins.

En parallèle, des actions à base communautaire (à renforcer) seront nécessaires pour réduire les barrières en termes d'information, d'accessibilité et de confiance de la population par rapport aux structures soutenues.

4. Analyse de structures visitées

Les trois piliers d'intervention du programme sont opérationnalisés dans chaque structure (sauf dans la ZS de Bassila, où le programme se concentre sur l'offre des soins). Sur base d'entretiens (individuels et de groupe) et de visites des hôpitaux, nous repreneons ci-dessous certains éléments propres à chaque institution :

4.1. Hôpital Sounon Séro de Nikki

Il ressortait de l'évaluation intermédiaire les faiblesses suivantes :

- Mauvaise installation du service de pédiatrie d'urgence : il y a eu peu de progrès en termes organisationnels dans ce service. Malgré le cloisonnement de la salle d'urgence pédiatrique (une cloison divise la salle et permet l'affichage des protocoles), l'organisation reste compliquée. Cependant, on observe un effet du TRC dans la prise en charge des enfants en général.
- Les TRC ne couvrent pas tous les aspects prioritaires : les TRC 2.0. ont nettement amélioré la qualité des soins mais il reste des faiblesses dans les volets de gestion hospitalière.
- Appui insuffisant des missions : la crise de la Covid-19 n'a pas facilité les missions internationales mais cela a été compensé par des appuis nationaux qui ont été très efficaces et très bien appréciés par le personnel.
- Problème d'accès au sang : qui a été partiellement résolu.
- Pas de plan directeur : l'hôpital dispose maintenant d'un plan d'établissement hospitalier qui lui sert de cadre stratégique et opérationnel (malgré l'absence de validation de ce plan par le niveau central).

- Pas d'ambulance ni de château d'eau : l'HZ dispose d'une ambulance et l'adduction en eau est nettement améliorée.

Réalisations

Depuis l'évaluation intermédiaire, on peut souligner :

- Château d'eau : meilleur accès à l'eau dans les services même si pas totalement suffisant. Mais amélioration considérable de l'hygiène hospitalière : lavage quotidien des salles, désinfection, hygiène des mains, etc.
- Recueil d'eau de pluie pour la buanderie (appui de MSV)
- Les systèmes de lave-main à l'entrée de chaque service (appui Memisa)
- Formation des agents de santé. Les formations locales (cardiologie, diabète et néphrologie) se sont déroulées malgré la crise Covid. MSV approvisionne en médicaments spécialisés.
- Une enquête de satisfaction a montré une amélioration de l'accueil des patients. L'impact des formations se traduit sur l'amélioration de la prise en charge des malades, surtout les urgences et l'attitude des soignants devant ces urgences. Pour la pédiatrie, réduction du taux de létalité (amélioration de la prise en charge).
- Différents TRC exécutés en pédiatrie, médecine et au niveau de l'administration.
- Gestion des déchets biomédicaux : construction de l'incinérateur (via MSV) et le CLIN a été formé à la gestion des déchets biomédicaux. Elaboration de savon liquide.
- Maintenance hospitalière (via MSV) : il y a eu des missions d'appui et de renforcement des RH sur l'entretien, la maintenance des équipements et ils ont reçu de l'outillage
- Gestion hospitalière (Memisa et MSV) : formation sur le suivi budgétaire, le logiciel de gestion, la paye, la comptabilité, la gestion des stocks avec le logiciel Perfecto. Cela améliore la disponibilité permanente des produits et il n'y a pas de ruptures de stocks directement attribuables à l'hôpital.
- Pas encore de mise en place de la comptabilité analytique (en cours) : les HZ sont en train de travailler avec Memisa et AMCES pour la mise en place de cette comptabilité analytique. Il reste l'étape de répartition des rubriques avant d'avancer dans la conception.
- Appui de Memisa pour l'équipement de l'imagerie médicale : une radio conventionnelle fonctionne et un scanner est attendu (hors programme). La salle d'échographie est équipée. Le bloc RX et écho est maintenant séparé du bloc de chirurgie, ce qui facilite l'accessibilité et la rapidité des examens.
- La radio favorise un diagnostic plus précoce, une prise en charge plus appropriée et une durée de séjour raccourcie.
- Fonds d'équité (Memisa et MSV) pour prendre en charge des personnes démunies et payer les frais hospitaliers. La demande totale est de 8 millions en 2021 et ils ont bénéficiés de 5 millions. Mais l'année passée, ils n'avaient pas pu tout consommer. La demande augmente dans la population (diminution du niveau de vie). Et les populations sont mieux informées de ce service. La gestion des fonds d'équité a changé via le contrôle d'une ONG extérieure (payée aussi sur le budget du Fonds d'équité). L'objectif est de contrôler le niveau d'indigence des bénéficiaires. Cet appui extérieur est nécessaire en attendant les résultats de phases pilotes de l'assurance santé.

Faiblesses

- Faible stabilité du personnel et donc risque pour la pérennisation des acquis. Il manque une politique de fidélisation du personnel pour garder une masse critique de soignants stables. Cela passe par une amélioration de la communication entre la direction et le personnel.
- Manque de capitalisation. La transmission des connaissances ne se fait pas assez dans la pratique. Les formations locales semblent trop courtes.
- Le ravitaillement en eau du Château-d'eau est insuffisant. Il y a donc un manque d'eau dans les robinets et la qualité de l'eau est parfois insuffisante. Il faudrait trouver une seconde source pour mieux approvisionner le circuit (autre nappe phréatique à 2 km de l'hôpital).
- Il y a eu un TRC sur la gestion hospitalière. Les hôpitaux de Papané et Boko ont eu une formation sur l'élaboration du budget, mais cela n'a pas été réalisé à Nikki.
- L'hôpital a connu une baisse de fréquentation (diminution des clients du Niger et Nigeria) en début de crise Covid.

Il ressort du focus groupe avec les utilisateurs:

- Les participants sont au courant qu'un projet est en soutien à l'hôpital. Ils précisent que l'hôpital a bénéficié de respirateurs et qu'il y a eu moins de décès par rapport aux pathologies pulmonaires.
- Les malades ne sont plus entassés. Chaque malade a son espace. L'accueil s'est amélioré.
- L'accessibilité à l'eau est meilleure. Il y a plusieurs points d'eau dans l'hôpital pour les patients et leurs familles.
- Le problème d'électricité est résolu car l'hôpital a un groupe électrogène qui supplée les coupures d'électricité.
- Il y a une meilleure prise en charge des personnes plus vulnérables par le fonds d'équité. Cela a permis à la communauté d'être mieux prise en charge et d'éviter des décès. Cependant, il y a plus de personnes sans ressources qui consultent chez les guérisseurs que ceux qui bénéficient des fonds d'équité. Les besoins sont donc énormes !
- Sans le programme, les soins ne seraient pas de cette qualité et le transport des malades et familles serait insurmontable.
- Depuis maintenant deux ans, c'est rassurant d'avoir accès à cet hôpital.

Résultats

La fréquentation de l'hôpital a augmenté et ils répondent à plus de 85% de la demande. Cela est dû à différents facteurs : qualité des soins améliorée, accueil et droit du patient mieux pris en compte, amélioration de l'environnement, meilleure gestion hospitalière, pérennisation des acquis des TRC, hygiène, ... Malgré le turn-over de personnel, la stabilité de certaines personnes clés permet une continuité des acquis et se répercute sur la fréquentation. 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.

Il y a eu une vraie plus-value de la formation sur les droits des clients en milieu hospitalier qui renforce les prestataires en connaissances théoriques et pratiques sur le droit des malades. Il y a aussi eu un renforcement en médecine interne par l'amélioration des compétences des personnels en diagnostic et prise en charge des pathologies cardiaques, des complications du diabète et en néphrologie. Du matériel médico-technique (nébuliseur, aspirateur, saturomètre, concentrateur d'oxygène, moniteur multiparamétrique, ECG et MAPA) est disponible dans le service.

L'environnement extérieur de l'hôpital est nettement amélioré et les investissements propres montrent un dynamisme dans ce sens de l'équipe de direction. Il reste néanmoins certains problèmes organisationnels dont la structuration du service d'urgences en pédiatrie. Le service est surchargé (3 malades/lits) et le nombre de personnel (incluant les stagiaires) ne facilite pas des soins de qualité. Les évaluateurs insistent donc pour que l'appui à ce service puisse mieux prendre en compte ce problème organisationnel.

Conclusion

Il y a eu des avancées importantes dans cet hôpital depuis l'évaluation intermédiaire. Et les indicateurs de fréquentation le montrent. Cependant, si l'amélioration de l'environnement et de la qualité des soins est indéniable, il reste des lacunes visibles dans certains services malgré un renforcement des compétences du personnel et une pérennisation des acquis. Un travail est nécessaire pour favoriser une auto-évaluation par ce personnel de leurs pratiques et une pro-activité pour remédier au jour le jour à certaines faiblesses.

4.2. Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko

L'hôpital Saint Jean de Dieu de Boko est membre fondateur de l'AMCES. Il est situé à 15 kilomètres du centre de la ville de Parakou, fait partie des quatre hôpitaux de zone du Département du Borgou.

Depuis le 1er Septembre 2018, l'hôpital est dirigé par Docteur Jean AGBEGBANOU.

Faiblesses

Il ressortait de l'évaluation intermédiaire les faiblesses suivantes :

- Parfois l'appui n'était pas tout à fait en adéquation avec les besoins des services. 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 fallait d'améliorer le plateau technique du bloc opératoire. Certaines interventions n'étaient pas faites car les équipements n'étaient pas adaptés (en chirurgie de base ou plus spécialisée, etc.).
- Il y avait une impossibilité de faire deux opérations avec intubation en même temps car il manque un moniteur dans une salle.
- L'hôpital avait exprimé aussi plusieurs besoins non couverts :
 - o Ils sont en sous-nombre de sages-femmes
 - o Besoins en médicament et en équipement

- Il y avait un service d'urgence en construction mais il manquait l'équipement et le renforcement des capacités
- Un appui au management et de la gestion de l'hôpital
- La maternité était trop petite et mériterait d'être agrandie (salle d'accouchement, salle d'urgences, salles d'hospitalisation).

Réalisations : situation de l'hôpital par rapport aux recommandations réalisées lors de l'évaluation intermédiaire.

1. Création d'un système de gestion des connaissances

Il a été mis en place un programme de formation des formateurs, chargé de la formation des agents du terrain. Pour assurer la pérennité des acquis, un système de fiches techniques a été créé par les spécialistes. Ces fiches reprennent une information résumée de l'application de certaines techniques ou traitements.

2. Mesures pour encourager la proactivité des professionnels

La direction de l'hôpital considère que la mise en place d'un système d'attribution de primes économiques en fin d'année est un bon système de motivation pour les professionnels. Ce système « a prorata » est appliqué selon les compétences professionnelles de chacun/une. Néanmoins, cette opinion n'est pas partagée par tous les professionnels. Quelques-uns considèrent que les salaires ne sont pas suffisants et qu'ils n'ont pas un appui suffisant pour améliorer leur compétence, en particulier lorsqu'ils doivent se déplacer pour assister à une formation. Les coûts du déplacement et de la nourriture sont à leur charge et constituent un élément de démotivation.

3. Mesures mises en place pour améliorer la gestion

- L'hôpital met en place un système de comptabilité analytique. Lorsque le logiciel et la formation à l'exploitation des données seront effectifs, l'hôpital va avoir une amélioration évidente dans sa capacité d'analyse de l'information disponible sur le coût des services et le coût de la prise en charge des malades, en permettant de rationaliser l'usage des ressources.
- L'hôpital dans les dernières années a créé un service de Ressources humaines. L'initiative n'a pas été pleinement opérationnalisée et la gestion des RH est encore sous la responsabilité de l'unité de Ressources administratives.
- La gestion financière dispose déjà d'un logiciel spécifique.
- Les fiches de personnel ont été informatisées.
- A court/moyen terme, la direction a fixé l'objectif de créer un service centralisé des admissions. Actuellement, l'itinéraire du malade à l'entrée commence dans l'unité d'accueil située à l'extérieur de l'hôpital. Celle-ci est responsable des formalités administratives. Après le recueil de données, le malade est obligé de passer par la caisse de l'hôpital et après il est dirigé dans le service clinique correspondant. Chaque service à l'information et le contrôle sur la disponibilité de lits.
- Le personnel hospitalier de l'hôpital de zone de Boko s'est davantage réjoui de l'opportunité de la formation sur le droit des clients. L'accueil a connu une grande amélioration ; il existe un service d'écoute et des plaintes qui recueille les plaintes des patients et un comité de médiation sociale qui été mis sur pieds après la formation pour s'occuper de la gestion des éventuelles plaintes des patients. Ainsi, les relations conflictuelles entre patients et agents de santé sont mieux gérées.

4. TRC

Le trajet de renforcement de compétences a été mis en œuvre dans les unités des urgences obstétricales (appui technique de MSV via deux missions chaque année), soins néonataux et chirurgie.

A niveau de la chirurgie, le chirurgien responsable a manifesté sa satisfaction sur les résultats obtenus et le du renforcement des capacités.

Néanmoins, il existe encore quelques faiblesses surtout en matière d'équipement :

- Pour le bloc opératoire ils disposent d'un respirateur pour desservir les deux salles d'opérations mais le chirurgien considère que chaque salle devrait disposer d'un respirateur afin de les utiliser simultanément. Par ailleurs, sur des deux lampes du bloc opératoire, seulement une est fonctionnelle et par conséquent, l'activité chirurgicale est limitée à la moitié de sa capacité théorique.
- Pour la pratique de la traumatologie, la disponibilité d'un moteur pour l'ostéosynthèse pourrait améliorer la qualité des interventions.

Concernant la néonatalogie et tenant compte que le TRC doit permettre d'améliorer la pratique clinique, les résultats apparemment ne sont pas satisfaisants, suivant le directeur de l'hôpital. L'absence du responsable pédiatrique ne nous a pas permis d'approfondir ce problème. Suivant les responsables, il faudrait considérer la possibilité de mettre en œuvre un TRC en Pédiatrie.

5. Amélioration de l'efficience concernant le Fonds d'Équité

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les familles qui consacrent 50% ou plus de leurs dépenses non alimentaires aux soins de santé sont susceptibles d'être appauvries. Les dépenses de santé d'un ménage ont également été définies comme catastrophiques si elles dépassent 40% du revenu restant après que les besoins de subsistance ont été satisfaits. La norme recommandée par l'OMS pour cette part des dépenses totales destinée aux soins de santé est de 15 à 20%.

Comme exemple de la situation générale, pour la commune de Tchaourou, le financement direct des soins de santé représente en moyenne 46% des revenus des ménages, ce qui implique que 46% des ménages seraient potentiellement exposés aux dépenses catastrophiques de santé.

Pour atténuer les coûts des soins hospitaliers des patients les plus vulnérables, le programme a mis en place un fonds d'équité qui est encore insuffisant. Pour l'année 2020, a été dépensé 10.000.000 de Fr et pour l'année 2021, jusqu'au présent, 4.500.000. Ces quantités ont épuisé le fonds destiné à l'hôpital.

Le fonds d'équité de l'hôpital a traité les dossiers de 78 personnes pour 2020 et 35 dans le premier semestre d 2021.

6. Amélioration des installations

Les avancées les plus importantes sont les suivants :

1. La construction du bloc des urgences, financée par MEMISA. Cette réalisation a permis de grouper les urgences dans un espace, apparemment suffisant. Néanmoins, la distribution de l'espace peut rendre certains services peu fonctionnels. A l'entrée, on retrouve une surface vide très large, capable d'accueillir un nombre important de personnes, mais sans utilité réelle, puisque la grande salle n'est pas préparée pour la dispensation de soins aux malades. Au fond de cette grande salle, au centre, se trouve une salle d'exploration et à droite et à gauche il y a deux petits couloirs où on peut trouver quelques petits box pour l'exploration et les soins des malades. La disponibilité de cet espace est un avancement indéniable.

2. Construction de la salle de réveil : en cours de construction et apporte aussi une installation qui va améliorer la qualité des soins post-chirurgicaux. MSV a fourni déjà les équipements nécessaires pour la mise en fonctionnement.

3. L'armoire électrique : équipement destiné à contrôler l'arrivée d'énergie électrique à chaque aire ou service spécifique de l'hôpital. Cet équipement permet d'isoler l'arrivée d'énergie électrique par zones.

4. Laboratoire : le service de bactériologie, financé par LUMOS/IMT, est installé dans le laboratoire, à l'intérieur d'une nouvelle construction. Apparemment il est bien équipé pour la réalisation des techniques de diagnostic bactériologique.

5. Appui financier du Programme pour la période 2017-2021 :

- Matériels informatiques et logiciel= 13.816.000
- Matériels médicaux-techniques = 55.550.120
- Constructions bloc d'urgence + passerelle = 70.741.545
- Médicaments et consommables + Appuis pour riposte Covid-19 = 28.980.230
- Armoire électrique = 8.328.300
- Formation = 4 513 160
- Fonds d'équité = 28 299 260

Résultats

Indicateurs et valeurs par trimestre 2020

Indicateurs	NR	FR	Formule Calcul Indicateur		BaseLine	Valeurs				
						Valeurs an 2019	T1-2020 H2 Boko	T2-2020H2 Boko	Valeurs T3 , 2020	Valeurs T4, 2020
				Services TRC						
Taux de décès intra Hospitalier par service TRC	HZ	T	Les HZ devront fournir les taux de décès intraH par service TRC	Pédiatrie	1%	32/2258 soit 1,42%	31/2547 soit 1,22 %	22/2046 soit 1,08%	22/2469 soit 0,89%	
				Néonatalogie						
				Maternité						
				Chirurgie						
				Urgences						
Medecine										
Pourcentage de personnel des Directions des HZ ciblé formée en bonne gouvernance au cours du programme	HZ	T	Personnels Direction ciblés et formés*100/Membre du CODIR des HZ Ciblés		0	0	0	0%	0%	
Taux de malades hospitalisés aux HZ reçus en référence (Taux reçu en référence avec fiche de référence à précier)	HZ	T	Nbre de clients hospitalisés reçus en référence *100/ Nbre total des clients reçus Hospitalisés (cad nombre d'admission en hospitalisation)	Pédiatrie	20%	13,55%	278/1497 soit 18,57%	329/2164 soit 15,20%	356/1997 soit 17,83%	319/989 soit 32,25%
				Néonatalogie						
				Maternité						
				Chirurgie						
Medecine										
Pourcentage de personnes ciblées formées (Organisation des services)	HZ	T	Nombre de personnel formés*100/Nombre de ciblées		1	0	0	0,0%	0%	
Taux de décès dans les 24 heures après admission dans les HZ (décès tous services pris en compte)	HZ	T	Nombre de clients décédés en <24 h reçus*100/Nombre de clients reçus durant le trimestre	Pédiatrie			6,94%	24/2797 soit 0,86%	21/2384 soit 0,88%	15/2261 soit 0,66%
				Néonatalogie						
				Maternité						
				Urgences						
				Chirurgie						
Medecine										
Taux de suppuration du site opératoire	HZ	T	Nbre plaies infectées chirurgie *100/ Nbre cas chirurgie	Maternité		6/385 soit 1,56%	10/428 soit 2,34%	10/383 soit 2,61%	10/404 soit 2,48%	
Taux de décès maternel intra-hospitalier avant 24 h			Décès maternel<24heures/Admission total	Maternité		1/871 soit 0,11%	2/1065 soit 0,19%	1/570 soit 0,18%	1/628 soit 0,16%	

Indicateurs et valeurs par trimestre 2021

				HZ Boko T1/2021								
				BaseLine	Services	Sexe			circonscription	Valeurs		
						Total	Masculin	Féminin		Total	Masculin	Féminin
Taux de décès intra hospitalier par service TRC	HZ	T	Nombre de client décédés du service TRC*100/Nombre de clients reçus durant le trimestre dans le service TRC	1%								
				Néonatal	6	4	2	572	1,05%	0,70%	0,35%	
				Pédiat	14	6	8	442	3,17%	1,36%	1,81%	
				Maternité	2	0	2	1013	0,20%	0,00%	0,20%	
				Médecine	1	1	0	251	0,40%	0,40%	0,00%	
				Chirurgie	3	1	2	236	0,42%	0,00%	0,42%	
				Urgences	37	20	17	302	12,25%	6,62%	5,63%	
SOMME	26	12	14	2514	1%	0%	1%					
Pourcentage de services TRC avec une diminution/stabilisation du taux de décès intra-Hospitalier	HZ	A	Les HZ devront fournir le taux de décès intra-tri par service TRC									
Taux de satisfaction des clients externes des HZ (Genre spécifique)	HZ	A	DONNEES D'ENQUETE	86%								
Pourcentage de personnel des Directions des HZ ciblé formé en bonne gouvernance au cours du programme	HZ	T	Personne(s) Direction ciblées et formés*100/Membre du CODIR des HZ Ciblés	HZ	0	0	0	0	0,00%			
Proportion des Conseils d'Administration fonctionnels (selon les critères établis)	HZ	A	Comité de santé (Critères existents) CA critères à définir	100%	HZ				#DIV/0!			
Taux de malades hospitalisés aux HZ reçus en référence (Taux reçus en référence avec fiche de référence à préciser)	HZ	T	Nbre de clients hospitalisés reçus en référence *100/ Nbre total des clients reçus Hospitalisés (cod nombre d'admission en hospitalisation)	20%	HZ	378	245	133	1942	19,46%	12,62%	6,85%
Proportion d'infrastructures répondant aux normes/en bon état	HZ	A	Indicateur composite en usage	60%								
Proportion du matériel médical acheté au cours du programme en utilisation (in lieu spécifique-gestion durable)	HZ	A	Information des HZ suivi du matériel MSV									
Pourcentage des HZ appuyés qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive du matériel	HZ	A	Sur base des marqueurs de progrès dans le rapport TRC annuel									
Pourcentage des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences médicales	HZ	A	MSV Rapport TRC									
Pourcentage des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences organisationnelles	HZ	A	MSV Rapport TRC									
Pourcentage de personnes ciblées formées (Organisation des services)	HZ	T	Nombre de personnel formés*100/Nombre de ciblées	HZ	0			0	#DIV/0!			
Pourcentage du personnel ayant suivi une formation annuelle (Formation en appui au plan de formation)	HZ	A	Personnes formées des HZ*100/Cible Prévue Total personnel de la HZ									
Pourcentage de services répondant aux normes	HZ	A	Indicateur composite									
Pourcentage de personnes ciblées formées (Coord-Direction)	ZSHZ	A	Nombre de personnel formés*100/Nombre de ciblées									
Taux de décès dans les 24 heures après admission dans les HZ (décès tous services pris en compte)	HZ	T	Nombre de clients décédés en <24 h reçus*100/Nombre de clients reçus durant le trimestre									
				Néonatal	6	4	2	572	1,05%	0,70%	0,35%	
				Pédiat	14	6	8	442	3,17%	1,36%	1,81%	
				Maternité	2	0	2	1013	0,20%	0,00%	0,20%	
				Médecine	1	1	0	251	0,40%	0,40%	0,00%	
				Chirurgie	1	0	1	236	0,42%	0,00%	0,42%	
				Urgence	37	20	17	302	12,25%	6,62%	5,63%	
SOMME	61	31	30	2816	2,17%	1,10%	1,07%					
Cotations qualité du FBR	HZ	A	Indicateur composite en usage (référériel) MEMISA (ou FBR)									
Pourcentage d'infrastructures répondant aux normes	HZ	A	Nbre d'infrastructures répondant aux normes *100/ Nbre total des infrastructures									
Taux de suppression du site opératoire	HZ	T	Nbre plaies infectées chirurgie *100/ Nbre cas chirurgie		8	1	7	458	1,75%	0,22%	1,53%	
Taux de décès maternel intra-hospitalier avant 24 h	HZ	T	Nbre de cés intra-hospitaliers < 24 H *100/ Nbre total admission		19		19	2244	0,85%		0,85%	

				HZ Boko T2/2021								
				BaseLine	Services	Sexe			circonscription	Valeurs		
						Total	Masculin	Féminin		Total	Masculin	Féminin
Taux de décès intra hospitalier par service TRC	HZ	T	Nombre de client décédés du service TRC*100/Nombre de clients reçus durant le trimestre dans le service TRC	1%								
				Néonatal	4	2	2	590	0,68%	0,34%	0,34%	
				Pédiat	12	6	6	579	2,07%	1,04%	1,04%	
				Maternité	5	0	5	977	0,51%	0%	0,51%	
				Médecine	1	1	0	219	0,46%	0,46%	0%	
				Chirurgie	0	0	0	167	0%	0%	0%	
				Urgences								
SOMME												
Pourcentage de services TRC avec une diminution/stabilisation du taux de décès intra-Hospitalier	HZ	A	Les HZ devront fournir le taux de décès intra-tri par service TRC									
Taux de satisfaction des clients externes des HZ (Genre spécifique)	HZ	A	DONNEES D'ENQUETE	86%								
Pourcentage de personnel des Directions des HZ ciblé formé en bonne gouvernance au cours du programme	HZ	T	Personne(s) Direction ciblées et formés*100/Membre du CODIR des HZ Ciblés	HZ	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
Proportion des Conseils d'Administration fonctionnels (selon les critères établis)	HZ	A	Comité de santé (Critères existents) CA critères à définir	100%	HZ							
Taux de malades hospitalisés aux HZ reçus en référence (Taux reçus en référence avec fiche de référence à préciser)	HZ	T	Nbre de clients hospitalisés reçus en référence *100/ Nbre total des clients reçus Hospitalisés (cod nombre d'admission en hospitalisation)	20%	HZ	357	21	336	2159	16,54%	0,97%	15,56%
Proportion d'infrastructures répondant aux normes/en bon état	HZ	A	Indicateur composite en usage	60%								
Proportion du matériel médical acheté au cours du programme en utilisation (in lieu spécifique-gestion durable)	HZ	A	Information des HZ suivi du matériel MSV									
Pourcentage des HZ appuyés qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive du matériel	HZ	A	Sur base des marqueurs de progrès dans le rapport TRC annuel									
Pourcentage des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences médicales	HZ	A	MSV Rapport TRC									
Pourcentage des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences organisationnelles	HZ	A	MSV Rapport TRC									
Pourcentage de personnes ciblées formées (Organisation des services)	HZ	T	Nombre de personnel formés*100/Nombre de ciblées	HZ								
Pourcentage du personnel ayant suivi une formation annuelle (Formation en appui au plan de formation)	HZ	A	Personnes formées des HZ*100/Cible Prévue Total personnel de la HZ									
Pourcentage de services répondant aux normes	HZ	A	Indicateur composite									
Pourcentage de personnes ciblées formées (Coord-Direction)	ZSHZ	A	Nombre de personnel formés*100/Nombre de ciblées									
Taux de décès dans les 24 heures après admission dans les HZ (décès tous services pris en compte)	HZ	T	Nombre de clients décédés en <24 h reçus*100/Nombre de clients reçus durant le trimestre									
				Néonatal	1	1	0	590	0,17%	0,17%	0,00%	
				Pédiat	3	3	0	579	0,52%	0,52%	0,00%	
				Maternité	0	0	0	219	0,00%	0,00%	0,00%	
				Médecine	0	0	0	219	0,00%	0,00%	0,00%	
				Chirurgie	9	3	6	391	2,30%	0,77%	1,53%	
				Urgence	5	0	5	977	0,51%	0,00%	0,51%	
SOMME	18	7	11	2975	0,61%	0,24%	0,37%					
Cotations qualité du FBR	HZ	A	Indicateur composite en usage (référériel) MEMISA (ou FBR)						#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Pourcentage d'infrastructures répondant aux normes	HZ	A	Nbre d'infrastructures répondant aux normes *100/ Nbre total des infrastructures						#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Taux de suppression du site opératoire	HZ	T	Nbre plaies infectées chirurgie *100/ Nbre cas chirurgie		9	3	6	437	2,06%	0,69%	1,37%	
Taux de décès maternel intra-hospitalier avant 24 h	HZ	T	Nbre de cés intra-hospitaliers < 24 H *100/ Nbre total admission		2	0	2	622	0,32%		0,32%	

Pour l'année 2020, nous pouvons observer un taux de décès intra hospitalier qui s'améliore chaque trimestre. Le taux de malades reçus en référence augmente aussi chaque trois mois, ce qui prouve l'amélioration de la coordination de l'hôpital avec les centres de santé.

Le taux de suppuration du site opératoire diminue dans le 4^{ème} trimestre et le taux de décès maternel descend à partir du deuxième trimestre.

Les différences observées des indicateurs entre le premier et deuxième trimestre 2021 ne sont pas significatives, à cause du petit nombre de cas. Le taux de décès intra hospitaliers descend de 0,85 à 0,32%, le nombre de plaies du site opératoire est légèrement supérieure pour le deuxième trimestre (1,75/2,06) et le nombre de patients reçus en référence descend légèrement par rapport au premier trimestre (19,46% -16,54 %).

Ce qui doit être encore amélioré :

La Maternité

La maternité a une occupation du 120%. Le service prend en charge 250 accouchements par mois (80% eutociques). Les femmes restent entassées dans la maternité dans des conditions d'hospitalisation très mauvaises. La réhabilitation de la maternité est une priorité à cause du manque d'espace de la structure actuelle, qui n'a pas la capacité de prendre en charge une demande qui augmente de plus en plus.

Il paraît aussi indispensable la création d'une unité de néonatalogie.

L'imagerie médicale (les appareils radio écho)

Actuellement les appareils de radio et écho sont en panne et la capacité diagnostique par l'imagerie médicale reste très limitée.

Le turnover du personnel

La rotation du personnel était un problème identifié lors de l'évaluation intermédiaire et qui n'a pas été résolu. Contrairement à l'avis du directeur de l'hôpital, certains professionnels pensent que leur motivation a diminué. À titre d'exemple, ils reconnaissent que la formation est un facteur de motivation, mais le Programme n'a pas prévu les frais de déplacement et de séjour pour assister aux cours et, par conséquent, ces dépenses importantes doivent être assumées par eux-mêmes.

Le système de référence

Le système de référence est confronté au problème du manque de disponibilité des ambulances pour le transfert des patients des centres périphériques vers l'hôpital. L'utilisation des taxis, outre leur prix élevé, souffre de longs retards même dans les situations d'urgence. Des cas de retards dans le transport des patients à l'hôpital de 2 et 3 jours sont décrits.

L'appropriation

Malgré les efforts faits par les partenaires locaux du Programme, AMCES et URAMO, qui poursuivent les efforts pour améliorer les résultats du Programme, la première composante du Programme a obtenu des faibles résultats. L'insuffisance des activités du Programme dans ce domaine n'a pas pu obtenir un renversement des faiblesses dues au manque de gouvernance, manifestées surtout par le manque de pro activité et d'implication du collectif des professionnels.

Un grand nombre de professionnels pourrait prendre des décisions au niveau organisationnel qui amélioreraient considérablement la qualité des soins.

Il y a aussi un manque de réflexions sur les possibilités de faire mieux pour des situations qui sont récurrentes.

Conclusion

L'hôpital a eu des avancées importantes depuis l'évaluation intermédiaire. Les investissements réalisés ont amélioré l'efficacité du dispositif mais il faut assurer la pleine disponibilité des équipements pour améliorer la qualité de la prise en charge. Le renforcement des activités centrées sur la bonne gouvernance (formation en gestion des cadres, Direction de Ressources Humaines, etc.) reste une priorité.

4.3. Hôpital de Bassila

Il ressortait de l'évaluation intermédiaire les faiblesses suivantes :

- Difficulté de gérer les intrants pour les médicaments dans les différents services : cela a été corrigé avec la centralisation de la pharmacie et une meilleure gestion des stocks et de l'utilisation par les services.
- Faible fréquentation du service d'urgence : le taux de fréquentation a augmenté et la satisfaction des utilisateurs est améliorée (entre autres pour les conditions d'accueil).
- Mobilité du personnel : l'hôpital s'est engagé à maintenir ses RH en maternité.
- Temps des missions d'accompagnement trop court (2 semaines) : cela ne semble pas avoir changé pour des raisons essentiellement de disponibilité des experts.
- Nécessité de renforcer les équipements et la maintenance : il existe une équipe de maintenance formée et qui assure la gestion des équipements. L'hôpital dispose d'un service de maintenance mieux équipé. Cela permet de réparer une grande partie du matériel ou d'assurer le suivi des entretiens et réparations par des firmes extérieures. Les différentes missions d'appui ont permis également de rendre fonctionnel plusieurs équipements, notamment l'appareil de radiographie, la lampe scialytique, etc.
- Absence d'un projet d'établissement hospitalier : l'hôpital dispose maintenant d'un PEH 2020-2022 qui lui sert de cadre stratégique et opérationnel (malgré l'absence de validation de ce plan par le niveau central). Ce plan s'accompagne aussi du développement de la comptabilité analytique et la mise en place du contrôle interne (formations en 2020 et 2021). L'HZ a aussi élaboré un document de partenariat avec Enabel (pour l'HZ de Savalou) jusqu'en 2023.
- Nécessité de remplacer l'appareil RX : cela s'est traduit par une mission d'expert qui a proposé une solution avec formation du technicien.
- Peu d'échanges d'expériences avec les autres hôpitaux : cela a été nettement renforcé entre autres dans les domaines suivants :
 - o Fabrication du savon liquidé (Papané)
 - o Formation sur la rédaction de projets et le plaidoyer (AMCES Cotonou)
 - o Organisation du service de pédiatrie (Nikki)
 - o Suivi multidisciplinaire des patients diabétiques auprès de l'HEB.

Réalisations

Il y a eu des appuis divers dans des domaines stratégiques et une amélioration notable des prestations impactant positivement certains indicateurs. Nous reprenons ci-dessous l'évolution des TRC, les missions en lien et les principales avancées déclarées par les

équipes. Pour rappel, MSV est partenaire de l'hôpital depuis 2015 en développant les trajets de renforcement des capacités. Il reste encore une année pour consolider ces TRC 2.0.

Types de TRC		Domaines prioritaires
TRC 1 (2017-2019)		<i>Urgences adultes et Urgences pédiatriques</i> <i>Chirurgie générale</i> Mise en pratique des formation régionale AMCES (Hygiène hospitalière)
TRC2 (2020-2022)		<i>Urgences pédiatriques</i> <i>Urgences obstétricales et néonatales</i> <i>Gestion hospitalière</i>
Année	Activités	Avancées
2020	2 missions urgences pédiatriques 1 Mission de tutorat à la maternité Elaboration TRC 2.0 1 mission de maintenance préventive et curative	-Amélioration de la PEC des cas urgents -Renforcement des capacités des sages-femmes dans la PEC globale des patientes (prévention des infections, qualités des soins et la gestion de la maternité) -Mise en évidence des trois domaines prioritaires à impacter
Année	Activités	Avancées
2021	1 mission urgences pédiatriques 1 mission de SONU 1 mission en gestion hospitalière (contrôle interne, formation élaboration des états financiers et sur le logiciel PERFECTO) 1 mission de maintenance préventive et curative	-Personnel administratif capable d'élaborer les états financiers de l'HZB -Maitrise de la saisie et l'édition de tout document contenu dans le PERFECTO -Amélioration des compétences des prestataires qualifiés des maternités en matière de prévention et de gestion des urgences obstétricales et néonatales

Les TRC 1.0 sur l'hygiène hospitalière, les urgences adultes et pédiatriques et la chirurgie de base se sont terminés fin 2018. Ces trajets ont été évalués et les conclusions étaient que le domaine prioritaire des urgences adultes et pédiatriques bénéficiait d'un score B (changements prévus atteints à 90%). Pour les urgences adultes, le score attendu était de 95% et pour la pédiatrique, entre 85-90% (car ils ne disposaient pas d'un médecin en continu dans ce service).

Le service de chirurgie a subi une grande mobilité de son personnel. Mais la chirurgie de base est restée d'un bon niveau : amélioration des soins pré, per et post-opératoires. Seules les plasties pour hernies ne sont pas réalisées.

Le volet hygiène est amélioré par une meilleure gestion des déchets, le bio nettoyage, les techniques de pose de drains,... Le système de stérilisation a été amélioré (acquisition d'un autoclave).

Comparaison activités au Bloc opératoire T2 2020 au T2 2021

Interventions	T2, 2020	T2, 2021	Comparaison T2 2020 et 2021 (%)
Césariennes	97	97	0
Cure d'hernie non étranglée	11	19	72,73
Cure d'hernie étranglée	02	0	-100
Cure d'hernie bilatérale	02	03	50
Appendicectomie	03	02	-33,33
Autres	15	24	60
Total	130	145	11,54
Rachianesthésie	116	92	-20,69
Anesthésie générale	13	54	315,38

Fin 2019 s'est déroulé l'atelier d'élaboration du trajet de renforcement des capacités (TRC 2.0). MSV assurera une continuité de tous les nouveaux TRC (de 3 années) jusque fin 2022. Sur base des 5 compétences collectives et de l'évaluation des TRC précédents, il est apparu 3 priorités:

- La pédiatrie à la condition que l'hôpital assure un personnel suffisant dans le service. Certains aspects n'étaient pas encore renforcés comme la prise en charge de la malnutrition et les urgences pédiatriques.
- Il y a eu une mission internationale et 3 missions réalisées par un expert national. Ce dernier a été particulièrement apprécié car il connaît bien les problèmes du milieu et cela facilite l'appropriation de la démarche. Il est de plus pleinement conscient des limites du plateau technique de l'hôpital et des possibilités de référence.
- Concernant l'approvisionnement en médicaments et équipements, ils travaillent plus facilement avec des fournisseurs nationaux qui assurent l'encadrement du technicien de l'hôpital. L'achat des médicaments se fait essentiellement via une société béninoise d'approvisionnement en produits pharmaceutiques.
- Le TRC qui couvre les urgences obstétricales et néonatales est aussi très bien conçu, et en collaboration avec l'hôpital de référence de Djougou. Cela permet un renforcement des sages-femmes de l'hôpital en SONU et l'approvisionnement en équipement de base des services. Il y a eu 3 missions nationales de formation (via le pool de formations SONU du niveau national) et une mission de tutorat de sages-femmes de 15 jours.
- Concernant la capitalisation, les missions laissent des traces comme les protocoles qui peuvent être consultés dans les services.
- Nous reprenons ci-dessous la quantification des principales activités obstétricales en 2020-21 :

Activités obstétricales	T2-2021	T1-2021	Evolut° T1-T2 2021 (%)	T2-2020	Comparaison T2-2021 au T2-2020 (%)
Total accouchement	337	226	49,12	245	37,55
Accouchements voie basse	240	165	45,45	148	62,16
Césariennes	97	61	59,02	97	0
Naissances vivantes	316	214	47,66	232	36,21
Mort-nés	19	10	90,00	14	35,71
Avortements	16	12	33,33	27	-40,74
Décès néonataux	---	4	---	4	---
Décès maternels	1	0	---	2	-50
Acceptantes PF	33	17	94,12	9	266,67

- Il est prévu d'initier des stages et des échanges avec des hôpitaux travaillant sur des thématiques prioritaires similaires (échographie obstétricale à Cotonou, échanges sur l'hygiène, fabrication de savon, maintenance, ...).
- On observe une meilleure appropriation des TRC 2.0 du personnel concerné.
- Le renforcement du personnel et de la qualité des soins influence la mortalité hospitalière malgré le recours tardifs aux soins et les tentatives d'accouchement à domicile.

Principaux indicateurs hospitaliers au T2, 2021

Services	Cons	Lits	Hospit	Journées totales	DMS	Reçus en urgence	Référence	Décès	Taux décès %	Taux d'occ lits de lits(%)	CRL
Urgences Adultes	734	9	84	152	1,80	609	49	8	1,09	18,56	9
Hospit	0	18	144	509	3,53	0	0	0	0	31,07	8
Gynéco Obstétriq	886	15	416	792	1,90	499	169	1	0,11	58,02	28
Pédiatrie	640	18	583	725	1,24	560	104	45	7,03	44,26	32
Total	2260	60	1227	2178	1,77	1668	322	54	2,39	39,89	20

Il y a eu une forte augmentation en 2019 de tous les indicateurs puis une baisse en 2020 (crise Covid) :

- Augmentation des consultations en chirurgie : urgences, plaies
- Augmentation des admissions en médecine
- Augmentation des consultations en pédiatrie

- Taux d'occupation des lits de 43%
- L'hôpital réfère beaucoup d'enfants prématurés et de faible poids à Djougou. Ils veulent mettre en place un service de transition / une salle de stabilisation des nouveau-nés. C'est possibilité est encouragé dans le TRC mais il n'y a pas de ressources actuellement (prévu pour 2022).
- Les décès à la maternité sont stables : 3 décès en 2019, 11 en 2020 et 1 seule actuellement en 2021. Tous les cas sont audités et les causes principales sont : GEU rompue, recours tardifs aux soins, pénurie de produits sanguins et référence à Parakou impossible.
- En pédiatrie, il y a eu 12 décès néonataux audités avec le pédiatre de Djougou

Conclusion

L'hôpital de Bassila améliore son offre de service par des équipes bénéficiant de TRC avec un leadership affirmé de sa direction, une bonne cohésion d'équipe et une augmentation de l'utilisation des services. Même si les indicateurs qualitatifs de processus semblent encourageants, il faudrait néanmoins toujours se questionner sur la pertinence de telles stratégies dans des services sous-utilisés par la population.

5. Recommandations

5.1. Au niveau stratégique

1. Assurer le financement à long terme de ce programme, afin de continuer le renforcement de capacités des établissements de santé du Borgou (encore insuffisantes) et la consolidation des actions clés mises en place (renforcement institutionnel et qualité des soins et des services).
2. Appuyer les MS dans sa politique de couverture santé universelle, prenant en considération des paramètres épidémiologiques, la disponibilité de services et la demande de soins à court et moyen terme. En particulier, profiter de l'expérience des partenaires (aux niveaux national et international) pour mener des projets pilotes (ou des recherches actions) sur les mécanismes d'assurance santé qui prennent en compte les plus vulnérables.
3. Préparer la prolongation du programme (phase post 2021) avec une formulation du cadre logique montrant un lien de cause à effet plus direct entre les activités et les résultats attendus, et qui propose des indicateurs « genres » à tous les niveaux.
4. Envisager un élargissement des partenaires pour appuyer certains volets de programme et permettre un niveau de spécialisation supérieur de certaines activités.
5. Revoir les conventions entre partenaires afin d'y inclure les progrès réels en termes de communication, de relations et de définition des rôles de chacun, observés depuis l'évaluation intermédiaire.

5.2. Au niveau de l'offre de soins

1. Mieux opérationnaliser les Plans d'établissement hospitaliers et les plans stratégiques des zones de santé, et gagner en intégration du Programme pour qu'il s'inscrive pleinement dans la vision managériale des institutions (AMCES, HZ, EEZS).
2. Renforcer le leadership au niveau des hôpitaux et / ou des services pour pérenniser les améliorations des processus de soins et travailler sur la motivation des professionnels
3. Renforcer la sensibilisation de la population et des professionnels de santé sur le prochain programme post 2021.
4. Renforcer le cadre d'auto-évaluation et le système de suivi-évaluation de la qualité des HZ, en favorisant une approche basée sur les résultats (performance).
5. Favoriser l'appui aux hôpitaux publics et aux structures pour lesquels les indicateurs d'accessibilité restent trop faibles.
6. Mieux assurer la documentation des changements introduits (entre autres par plus de recherches opérationnelles) pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel.
7. Assurer une continuité aux appuis qui influencent la qualité des soins : renforcement des capacités par la réhabilitation, l'équipement en matériel médico-technique et la digitalisation ; renforcement des compétences (TRC et formations continues); développer la participation communautaire au niveau hospitalier.

5.3. Au niveau de la demande

1. Développer les approches communautaires et les partenariats favorisant l'autonomisation de la société civile. Cela nécessite encore de plus stimuler la participation communautaire grâce aux appuis et supervisions des EEZS et des organes de contrôle et de gestion des ZS.
2. Renforcer le 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.
3. Inclure une option sociale au fonds d'indigence, en collaboration avec les services sociaux des hôpitaux, afin d'attester du caractère indigent de la situation et mettre en place des mécanismes d'appui pour dépasser ces situations d'indigence.

5.4. Au niveau du genre

1. Organiser des séminaires ou activités de formation continue sur les déterminants de la santé liés au genre, ouvertes aux professionnels du système de santé et équipes du programme.

Annexe

Annexe 1. Termes de référence (voir fichier)