



EVALUATION EXTERNE PROGRAMME #HEALTH4ALL 2022-2026

## Portfolio B : Bénin

« *Santé pour tous et toutes au Bénin -JIJOHO BOUAN DOBOU  
AKPAANI* »

Ecole de santé publique (ESP) de l'ULB, Centre de recherche en  
« Politiques et systèmes de santé – santé internationale »

Rapport de l'évaluation intermédiaire (Phase 2)

Septembre-décembre 2024

### Auteurs :

Ernest Denerville, Fatimata Oumar Diop et Anna Salvati (Memisa et partenaires), Marie-Louise Ndayishimiye et Romain Mukupi (MSV) et Jackie Ndonga (CDEB), *Équipes d'évaluation croisées*

Elisabeth Paul et N'koué Emmanuel Sambieni (ESP/ULB), *équipe d'évaluateurs externes*

Version finale

Bruxelles, le 10 février 2025

## Table des matières

Liste des acronymes.....	3
Résumé analytique .....	4
1) Contexte, objectifs et approche méthodologique.....	8
1.1 Le programme #Health4All .....	8
1.2 Le processus d'évaluation .....	10
2) Déroulement de l'évaluation intermédiaire.....	11
2.1 Phase préparatoire .....	11
2.2 Mission de collecte des données .....	12
2.3 Rédaction du rapport de mission .....	12
2.4 Analyse réflexive .....	12
3) Constats et réponses aux questions d'évaluation .....	14
3.1 QE 1. Appréciation de l'évaluabilité « en pratique ».....	14
3.2 QE 2.1. Analyse stratégique (réponse aux besoins) .....	20
3.3 QE 2.2 Analyse stratégique (avantages comparatifs).....	24
3.4 QE 3. Analyse logique de la théorie de changement.....	28
3.5 QE 4.1. Analyse de la fidélité d'implantation.....	32
3.6 QE 4.2. Analyse d'implantation .....	37
4) Conclusions et recommandations.....	43
4.1 Synthèse de l'évaluation au regard des critères d'évaluation .....	43
4.2 Recommandations.....	44
5) Références principales .....	46
Annexes.....	47
Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées et calendrier de la mission d'évaluation croisée au Bénin.....	47
Annexe 2 : Quelques photos de la mission d'évaluation croisée .....	51
Annexe 3 : Matrice consolidée des indicateurs de suivi.....	52
Annexe 4 : Proposition de révision de l'indicateur 3.2.2 (source : CERRHUD) .....	59

## Liste des acronymes

ABPF	Association béninoise de promotion de la famille
ACNG	Acteur de coopération non gouvernementale
AMCES	Association des œuvres médicales privées confessionnelles associatives et sociales
ARCH	Assurance pour le renforcement du capital humain
CERRHUD	Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie
CDEB	Chaîne de l'Espoir Belgique
CJ	Critère de jugement
CNHU-HKM	Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga
CS	Centre de santé
CSC	Cadre stratégique commun
CSU	Couverture santé universelle
DDS	Direction départementale de la santé
D.E.S.	Diplôme d'études spécialisées
DGD	Direction générale Coopération au Développement et Aide humanitaire
ESP	Ecole de santé publique
GMAO	Gestion de la maintenance assistée par ordinateur
HZ	Hôpital de zone
MNT	Maladie non transmissible
MSV	Médecins sans Vacances
ODD	Objectif de développement durable
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PEH	Plan d'établissement hospitalier
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNUSS	Plateforme nationale des utilisateurs de services de santé
PTA	Plan triennal d'activités
PTF	Partenaire technique et financier
QE	Question évaluative
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SROI	<i>Social Return on Investment</i> (Retour social sur investissement)
SR/PF	Santé reproductive et planification familiale
SSDR	Santé sexuelle et droits reproductifs
TdR	Termes de référence
ToC	Théorie de changement
TRC	Trajet de renforcement des capacités
ULB	Université libre de Bruxelles
ZS	Zone sanitaire

## Résumé analytique

Le programme « #Health4All », commun à trois organisations de la société civile (OSC) et cofinancé par la coopération belge au développement, est mis en œuvre sur la période 2022-2026. Au Bénin, il est mis en œuvre par les trois OSC du consortium, à savoir Memisa, Médecins Sans Vacances (MSV) et la Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB). Son objectif spécifique (Outcome) est le suivant : « Le système de santé est plus intégré, inclusif, performant, résilient et pérenne, bénéficie d'une meilleure gouvernance basée sur le droit humain à la santé, et est capable de satisfaire davantage les besoins de santé de la population couverte par l'intervention, par la disponibilité des services offrant des soins de qualité, globaux, intégrés et continus accessibles à tou.te.s, et en particulier aux plus vulnérables et marginalisés. » A cette fin, le programme s'articule autour de quatre résultats attendus :

- **Résultat 1** : La gouvernance améliorée du secteur de santé permet de gérer de manière plus transparente les ressources et les données de la santé, par une prise de décision plus participative impliquant la société civile pour le plaidoyer et davantage basée sur l'évidence, prenant en compte les besoins de santé de l'ensemble de la population dans la poursuite du droit à la santé.
- **Résultat 2** : Les structures et prestataires de santé appuyés disposent de meilleures capacités médico-techniques, organisationnelles et institutionnelles pour être proactifs, responsables et appréciés par les utilisateurs et à leur écoute, capables d'assurer des services de qualité, efficaces, accessibles et acceptables, et des soins globaux, continus et intégrés.
- **Résultat 3** : La population est mieux organisée et participe davantage à tous les niveaux pour la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.
- **Résultat 4** : Les acteurs de santé identifient et analysent les problèmes tenaces et y apportent des solutions efficaces par la recherche-action et participent à des Espaces collectifs de Gestion des Connaissances, permettant de créer et stimuler des synergies, ainsi que de produire plusieurs référentiels qui seront utiles et exploitables pour l'atteinte de l'outcome.

Le programme #Health4All fait l'objet d'une évaluation externe qui se déroule en plusieurs phases et est réalisée par une équipe d'évaluation croisée appuyée par des évaluateurs externes. Une mission de recueil des informations a été réalisée au Bénin du 14 au 23 octobre 2024. Ce rapport présente les principales conclusions de l'évaluation intermédiaire du programme, d'abord au regard des six questions évaluatives (QE) retenues et puis au regard des cinq critères d'évaluation pertinents à ce stade.

Sur la base des informations recueillies, cette évaluation intermédiaire a permis de tirer les conclusions suivantes.

- 1) **L'évaluabilité du programme est en partie assurée grâce au système de suivi existant, mais il subsiste des lacunes significatives.** La population cible est clairement définie et quantifiée, mais aucun groupe de contrôle n'a été clairement défini et quantifié lors de la conception du programme. Les indicateurs de suivi ont fait l'objet d'une définition précise dès la formulation du programme, mais plusieurs d'entre eux sont difficiles à mesurer et mériteraient d'être révisés. La valeur de base (*baseline*) de chacun des indicateurs de suivi du programme a été collectée, mais la valeur actuelle de quelques indicateurs n'est pas encore renseignée. La plupart des indicateurs de suivi sont désagrégés par genre, sauf ceux dont la désagrégation n'est pas possible, mais on note une absence d'indicateur ou de marqueur de progrès relatifs à la mesure de l'impact environnemental. Il existe un système de suivi constitué de plusieurs mécanismes appropriés qui est globalement de qualité satisfaisante, même s'il présente des faiblesses et qu'il mériterait d'être davantage

harmonisé entre les trois OSC. Il existe plusieurs mécanismes dédiés à la capitalisation (quatrième axe du programme #Health4All) mais cette dernière n'est pas systématique ou institutionnalisée pour ses trois volets. Enfin, les informations nécessaires au calcul du retour social sur investissement (SROI) lors de l'évaluation finale ne sont pas encore disponibles et un travail conséquent mérite d'être effectué dès à présent pour les rendre disponibles à terme.

- 2) **Le programme #Health4All répond à des besoins normatifs importants, mais les évaluateurs ne sont pas en mesure de conclure quant à leur degré de priorité pour les bénéficiaires finaux.** Au moment de la formulation, qui a eu lieu pendant la pandémie de COVID-19, les trois OSC sont reparties de leur programme précédent et de l'expérience de leurs partenaires, mais aucun des volets du programme (OSC) n'a réalisé d'analyse approfondie de la situation problématique de départ en vue de la définir clairement, de la formuler et de la quantifier. Néanmoins, au cours de sa mise en œuvre, le programme a appuyé l'élaboration des plans de développement des zones sanitaires et hôpitaux de zone partenaires, qui reposent sur une analyse de situation approfondie. Dès lors, le programme essaie de s'adapter aux besoins exprimés par les bénéficiaires directs, et ces derniers ont modérément participé à l'identification des besoins, principalement à travers la représentation des partenaires opérationnels et des « porteurs d'obligations ». Ce faisant, les besoins identifiés sont principalement d'ordre normatif et comparatif, du fait du processus de construction du programme reposant principalement sur des experts. Le modèle causal n'est pas clairement explicité : le choix de la ou des causes du problème sur lesquelles le programme entend agir n'est pas clairement justifié ni fondé sur des bases probantes et au contraire, la justification du programme semble plutôt « orientée par l'offre ». De même, le choix des populations cibles n'est pas clairement justifié. Bien que les populations n'aient pas été consultées directement, il ressort des échanges avec les bénéficiaires directs que les trois volets du programme (OSC) répondent à des problèmes d'une importance avérée. Les aspects transversaux (genre et environnement) ont été analysés et pris en compte lors de la formulation du programme, mais ces analyses mériteraient d'être approfondies. Le programme dans son ensemble a une bonne cohérence externe avec les priorités nationales telles qu'identifiées dans les documents de politiques et de stratégies nationales.
- 3) **Les objectifs du programme sont cohérents avec la stratégie des trois OSC impliquées et ces dernières ont les capacités techniques et l'expérience préalable pour agir dans les domaines de l'accès et de la qualité des soins de santé.** Toutefois, comme les causes fondamentales des problèmes ne sont pas clairement identifiées, il n'est pas évident de se prononcer sur leurs capacités à y répondre – notamment vis-à-vis de l'ensemble des déterminants sociaux et politiques de la santé, qui sont de toute évidence en dehors de leur sphère d'influence. Il existe des synergies et complémentarités entre les trois OSC en regard de la théorie de changement du programme (interventions aux trois niveaux de la pyramide sanitaire), de certaines zones d'intervention et complémentarités sur le terrain, mais le montage opérationnel et la couverture géographique ne permettent pas de bénéficier du plein potentiel de synergies du programme conjoint. De même, les partenaires opérationnels ont les capacités (en termes de ressources humaines et matérielles) et l'expérience préalable pour agir sur les problèmes liés à l'offre et/ou la demande de soins dans leur(s) zone(s) d'intervention, mais il reste des besoins ressentis en termes de matériels et équipements, d'infrastructures et de stabilité des ressources humaines formées. Il existe des synergies/complémentarités démontrées entre les partenaires opérationnels, tant au niveau de la théorie de changement du programme que du montage opérationnel – ainsi, l'Association des œuvres médicales privées confessionnelles associatives et sociales est le partenaire commun aux trois OSC – et des complémentarités sur le terrain, mais elles sont limitées. Pour le programme dans son ensemble, les procédures et les outils de gestion sont assez peu harmonisés entre les trois OSC et leurs partenaires opérationnels. Enfin, le

programme #Health4All dans son ensemble s'inscrit dans les objectifs (cibles, approches) du Cadre Stratégique Commun (CSC) de la coopération belge et il a une cohérence externe démontrée avec les actions menées par d'autres acteurs dans les zones d'intervention.

- 4) **Il ressort de l'analyse logique de la théorie de changement (ToC) du programme #Health4All qu'elle est toujours plausible et cohérente.** Les impacts attendus et les étapes nécessaires pour les atteindre sont relativement clairs, et le choix des stratégies d'intervention est, dans une certaine mesure, justifié et fondé sur des bases probantes. Les moyens mis en œuvre sont cependant insuffisants au regard des objectifs ambitieux de l'intervention, ce qui réduit la plausibilité de l'atteinte des objectifs spécifiques relatifs à chaque axe d'intervention à la fin du programme. Il existe des indicateurs valides et fiables pour la plupart des étapes de la théorie de changement et la plupart des cibles fixées pour chaque indicateur de suivi sont réalistes au regard du contexte et des moyens mis à disposition. Les interactions entre les différents axes du programme sont clairement explicitées, permettant de rendre compte de la complexité des relations causales. Toutefois, il demeure des possibilités d'améliorer l'intégration entre les axes durant la mise en œuvre. Les trois OSC ont opté pour un modèle opérationnel légèrement différent, reposant néanmoins fortement sur les partenaires locaux. Le choix de ces modèles opérationnels est adéquatement justifié dans le document de programme, mais il manque de bases probantes. Il existe un consensus entre les partenaires opérationnels sur les éléments clés de la théorie de changement, mais tous les partenaires limitrophes n'en ont pas la même connaissance. Des éléments pertinents de contexte sont pris en compte au niveau de la conception du programme et de son montage opérationnel – y compris au niveau de l'analyse de risques dans le cadre du CSC et en préparation du programme. Les évaluateurs n'ont pas constaté d'aporie ou de synergie manquée du programme, si ce n'est au niveau géographique (non-convergence des zones sanitaires).
- 5) **A mi-parcours, la mise en œuvre du programme #Health4All est, dans une grande mesure, conforme à la planification.** Les principales activités exécutées à ce stade s'inscrivent dans les quatre axes du programme et plusieurs d'entre elles sont spécifiquement liées au genre et à l'environnement, même s'il manque une réelle intégration de ces deux dimensions dans le programme. Peu d'écarts significatifs ont été observés entre les moyens et ressources financières prévues initialement et ceux mis en place, hormis du côté de MSV. La plupart des activités planifiées par les trois OSC sont exécutées selon le planning, mais on constate quelques écarts entre les activités prévues et réalisées, notamment des demandes en équipement du côté de MSV et l'interruption du financement du Fonds d'équité à destination des indigents du côté de Memisa. Les taux d'exécution financière varient d'une OSC ou d'un partenaire opérationnel à l'autre et sont généralement plus élevés la deuxième année que la première. On constate une surconsommation budgétaire du côté de MSV, à trouver au niveau des investissements, même si les dépenses de fonctionnement constituent les deux tiers des dépenses. Les informations nécessaires au calcul des coûts agrégés par activités ne sont pas disponibles, en revanche celles par rubrique budgétaire le sont.
- 6) **Le programme n'a pas dû apporter de modification majeure dans sa conception et sa structure opérationnelle pour s'adapter au contexte, hormis, pour la CDEB, le renforcement des équipes d'experts locaux à la suite de la pandémie de Covid-19.** La mission croisée n'a pas constaté de variations particulières dans le degré de mise en œuvre selon les zones d'intervention. Les principaux outputs (biens et services) et changements (effets) produits à ce stade de la mise en œuvre du programme s'inscrivent dans les quatre axes du programme. Les données financières disponibles ne permettent pas de calculer le coût unitaire des principaux biens et services produits. Plusieurs outils de gestion, outils techniques et bonnes pratiques ont été développés dans le cadre du programme et ont le potentiel d'être capitalisés et transférés vers d'autres partenaires et/ou d'autres contextes.

De même, plusieurs acteurs stratégiques ont émergé, en cours de mise en œuvre, comme jouant un rôle central au regard des objectifs du programme ; des collaborations ou du moins, une meilleure communication avec certains de ces acteurs seraient bénéfiques pour réduire les tensions et renforcer les impacts du programme. Plusieurs facteurs contextuels ont entravé (goulots d'étranglement) ou au contraire favorisé la production des effets attendus. De façon générale, les perceptions des partenaires limitrophes sur les différents volets du programme sont très positives, mais le programme n'est pas visible comme un tout auprès de la plupart des bénéficiaires. Plusieurs interventions clés ont été identifiées comme susceptibles de faire l'objet de l'évaluation finale au niveau de l'appui aux hôpitaux par MSV. Enfin, plusieurs bonnes pratiques ont été identifiées comme susceptibles d'être transférées dans les contextes des équipes d'évaluation croisée, ainsi qu'une erreur à éviter.

Au total, l'appréciation des évaluateurs quant à la performance du programme au regard des différents critères d'évaluation pertinents à ce stade de la mise en œuvre se présente comme suit :

- **Pertinence** : Le programme répond à des besoins normatifs importants et semble pertinent au regard des besoins exprimés par les partenaires opérationnels et bénéficiaires directs. Toutefois, il manque d'analyse approfondie des problèmes (causes profondes) et des besoins spécifiques des bénéficiaires finaux. La participation des populations cibles dans la définition de ces besoins reste modérée, et les choix de zones d'intervention et populations cibles ne sont pas toujours justifiés.
- **Cohérence** : le programme correspond aux expériences et capacités des trois OSC impliquées et montre une bonne cohérence externe avec les priorités nationales et celles de la coopération belge. La complémentarité des trois OSC porteuses est démontrée. Toutefois, les synergies opérationnelles et géographiques entre les trois OSC pourraient être davantage exploitées sur le terrain. Certaines procédures financières et outils de gestion restent peu harmonisés entre les OSC.
- **Efficacité** : Les activités sont mises en œuvre dans une large mesure conformément à la planification et produisent les effets attendus, bien qu'il existe quelques écarts liés à des contraintes logistiques et des ajustements nécessaires. Les indicateurs de suivi montrent une bonne progression et certaines cibles sont déjà dépassées. D'autres restent difficiles à atteindre compte tenu des ressources disponibles.
- **Efficience** : Les ressources et moyens sont également, dans une large mesure, mobilisés conformément à la planification, hormis pour le volet MSV qui connaît un dépassement budgétaire. Les informations nécessaires au calcul des coûts agrégés par activités ne sont pas disponibles, ce qui empêche de se prononcer plus avant sur ce critère.
- **Aspects transversaux** : Les aspects de genre sont partiellement pris en compte, comme la désagrégation des indicateurs par sexe et des initiatives ciblées pour les femmes. Cependant, une analyse approfondie des disparités de genre est absente, limitant l'intégration transversale de cette dimension. Quant à l'environnement, des efforts liés à l'impact environnemental sont mentionnés, tels que la gestion des déchets hospitaliers et l'installation d'incinérateurs. Cependant, il manque des indicateurs spécifiques pour évaluer l'impact environnemental, et certaines activités pourraient avoir des effets négatifs sur l'environnement (ex. brûlage de déchets).

Enfin, ce rapport se termine par une série de recommandations formulées au niveau de la stratégie, de la gestion et du suivi ainsi que de la capitalisation du programme.

# 1) Contexte, objectifs et approche méthodologique

## 1.1 Le programme #Health4All

Le programme « #Health4All », commun à trois organisations de la société civile (OSC), vise à améliorer la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des services de santé pour la population, en particulier les personnes vulnérables, les femmes et les enfants, à travers diverses activités de renforcement du système de santé et le partage d'outils et de bonnes pratiques. Il est cofinancé par la coopération belge au développement sur la période 2022-2026. La stratégie et le cadre conceptuel communs comprennent quatre voies de changement : amélioration de la gouvernance, renforcement de l'offre, appui à la demande, gestion des connaissances et apprentissages communs.

Au Bénin, il est mis en œuvre par les trois OSC du consortium, à savoir Memisa, Médecins Sans Vacances (MSV) et la Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB). Son objectif spécifique (Outcome) est le suivant : « Le système de santé est plus intégré, inclusif, performant, résilient et pérenne, bénéficie d'une meilleure gouvernance basée sur le droit humain à la santé, et est capable de satisfaire davantage les besoins de santé de la population couverte par l'intervention, par la disponibilité des services offrant des soins de qualité, globaux, intégrés et continus accessibles à tou.te.s, et en particulier aux plus vulnérables et marginalisés. » A cette fin, le programme s'articule autour de quatre résultats attendus :

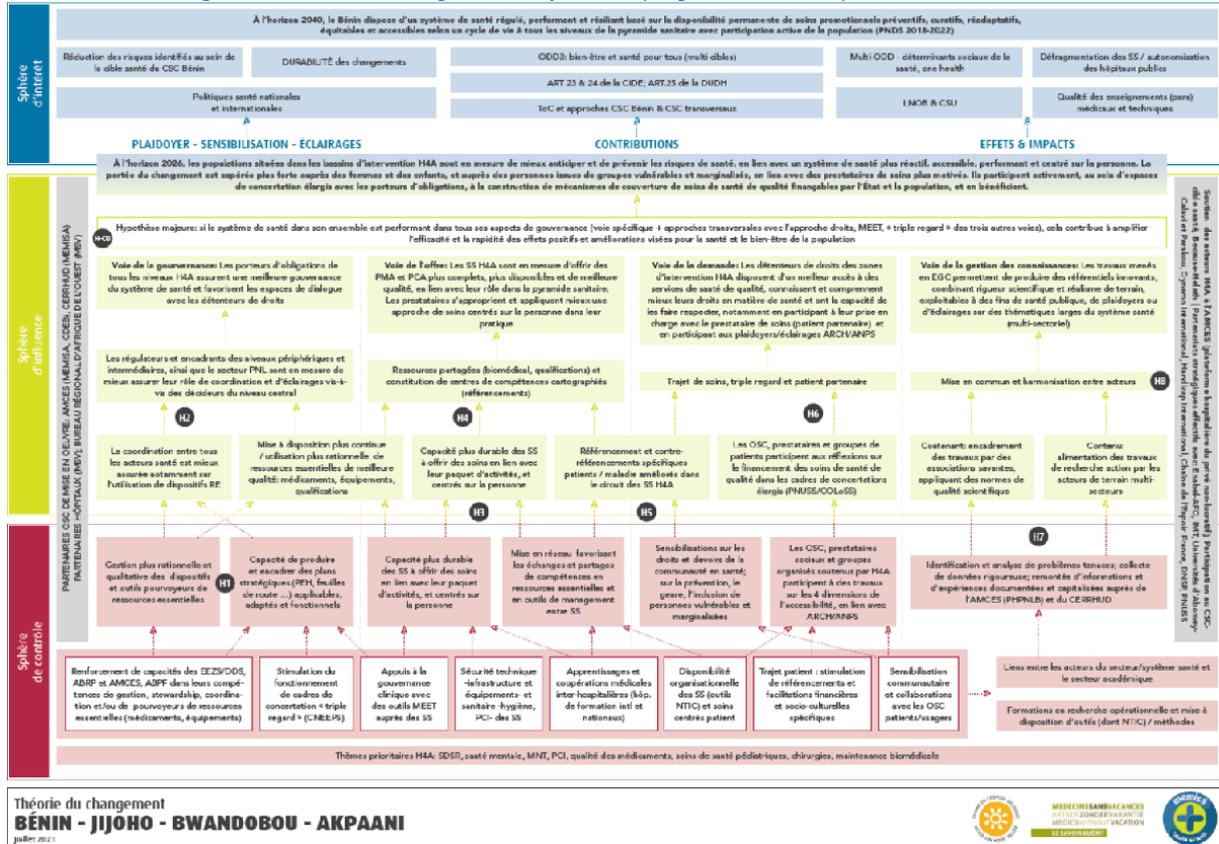
- Résultat 1 : La gouvernance améliorée du secteur de santé permet de gérer de manière plus transparente les ressources et les données de la santé, par une prise de décision plus participative impliquant la société civile pour le plaidoyer et davantage basée sur l'évidence, prenant en compte les besoins de santé de l'ensemble de la population dans la poursuite du droit à la santé.
- Résultat 2 : Les structures et prestataires de santé appuyés disposent de meilleures capacités médico-techniques, organisationnelles et institutionnelles pour être proactifs, responsables et appréciés par les utilisateurs et à leur écoute, capables d'assurer des services de qualité, efficaces, accessibles et acceptables, et des soins globaux, continus et intégrés.
- Résultat 3 : La population est mieux organisée et participe davantage à tous les niveaux pour la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.
- Résultat 4 : Les acteurs de santé identifient et analysent les problèmes tenaces et y apportent des solutions efficaces par la recherche-action et participent à des Espaces collectifs de Gestion des Connaissances, permettant de créer et stimuler des synergies, ainsi que de produire plusieurs référentiels qui seront utiles et exploitables pour l'atteinte de l'outcome.

Les zones d'intervention identifiées à travers la revue documentaires et confirmées par les entretiens avec les équipes de mise en œuvre sont les suivantes :

- MSV est active dans sept hôpitaux dont cinq sur financement #Health4All et deux sur fonds propres.
- Memisa est active dans deux zones sanitaires (ZS) – au niveau des centres de santé (CS) et de l'hôpital de zone (HZ) – et deux hôpitaux dans deux ZS supplémentaires.
- La CDEB est présente dans deux hôpitaux.

La Figure 1 montre la théorie de changement (ToC) conjointe du programme.

Figure 1 : Théorie de changement conjointe du programme « santé pour tous » au Bénin



De manière plus concrète, les stratégies sont mises en œuvre à travers les activités suivantes (ToC pp. 5-7) :

- Appuis aux institutions locales du système de santé : équipes d'encadrement des ZS et DDS (régulateurs), à l'Association des œuvres médicales privées confessionnelles associatives et sociales (AMCES) à l'Association béninoise de promotion de la famille (ABPF), au Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie (CERRHUD) ou encore à la Plateforme nationale des utilisateurs de services de santé (PNUSS) ;
- Stimulation du fonctionnement de cadres de concertation « triple regard » de l'offre, la demande et la gouvernance ;
- Appuis à la gouvernance clinique auprès des hôpitaux appuyés par le programme ;
- Renforcement des infrastructures et équipements des structures sanitaires, et de leurs pratiques d'hygiène et de prévention et contrôle des infections ;
- Apprentissages et coopérations médicales interhospitalières nationales et internationales ;
- Amélioration de la disponibilité organisationnelle des services de santé et des soins orientés patient ;
- Stimulation de référencement via facilitations financières (fonds d'équité, de solidarité) et sociales spécifiques ;
- Sensibilisation communautaire sur les droits et devoirs des personnes en santé, et appuis pour/collaborations avec des OSC et prestataires sociaux représentatifs des usagers ;
- Re- ou mieux lier les acteurs du secteur santé et le secteur académique ;
- Former les acteurs de terrain en recherche opérationnelle et mettre si pertinent certains outils/méthodes à leur disposition.

## 1.2 Le processus d'évaluation

Le programme #Health4All dans son ensemble fait l'objet d'une évaluation externe qui poursuit une double finalité : l'apprentissage et la reddition de comptes. Les termes de référence (TdR) indiquent que l'évaluation devra :

- 1) Vérifier globalement et de manière indépendante le retour social sur investissement du programme et apprécier le programme sur la base de critères d'évaluation.<sup>1</sup>
- 2) Analyser la collaboration et la synergie sur le terrain entre les trois OSC, ainsi que leurs collaborations et les partenariats avec d'autres acteurs locaux pour l'atteinte des objectifs du programme.
- 3) Tirer les principaux enseignements et formuler des recommandations pratiques se trouvant dans la sphère de contrôle des OSC.

Selon l'approche méthodologique retenue, l'évaluation externe se déroule en plusieurs phases et est réalisée par une équipe d'évaluation croisée appuyée par des évaluateurs externes de l'École de santé publique (ESP) de l'Université libre de Bruxelles (ULB). **L'évaluation intermédiaire** (Phase 2) privilégie l'aspect formatif et se concentre sur les critères d'évaluation les plus pertinents à ce stade de la mise en œuvre du programme (voir le [Rapport de la Phase 1 de l'évaluation externe](#) qui décrit et justifie les choix méthodologiques posés). Une mission de recueil des informations a été réalisée au Bénin, du 14 au 23 octobre 2024, par Mesdames et Messieurs Ernest Denerville, Fatimata Oumar Diop et Anna Salvati (Memisa et partenaires de Memisa en Mauritanie), Marie-Louise Ndayishimiye et Romain Mukupi (MSV au Burundi et en République démocratique du Congo) et Jackie Ndonga (CDEB). Lors de ses activités à Parakou, cette équipe d'évaluation croisée était accompagnée par M. N'koué Emmanuel Sambieni, de l'équipe d'évaluateurs externes. La mission a été facilitée par l'équipe hôte, en particulier Messieurs Mathieu Dossou et Coovi Nonwanou Ignace Tokpanoude de MSV, Madame Joséphine Dossou et Monsieur Frank De Paepe de Memisa, et Madame Chiara Carbone de la CDEB, qui avait préalablement rassemblé tous les documents utiles à la réalisation de la mission et organisé les rencontres. L'Annexe 1 présente le programme détaillé (calendrier) de l'évaluation et les personnes rencontrées. L'Annexe 2 présente quelques photos de cette mission.

Ce rapport se base sur le rapport de fin de mission de l'équipe d'évaluation croisée, qui a ensuite été vérifié, complété et édité sous la direction d'Elisabeth Paul (ESP/ULB). Il présente les conclusions de l'évaluation intermédiaire, tirées sur la base des informations recueillies au cours des missions ainsi que de toutes les informations partagées par l'équipe hôte. Il est organisé autour des six questions évaluatives (QE) validées à l'issue de la Phase 1 (préparation de l'évaluation intermédiaire) et de leurs critères de jugement (CJ) respectifs permettant d'y répondre de la façon la plus objective possible.

Les équipes d'évaluation – croisée et externe – tiennent à remercier l'ensemble des parties prenantes rencontrées au cours de la mission et plus particulièrement les membres des équipes hôtes pour la préparation de l'évaluation dans son ensemble tout en assurant la logistique de qualité permettant de faire face à tous les aléas rencontrés, pour leur disponibilité à accompagner l'équipe croisée et enfin pour leur engagement dans la réflexion menée au cours de l'évaluation. Les membres de l'équipe croisée remercient également le siège de leurs organisations pour l'organisation de l'évaluation dans sa globalité et la disponibilité des moyens nécessaires afin de permettre le bon déroulement de cette évaluation croisée. Ils remercient également toutes les personnes qui ont contribué à rendre leur mission très agréable dans son ensemble.

---

<sup>1</sup> Il s'agit des critères d'évaluation du Comité d'Aide au Développement de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (CAD/OCDE), à l'exception de l'impact qui est intégré dans l'efficacité/efficience, plus le genre et l'environnement.

Les conclusions et recommandations présentées dans ce rapport sont attribuables aux seuls évaluateurs et n'engagent nullement l'équipe hôte.

## 2) Déroulement de l'évaluation intermédiaire

### 2.1 Phase préparatoire

A la suite à la Phase 1 de l'évaluation externe, qui a permis de développer la méthodologie d'évaluation (y compris la formulation des QE, des CJ et des outils génériques de collecte des données) et de former les équipes d'évaluation au cours de trois séances (la première sur les concepts et principes de l'évaluation, la deuxième sur la méthode du retour social sur investissement, la troisième sur la méthodologie retenue et les outils à utiliser/adapter sur le terrain), la Phase 2 a commencé début juillet 2024. Les démarches suivantes ont été effectuées afin de préparer et de mener l'évaluation.

#### 1) Cadrage de l'évaluation

En vue de préparer l'équipe croisée à l'exécution de sa mission, plusieurs réunions en visioconférence ont eu lieu avec les équipes hôtes. Elles ont permis de déterminer la liste des participants à interviewer, de faire le point sur la disponibilité de la documentation et de s'accorder sur les aspects logistiques de la mission.

#### 2) Analyse documentaire préalable

Conformément à ce qui était convenu dans le rapport de la première phase de l'évaluation (version révisée du 4 juillet 2024), les équipes hôtes ont mis à disposition des évaluateurs une série de documents qui ont fait l'objet d'un examen préalable à la mission de terrain. Il s'agit particulièrement des documents suivants :

- Le document descriptif du programme soumis à la Direction générale Coopération au Développement et Aide humanitaire (DGD) ;
- La Théorie de Changement » (ToC) commune aux trois OSC et celles spécifiques à chacune des OSC ;
- La matrice consolidée de suivi des indicateurs ;
- Les scores de performance ;
- Le récapitulatif de suivi-exécution des dépenses.

#### 3) Préparation des outils de collecte des données

Au cours de la Phase 1, les évaluateurs externes ont produit et partagé des outils génériques de collecte des données comprenant : (1) le guide de focus group avec les gestionnaires de programme et partenaires opérationnels ; (2) des guides d'entretien avec les diverses parties prenantes, selon les différentes QE ; (3) un guide d'observation ; et (4) un guide d'animation des ateliers participatifs/réflexifs. Néanmoins, ces guides ont dû être adaptés en fonction des personnes interrogées.

#### 4) Préparation du programme de la mission d'évaluation

Un calendrier a été élaboré par les équipes hôtes. Aucune modification substantielle n'a été faite au programme préétabli pour l'équipe croisée francophone. Le calendrier définitif de l'évaluation est présenté en Annexe 1.

## 2.2 Mission de collecte des données

Plusieurs démarches ont été accomplies au cours de la semaine de mission, du 14 au 23 octobre 2024, pour collecter les données qui ont alimenté l'évaluation croisée (voir Annexe 1 pour le programme détaillé) :

- La revue documentaire ;
- Une discussion en focus group au cours de laquelle les évaluateurs croisés ont interrogé les responsables des OSC et d'autres acteurs ;
- Des entretiens et visites de terrain dans des hôpitaux et les centre de santé ;
- Des ateliers participatifs.

La mission croisée s'est réparti le travail en trois groupes, chargés chacun plus particulièrement d'un volet du programme correspondant à chaque OSC. Les différents participants étaient chargés à tour de rôle de poser les questions, de tenir le journal de bord et de prendre des notes.

## 2.3 Rédaction du rapport de mission

Conformément aux engagements convenus dans le rapport de la Phase 1, les évaluateurs croisés ont produit un rapport de mission et un journal de bord décrivant leurs activités. Sur cette base, l'évaluatrice principale a rédigé le présent rapport, en veillant à contre-vérifier les informations et à harmoniser la présentation avec les rapports des autres pays des Portfolios B et C de l'évaluation #Health4All. Des échanges ont eu lieu avec les évaluateurs croisés pour s'assurer de la bonne compréhension du rapport, clarifier certains points et demander des compléments d'information. Ce rapport a ensuite été soumis pour validation aux évaluateurs croisés. Cette version a été révisée et finalisée par l'évaluatrice principale à la suite des commentaires envoyés sur l'ébauche de rapport par les équipes hôtes et le siège des trois OSC.

## 2.4 Analyse réflexive

La démarche d'évaluation croisée appuyée par des évaluateurs externes constitue un défi qui a été relevé avec succès. Cette sous-section tire ici quelques enseignements sur la démarche et pointe les limites de l'étude.

Au titre des éléments positifs et des bonnes pratiques identifiées, on retrouve les éléments suivants :

- L'évaluation intermédiaire est centrée sur l'apprentissage, y compris à travers des formations et un coaching qui ont permis de renforcer les capacités des évaluateurs croisés ;
- La considération des gestionnaires du programme dans les évaluations croisées formatives a été particulièrement profitable à l'évaluation ;
- Les échanges entre les équipes hôtes et croisées, ainsi qu'entre les équipes des OSC évaluées et l'équipe d'évaluation croisée, ont favorisé un apprentissage basé sur la compréhension du programme dans le contexte spécifique du pays ; ces interactions ont également permis un partage d'expériences à travers des approches variées propres à d'autres pays ;
- Les formats variés de la récolte des données (entretiens, ateliers participatifs, revue documentaire) permettent la triangulation des informations et renforcent la fiabilité des données et la validité de l'évaluation.

Au titre des limites de cette évaluation, on retrouve les éléments suivants :

- La contrainte majeure a été l'organisation en sous-équipes, ce qui n'a pas permis d'avoir une compréhension d'ensemble commune du programme, de comprendre les autres volets, et a rendu plus complexe l'harmonisation du rapport ;
- La présence des partenaires opérationnels et/ou des gestionnaires de programme à toutes les réunions risque d'empêcher la libre expression des personnes interviewées ;
- La non-participation des financiers dans les équipes d'évaluateurs a rendu difficile l'évaluation des critères de jugements liés à l'exécution financière ;
- L'équipe croisée a dû s'efforcer de comprendre et de reformuler certaines questions d'évaluation, initialement très académiques, pour les rendre plus compréhensibles aux différents interlocuteurs ;
- La grille des critères de jugement était particulièrement longue, ce qui a compliqué son utilisation, d'autant plus que les hôpitaux et centres visités étaient situés à grande distance les uns des autres
- Le programme de certaines journées était trop chargé (il aurait fallu mieux prendre en compte les distances à parcourir pour ajuster le nombre de réunions) ;
- Il y avait des biais liés à la traduction des entretiens avec les bénéficiaires directs ;
- Les équipes auraient bénéficié de l'accompagnement du consultant tout au long de la mission – ou du moins au début – plutôt que de se limiter à l'animation des ateliers à Parakou.

Malgré ces défis, l'équipe a su s'adapter en ajustant son agenda pour atteindre les objectifs fixés dans le cadre de cette évaluation.

### 3) Constats et réponses aux questions d'évaluation

Cette section synthétise les éléments de réponse aux six questions évaluatives proposées et validées au cours de la Phase 1 de l'évaluation externe. Notons d'emblée que si l'équipe d'évaluation croisée s'est partagé les tâches pour pouvoir apprécier les contributions spécifiques de chaque volet du programme (chacune des trois OSC), au vu de la complémentarité des interventions, elle a ensuite fusionné ses analyses pour apprécier le programme dans son ensemble.

#### 3.1 QE 1. Appréciation de l'évaluabilité « en pratique »

Cette première question évaluative était formulée comme suit : *QE 1. Dans quelle mesure le système de suivi du programme #Health4All permet-il d'assurer la disponibilité et la qualité des informations nécessaires pour en assurer le suivi-évaluation – en particulier pour permettre, à terme, de mesurer le Retour Social sur Investissement du programme à la fin de sa mise en œuvre ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, nous pouvons conclure qu'à mi-parcours, l'évaluabilité du programme est en partie assurée grâce au système de suivi existant, mais il subsiste des lacunes significatives. La population cible est clairement définie et quantifiée, mais aucun groupe de contrôle n'a été clairement défini et quantifié lors de la conception du programme. Les indicateurs de suivi ont fait l'objet d'une définition précise dès la formulation du programme, mais plusieurs d'entre eux sont difficiles à mesurer et mériteraient d'être révisés. La valeur de base (*baseline*) de chacun des indicateurs de suivi du programme a été collectée, mais la valeur actuelle de quelques indicateurs n'est pas encore renseignée. La plupart des indicateurs de suivi sont désagrégés par genre, sauf ceux dont la désagrégation n'est pas possible, mais on note une absence d'indicateur ou de marqueur de progrès relatifs à la mesure de l'impact environnemental. Il existe un système de suivi constitué de plusieurs mécanismes appropriés qui est globalement de qualité satisfaisante, même s'il présente des forces et des faiblesses et qu'il mériterait d'être davantage harmonisé entre les trois OSC. Il existe plusieurs mécanismes dédiés à la capitalisation (quatrième axe du programme #Health4All) mais cette dernière n'est pas systématique ou institutionnalisée pour ses trois volets. Enfin, les informations nécessaires au calcul du retour social sur investissement (SROI) lors de l'évaluation finale ne sont pas encore disponibles et un travail conséquent mérite d'être effectué dès à présent pour les rendre disponibles à terme.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

#### **La population cible est clairement définie et quantifiée (CJ 1.1.).**

Le document de programme « Santé pour tous et toutes au Bénin » soumis à la DGD indique (p. 15) que les groupes-cibles sont :

- Les porteurs d'obligation, qui sont : les autorités décentralisées, les structures publiques, les OSC partenaires, les structures privées non lucratives et lucratives (moins ciblées) ;
- Les détenteurs de droits, qui sont composés de groupes représentatifs des usagers de soins, comme les OSC engagées en santé (Plateforme nationale des utilisateurs des services de santé (PNUSS, ABPF), et des groupes organisés de femmes et de jeunes, ou de patients atteints d'une maladie spécifique ;
- Ainsi que les espaces qui les réunissent.

Les populations bénéficiaires du programme sont celles vivant dans les zones sanitaires

d'intervention, soit 2.526.574 habitants, dont un tiers connaît une pauvreté monétaire, composés de 1.242.856 hommes (49,2%) et 1.283.718 femmes (50,8%) et en particulier :

- les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans), soit 636.649 femmes ;
- les enfants de moins de 5 ans soit, 392.418 enfants dont 200.441 garçons et 191.977 filles ;
- les indigents, soit 202.126 personnes (8% de la population), dont 99.428 hommes et 102.698 femmes.

**Selon la documentation mise à disposition et la discussion en focus group avec les partenaires opérationnels et gestionnaires de programme, aucun groupe de contrôle n'a été clairement défini et quantifié lors de la conception du programme (CJ 1.2.).**

Remarquons que vu la situation du Bénin qui reçoit beaucoup d'appuis extérieurs et la politique des autorités sanitaires qui essaient de répartir les moyens équitablement entre zones, il est difficilement envisageable d'avoir un groupe de contrôle vierge de tout appui (sans oublier les problèmes éthiques que cela impliquerait). Dès lors, la mesure de l'impact du programme devra se contenter de reconstruire un scénario contrefactuel sur la base d'hypothèses et de comparaisons « avant-après » avec d'autres zones.

**Les indicateurs de suivi ont fait l'objet d'une définition précise dès la formulation du programme, mais plusieurs d'entre eux sont difficiles à mesurer et mériteraient d'être révisés (CJ 1.3.).**

La revue documentaire et les échanges avec les équipes de mise en œuvre du programme (discussion en focus group et ateliers participatifs) confirment qu'au début du programme, les indicateurs ont été définis avec leur *baseline* et les cibles à atteindre (voir les indicateurs du cadre logique du programme et le document de consolidation de suivi des indicateurs) (voir l'Annexe 3). Toutefois, les équipes de mise en œuvre expriment leurs difficultés de calcul pour certains indicateurs, en particulier les indicateurs composites qui requièrent des données collectées à des niveaux d'intervention différents :

*Ind.3.1.1. Proportion de comités de santé des ZS, de comités de gestion des CS et conseils d'administration des HZ fonctionnels dans les ZS appuyées – Indicateurs composites de fonctionnalité des comités de santé (COSA), comités de gestion (COGES) et conseils d'administration (CA) selon plusieurs critères désagrégés par sexe.*

L'indicateur, étant composite, regroupe plusieurs instances de gouvernance des trois niveaux de la pyramide sanitaire. Les OSC ne renseignent pas les données au même niveau. Il est donc souhaitable de séparer l'indicateur selon le niveau d'intervention.

*Ind.3.2.2. Taux de dépistage des cas d'hypertension (ligne supérieure) et diabète (ligne inférieure) dans les ZS appuyées – nombre de personnes dépistées pour hypertension et diabète (désagrégé par sexe) / nombre attendus (total consultation).*

Cet indicateur est sujet à une double difficulté : non seulement il demande de renseigner deux maladies différentes, mais vu que chaque OSC n'intervient pas au même niveau de la pyramide sanitaire, il ne cherche pas à mesurer la même chose : Memisa, qui agit principalement au niveau des soins de santé primaire, adopte une perspective populationnelle (l'objectif étant de réduire le fardeau de ces maladies au sein de la population) tandis que MSV, plutôt active au niveau hospitalier, adopte une perspective organisationnelle (l'objectif étant d'améliorer le dépistage et la prise en charge). Actuellement, chaque OSC calcule l'indicateur de manière différente, ce qui engendre un biais. Il est dès lors proposé de désagréger cet indicateur non seulement par maladie, mais aussi selon les deux objectifs recherchés, en adaptant à la fois le dénominateur et les cibles. Bien entendu, si le dénominateur change et devient « les cas attendus au sein de la

population de la ZS », conformément au document du programme, les valeurs contractuelles de la *baseline* et des cibles devront être revues à la baisse. Cet indicateur fait d'ailleurs l'objet d'une recherche opérationnelle par le CERRHUD en collaboration avec la ZS de Tchaourou et les propositions d'aménagement de l'indicateur, pour son volet « perspective populationnelle », sont présentées en Annexe 4.

**Ind.3.2.5. Évolution de score de performance des services de pédiatrie, indicateur composite.**

Il n'existe à ce stade pas de critères d'évaluation de la performance pour le service de pédiatrie. Dès lors, les équipes de mise en œuvre souhaiteraient revoir cet indicateur, ce qui fait d'ailleurs également objet d'une recherche par le CERRHUD. Il reste de trouver un consensus entre les équipes opérationnelles du programme pour retenir la méthodologie de calcul, en conformité avec les instructions de l'Autorité de régulation du secteur de la santé, et décider à qui il revient de fournir les données.

**Ind.3.3.5. Evolution du taux d'augmentation des prises en charge adéquates d'enfants handicapés locomoteurs (malformation, lésion) au sein des structures appuyées / nombre d'enfants pris en charge à l'année N+1/nombre d'enfants pris en charge à l'année N.**

La formulation de l'indicateur est problématique à plusieurs niveaux :

- L'« évolution du taux d'augmentation » : s'agit-il de l'augmentation d'une augmentation (attend-on une croissance exponentielle) ou tout simplement du taux de prise en charge à chaque campagne, qu'on espère voir augmenter ?
- La deuxième partie de l'indicateur laisse entendre qu'il ne s'agit que de l'augmentation du nombre d'enfants pris en charge, mais la première partie sous-entend qu'il s'agit d'un taux : si c'est le cas, quel est le numérateur ?
- Comment est définie la prise en charge adéquate ? S'agit-il de l'adéquation du plateau technique, des ressources humaines, ou encore de l'issue de la prise en charge – guérison ou plutôt succès de l'intervention (total, partiel ou... ?) ?

Les équipes de mise en œuvre souhaiteraient reformuler l'énoncé de l'indicateur, à la fois pour lever l'ambiguïté sur le taux utilisé (taux de prise en charge ou augmentation de ce taux), sur le numérateur à utiliser et sur la définition claire et univoque de ce qui est considéré comme une prise en charge adéquate.

**La valeur de base (*baseline*) de chacun des indicateurs de suivi du programme a été collectée. En revanche, la valeur actuelle de quelques indicateurs n'est pas encore renseignée (CJ 1.4.).**

Sur la base de la revue documentaire (document de programme et fichier de consolidation des indicateurs – voir Annexe 3) et des échanges issus des ateliers participatifs, on constate que pour chacun des indicateurs, il existe une ligne de base pour le suivi du programme avec les valeurs cibles pour l'année trois (mi-parcours du programme) et l'année cinq (fin du programme). Dans le document de programme, chaque indicateur se présente sous une forme homogène, comme ci-dessous :

Formulation de l'outcome ou du résultat :	Outcome: Le système de santé est plus intégré, inclusif, performant, résilient et pérenne, bénéficie d'une meilleure gouvernance basée sur le droit humain à la santé, et est capable de satisfaire davantage les besoins de santé de la population couverte par l'intervention, par la disponibilité des services offrant des soins de qualité, globaux, intégrés et continus accessibles à tou.te.s, et en particulier aux plus vulnérables et marginalisés.
Indicator title :	Ind. B: % d'utilisation des services de santé appuyés (désagrégé par sexe)
Indicator description :	(Nouvelles consultations par personne par an du sexe M-F / Population hommes-femmes) * 100%
Baseline :	M 53% ; F 53%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	M 60% ; F 60 %
Target Year 5 - 31/12/2026 :	M 65% ; F 65%

**La plupart des indicateurs de suivi sont désagrégés par genre, sauf ceux dont la désagrégation n'est pas possible (CJ 1.5.).**

Un exemple d'indicateur qu'il n'est pas possible de désagréger par genre est le suivant : *Ind.3.1.2. Taux de complétude des rapports SNIS dans la zone appuyée*. Pour le reste, la matrice de suivi des indicateurs du cadre logique se présente comme suit :

N°	Suivi Indicateurs CL Programme 2022-2026	Baseline 2021	An 1 Consolidé		An 2 Consolidé	
			M	F	M	F
genre						
3.	Outcome	Le système de santé est plus intégré, inclusif, performant, résilient et pérenne,				
3.A	Ratio de mortalité périnatale parmi les accouchements dans les structures appuyées- ((Décès d'enfants < 7J + morts-nés) * 1000) / Naissances vivantes	25/1000NV	34,5		51	
3.B	Taux d'utilisation des services de santé appuyés (désagrégé par sexe) - Nouvelles consultant.e.s du sexe M-F * 100 / Population hommes-femmes	M 53% ; F 53%	51%	64%	56%	65%
3.C	Taux de décès intra-hospitalier dans les services appuyés <24 H (désagrégé par sexe) - nombre de décès intra-hospitalier <24 H (désagrégé par sexe)/	M 2% ; F 2%	1,38%	0,77%	1,46%	0,83%

**On note une absence d'indicateur ou de marqueur de progrès relatifs à la mesure de l'impact environnemental (CJ 1.6.).**

Le constat est qu'il n'y a pas d'indicateur directement lié à l'impact environnemental prévu dans le programme tel que conçu. Toutefois, l'équipe croisée a pu attester, lors de ses visites de terrain, que des activités liées à la protection environnementale sont réalisées. Par exemple, la gestion des déchets intrahospitaliers, l'installation d'incinérateurs, l'installation de panneaux solaires, les gouttières pour récolter les eaux des pluies, les machines de destruction des verreries. Les efforts fournis en matière d'environnement sont indiqués dans le Rapport moral annuel à destination de la DGD.

**Il existe un système de suivi constitué de plusieurs mécanismes appropriés (CJ 1.7.).**

Dans le cadre d'une discussion en focus group avec les partenaires de Memisa et le bureau régional Afrique de l'Ouest de MSV en plus de la revue documentaire, il est ressorti qu'il existe des mécanismes appropriés de suivi de la mise en œuvre.

Pour **Memisa**, le système de suivi comporte :

- Un point focal par partenaire opérationnel du programme #Health4All ;
- Des plans de travail annuels, avec des chronogrammes mensuels et des termes de référence par activité ;
- Des réunions mensuelles ou trimestrielles de suivi & évaluation des réalisations par rapport à la programmation ;
- Des missions de suivi et collecte de données ;
- Des revues semestrielles pour le suivi commun des quatre partenaires opérationnels ;
- Le *Situation Report* (SITREP) et le suivi budgétaire mensuel ;
- Un rapport narratif trimestriel et annuel par partenaire.

Pour **MSV**, le système de suivi comporte :

- L'élaboration des « trajets de renforcement de capacités » par le biais d'ateliers participatifs avec les hôpitaux partenaires ;
- L'aperçu des activités et la planification annuelle ;
- Les rapports d'activités : « Rapport de feedback » des partenaires opérationnels, les tableaux récapitulatifs et rapports des experts volontaires ;
- Diverses matrices de suivi : rapport annuel du Trajet de renforcement des capacités (TRC), du Plan d'action + la fiche de suivi des équipements/matériels + le fichier de suivi budgétaire trimestriel et le rapport de suivi post-mission ;

- Normalement, une note de synthèse de mission mais qui n'a pas été élaborée en 2021-2023 par insuffisance des ressources.

Pour la CDEB, le suivi des activités est assuré par les rapports narratifs et financiers périodiques, des réunions régulières, des missions de terrain et le contact direct et rapproché du point focal désigné au sein de chacun des deux hôpitaux partenaires avec le responsable du projet au siège de la CDEB. Sur le terrain, le point focal travaille en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe locale impliquée dans la mise en œuvre des activités du programme. Les échanges portent notamment sur :

- La planification des activités à mener en tenant compte des besoins exprimés ;
- Le suivi de la réalisation des activités/tâches ;
- La collecte des données relatives au suivi des indicateurs, etc.

À noter que le rythme de collecte et de rapportage des données impose la tenue de revues de validation des données avec la Direction départementale de la santé (DDS). Le Directeur de la DDS du Borgou est vice-président du comité de pilotage interne du programme au niveau du Ministère de la Santé. Lors de l'entretien qu'il a accordé à l'équipe croisée, il a confirmé que c'est son rôle de l'animer mais qu'il manque de temps pour s'impliquer convenablement dans cette activité. Une autre complication concerne le système national de gestion de l'information sanitaire qui n'est malheureusement pas opérationnel au niveau des CS, ce qui constitue un frein à l'efficacité et à la fiabilité du processus de collecte et d'analyse des données.

**Le système de suivi est globalement de qualité satisfaisante, même s'il présente des forces et des faiblesses et qu'il mériterait d'être davantage harmonisé entre les trois OSC (CJ 1.8.).**

L'équipe d'évaluation croisée a constaté que le système de suivi et des données produites atteint une qualité suffisante. En termes d'harmonisation, certains outils communs existent tels que le fichier Excel de consolidation du suivi des indicateurs par OSC et par année (MSV, MEMISA, CDEB) et l'outil de rapportage moral. Séparément, les OSC signalent des points forts et faibles de leur système de suivi.

	Points forts	Points faibles
Memisa	Un point focal par partenaire pour un total de quatre points focaux pour le programme. Missions régulières du siège (responsable régionale et conseiller médical).	Remontée tardive des informations du terrain. Les points focaux sont basés au Sud du pays.
MSV	Le rapport annuel TRC et l'aperçu des activités uniformisées au niveau de toutes les régions appuyées par MSV garantissent la qualité de la mise en œuvre. Le suivi budgétaire trimestriel, le suivi post mission et le suivi des équipements sont uniformisés dans toutes les régions.	Le manque d'une cellule/personne qui s'occupe spécifiquement du suivi et de l'évaluation. La mobilité et l'instabilité du personnel formé dans les hôpitaux constituent un défi majeur pour la qualité des indicateurs.
CDEB	Les points focaux sont des personnes qualifiées qui garantissent la fiabilité des informations qui sont remontées. Le contact quasi permanent entre les points focaux et le responsable du projet au siège facilitent la remontée des informations. Un nombre limité d'indicateurs à renseigner limite le temps à y consacrer pour des personnes	Surcharge de travail qui empêche de s'impliquer davantage dans le suivi.

ayant beaucoup d'autres charges de travail.
---

**Il existe plusieurs mécanismes dédiés à la capitalisation (quatrième axe du programme #Health4All) mais cette dernière n'est pas systématique ou institutionnalisée pour ses trois volets (CJ 1.9.).**

Les trois OSC fournissent chaque année des « leçons apprises » consolidées. En outre, un « agenda d'apprentissage » de même que plusieurs outils ont été produits avec l'appui du CERRHUD et partagés avec les évaluateurs.

Lors de la discussion en focus group avec les partenaires opérationnels et gestionnaires du programme, la mission a pu constater que Memisa a mené une étude situationnelle initiale pour identifier les forces et faiblesses de ses quatre partenaires opérationnels, ce qui a permis de définir leurs besoins spécifiques en matière de gestion des connaissances. Sur la base des besoins identifiés, un processus de documentation et de capitalisation a été mis en place avec une approche de cocréation validée et partagée au *European Congress on Tropical Medicine and International Health* de 2023. Un plan de recherche-action a été également élaboré avec les zones de santé. Des protocoles de recherche ont été élaborés et soumis à un comité d'éthique qui ont notamment permis de conduire une étude sur la prise en charge des maladies non transmissibles comme le diabète.

D'une manière générale, les interviewés ont reconnu qu'il existe un niveau d'appropriation différent entre les parties prenantes, ce qui affecte la mise en œuvre durable des outils et pratiques liés à la gestion des connaissances. On déplore une documentation insuffisante des activités par les acteurs des ZS et une difficulté pour atteindre l'autonomie jusqu'à la publication des travaux.

MSV organise de son côté des ateliers de partage d'expériences sur le trajet de renforcement de capacités, qui permettent une participation élargie aux groupes catégoriels (par exemple : les maintenanciers), favorisant les échanges horizontaux et une collaboration entre hôpitaux appuyés et non appuyés pour mutualiser les leçons apprises. Cela permet ainsi de faire appel aux autorités compétentes en cas de blocages identifiés à travers les échanges. Du côté de la CDEB, l'octroi des bourses pour un diplôme d'études spécialisées (D.E.S.) en chirurgie pédiatrique donne également des opportunités de publication d'articles scientifiques dans des revues renommées, de même que des rapports d'études sur des sujets intéressants de portée santé publique. Ainsi, le point focal de l'hôpital de Tanguiéta encadre les médecins en D.E.S. en chirurgie pédiatrique et participe en même temps aux publications en lien avec leurs thèses ; il identifie les sujets de publication et de recherche en fonction des pathologies, en accord avec son référent au Nord.

**Les informations nécessaires au calcul du retour social sur investissement (SROI) lors de l'évaluation finale ne sont pas encore disponibles et un travail conséquent mérite d'être effectué dès à présent pour les rendre disponibles à terme (CJ 1.10.).**

L'équipe croisée a constaté, lors de la première discussion en focus group, que l'approche du SROI n'est pas bien maîtrisée bien que la plupart des participants aient bénéficié de la formation tenue par les l'équipe de l'ESP. Les équipes n'ont pas encore commencé à réfléchir à comment le mesurer, ce qui fait que les informations nécessaires ne sont pas encore disponibles.

#### 1. Parties prenantes à impliquer et nombre de personnes à consulter

Les « porteurs d'obligation » et les « détenteurs de droits » ont été identifiées à la formulation du programme. Toutefois, selon la discussion en focus group avec les partenaires opérationnels de Memisa et les gestionnaires de programme MSV, il est ressorti que tout le monde n'avait pas le même entendement des parties prenantes principales qui bénéficient des effets du programme :

- Pour MSV, les parties prenantes les plus impactées dans le programme seraient les *prestataires des hôpitaux bénéficiaires* du TRC et les *utilisateurs des services hospitaliers*.
- Pour l'AMCES (partenaire de Memisa), les bénéficiaires finaux, c'est-à-dire les *utilisateurs des services* dans les structures appuyées devraient faire parties des personnes à consulter.
- Pour la PNUSS, les plus impactés par son action sont les *populations de la zone d'intervention*.

Pour le calcul à terme du SROI, il devrait être possible de mesurer et de quantifier des résultats partiellement attribuables au programme chez les bénéficiaires directs, mais il sera probablement plus difficile de pouvoir mesurer la contribution du programme aux changements chez les bénéficiaires finaux.

## 2. Indicateurs et sources de données à utiliser pour chaque résultat

Plusieurs des indicateurs de suivi du cadre logique pourront être utilisés dans le calcul du SROI. Toutefois, il n'existe pas encore d'indicateurs et de méthodes de collecte des données pour mesurer l'ensemble des bénéfices du programme dans le chef de chaque partie prenante, ceci d'autant plus que la plupart des membres du programme sont peu familiers avec la méthodologie du SROI. Pour preuve, les partenaires opérationnels et les gestionnaires de programme présents lors de la discussion en focus group n'ont pas identifié d'indicateur qui pourrait être utile à l'évaluation SROI en fin de programme.

## 3. Durée estimée pour chaque résultat de chaque partie prenante

Pour MSV, l'évaluation de l'impact de l'appui au niveau des hôpitaux partenaires nécessitera plus de temps – au moins trois ans en tenant compte de la stabilité du personnel formé.

## 3.2 QE 2.1. Analyse stratégique (réponse aux besoins)

Cette deuxième question évaluative était formulée comme suit : *QE 2.1. Le programme #Health4All, tel qu'initialement formulé, répond-il toujours aux besoins prioritaires des bénéficiaires ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, les évaluateurs concluent que le programme #Health4All répond à des besoins normatifs importants, mais ils ne sont pas en mesure de conclure quant à leur degré de priorité pour les bénéficiaires finaux. Au moment de la formulation, qui a eu lieu pendant la pandémie de COVID-19, les trois OSC sont reparties de leur programme précédent et de l'expérience de leurs partenaires, mais aucun des volets du programme (OSC) n'a réalisé d'analyse approfondie de la situation problématique de départ en vue de la définir clairement, de la formuler et de la quantifier. Néanmoins, au cours de sa mise en œuvre, le programme a appuyé l'élaboration des plans de développement des zones sanitaires et hôpitaux de zone partenaires, qui reposent sur une analyse de situation approfondie. Dès lors, le programme essaie de s'adapter aux besoins exprimés par les bénéficiaires directs, et ces derniers ont modérément participé à l'identification des besoins, principalement à travers la représentation des partenaires opérationnels et des « porteurs d'obligations ». Ce faisant, les besoins identifiés sont principalement d'ordre normatif et comparatif, du fait du processus de construction du programme reposant principalement sur des experts. Le modèle causal n'est pas clairement explicité : le choix de la ou des causes du problème sur lesquelles le programme entend agir n'est pas clairement justifié ni fondé sur des bases probantes et au contraire, la justification du programme semble plutôt « orientée par l'offre ». De même, le choix des populations cibles n'est pas clairement justifié. Bien que les populations n'aient pas été consultées directement, il ressort des échanges avec les bénéficiaires directs que les trois volets du programme (OSC) répondent à des problèmes d'une importance avérée. Les aspects transversaux (genre et environnement) ont été analysés et pris

en compte lors de la formulation du programme, mais ces analyses mériteraient d'être approfondies. Le programme dans son ensemble a une bonne cohérence externe avec les priorités nationales telles qu'identifiées dans les documents de politiques et de stratégies nationaux.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

**Au moment de la formulation, qui a eu lieu pendant la pandémie de COVID-19, les trois OSC sont reparties de leur programme précédent et de l'expérience de leurs partenaires, mais aucun des volets du programme (OSC) n'a réalisé d'analyse approfondie de la situation problématique de départ en vue de la définir clairement, de la formuler et de la quantifier. Néanmoins, au cours de sa mise en œuvre, le programme a appuyé l'élaboration des plans de développement des zones sanitaires et hôpitaux de zone partenaires, qui reposent sur une analyse de situation approfondie. Dès lors, le programme essaie de s'adapter aux besoins exprimés par les bénéficiaires directs (CJ 2.1.1.)**

Signalons d'emblée que le format de canevas de demande de financement imposé par la DGD commence directement par demander la contribution du programme aux approches et sous-objectifs de la coopération belge puis la description de l'outcome, sans inclure de description du contexte, de la problématique, de ses causes directes et indirectes ni de la justification du choix de la stratégie adoptée. Ce faisant, aucun des documents stratégiques mis à disposition des évaluateurs (principalement, le document de programme et la ToC) n'inclut de description ou d'analyse de la situation problématique de départ, formulée et quantifiée, à laquelle le programme entend répondre et de ses causes profondes (quelle est l'ampleur du problème de l'exclusion des soins et ses conséquences ? quel est le profil des publics exclus ? quelles en sont les causes directes et indirectes ? lesquelles sont vulnérables à l'intervention des OSC ?). Toutefois, en cours de mise en œuvre, le programme appuie et/ou a appuyé l'élaboration des plans de développement des ZS et des HZ – qui partent d'une analyse participative et approfondie de situation – qui sont élaborés sous leadership local. Les interventions du programme se basent sur les besoins exprimés dans ces plans, en se focalisant sur les interventions les plus susceptibles d'avoir de l'impact tenant compte des réalités contextuelles.

Pour MSV, l'équipe d'évaluation croisée a eu accès à différents rapports de concertation avec les hôpitaux, ZS et DDS partenaires. La ToC a été construite lors de la réunion des partenaires avec toutes les parties prenantes (DDS, ZS, Hôpitaux et associations). Lors des entretiens, il est ressorti que le programme #Health4All 2022-2026, initié en période de pandémie de COVID-19, a été en bonne partie construit à travers des concertations en ligne plus une réunion des partenaires en présentiel. Comme il fait suite au programme commun 2017-2021, c'est l'expérience accumulée au cours de la mise en œuvre de ce dernier, couplée aux orientations du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2018-2022 du Bénin, qui ont été considérées comme sources d'orientation du programme actuel.

Pour Memisa également, la formulation a coïncidé avec la pandémie de Covid-19, ce qui a rendu impossible l'organisation de rencontres ou ateliers en présentiel. Néanmoins, un consultant local a été recruté pour faciliter les échanges et comme ce programme est dans la continuité de deux programmes antérieurs, le contexte était déjà bien connu. La contextualisation de la ToC pour le programme 2022-2026 a débuté en avril 2021 avec un brainstorming en ligne où, entre autres, il a été expliqué le processus d'élaboration du programme. Plusieurs parties prenantes y étaient représentées, sauf le CERRHUD, qui a été ajouté plus tard comme partenaire. Le quatrième axe « capitalisation » a été donc ajouté par la suite aux trois autres. Au démarrage du programme, un atelier de cocréation de la ToC a rassemblé tous les partenaires.

Pour la CDEB, il s'agit, particulièrement pour l'hôpital de Tanguiéta, d'un partenariat existant de longue durée et qui se renouvelle à chaque fois, le besoin pour la chirurgie pédiatrique

orthopédique étant toujours d'actualité. La capacitation du chirurgien pédiatre de l'hôpital et son implication dans l'encadrement des D.E.S. du Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou ont permis de rapprocher les deux hôpitaux partenaires.

**Pour les trois volets du programme (OSC), les groupes cibles et les bénéficiaires ont modérément participé à l'identification des besoins ; cette participation s'est surtout matérialisée à travers la représentation des partenaires opérationnels et des « porteurs d'obligations » (CJ 2.1.2.).**

Il ressort des entretiens et ateliers participatifs que l'identification des besoins a été faite principalement à partir de la connaissance et de l'expérience du terrain des OSC et de leurs partenaires opérationnels, étant donné que certains acteurs sont présents depuis une longue période et que le programme actuel #Health4All s'inscrit dans la continuité des programmes passés.

Plus particulièrement, pour MSV, cet exercice a eu lieu au cours d'un atelier ayant réuni tous les acteurs liés au programme (cf. Rapport réunion des hôpitaux partenaires 2021, cas de MSV) ainsi que les autres intervenants qui sont les « porteurs d'obligation », à savoir les régulateurs, décideurs et collectifs de réflexion académique et des professionnels de santé publics et privés, et enfin des OSC comme représentants de la population/des bénéficiaires.

Pour Memisa, cela fut fait lors des différents ateliers et réunions de « construction » du programme tenus en 2021. Il en ressort une participation suffisante des acteurs appelés « porteurs d'obligations » mais il est moins clair de quelle manière les populations bénéficiaires (détenteurs de droits) ont participé à l'exercice.

**Pour les trois volets du programme (OSC), les besoins identifiés sont principalement d'ordre normatif et comparatif, du fait du processus de construction du programme reposant principalement sur des experts. Néanmoins, au cours de sa mise en œuvre, le programme essaie de s'adapter aux besoins exprimés par les bénéficiaires directs (CJ 2.1.3.).**

L'identification des besoins s'est basée de manière empirique, sur la base de l'expérience du programme passé et en référence aux axes stratégiques d'intervention du PNDS (2018-2022) du Bénin ainsi que le plan national de la couverture santé universelle (CSU). En conséquence, il est ressorti des entretiens avec le DDS du Borgou que les besoins d'appui dans les zones d'intervention en lien avec les axes stratégiques du PNDS et du programme sont le renforcement des capacités, les équipements, les infrastructures et l'extension dans autres zones du pays. Néanmoins, au cours de sa mise en œuvre, le programme essaie de s'adapter aux besoins exprimés par les bénéficiaires directs (voir QE 4.1. et 4.2.).

Les personnes interviewées ne semblaient pas connaître la typologie des besoins sociaux de Bradshaw. Or, en impliquant principalement les porteurs d'obligations dans la phase de construction du programme et en faisant référence au PNDS et à la politique nationale de CSU, on risque de prendre majoritairement en compte les besoins normatifs, voire comparatifs, aux dépens des besoins ressentis par les populations.

**Bien que les populations n'aient pas été consultées directement, il ressort des échanges avec les bénéficiaires directs que les trois volets du programme (OSC) répondent à des problèmes d'une importance avérée (CJ 2.1.4.).**

L'équipe d'évaluation a relevé lors de l'atelier participatif avec les partenaires et gestionnaires de programme que la perception de l'importance du problème varie en fonction des niveaux

d'intervention dans la pyramide sanitaire et des axes stratégiques de chaque OSC. En effet, chaque OSC intervient à un niveau précis de la pyramide et cela est, selon les participants, bien clair dans la ToC et ses voies de changement.

Dans le cadre des témoignages recueillis, des représentants de l'HZ Saint-Martin de Papané ont déclaré que les partenaires MSV et Memisa étaient « importants, efficaces et prompts ». De même, le chirurgien pédiatre de Tanguiéta a estimé que ce partenariat avec la CDEB est un grand atout, à la fois pour la population pauvre pour qui l'accès aux soins spécialisé de cette nature serait difficile sans ce partenariat, ainsi que pour l'équipe soignante qui continue à y prestre malgré les conditions de travail assez difficiles qui occasionnent la « fuite des cerveaux » à la recherche de meilleures opportunités. Le DDS du Borgou, quant à lui, a affirmé que le programme #Health4All était pertinent et il a suggéré une extension du programme à d'autres zones du département, ce qui témoigne de sa pertinence.

#### **Le choix des populations cibles n'est pas clairement justifié (CJ 2.1.5.).**

Le document programme #Health4All 2022-2026 du Bénin précise (p. 15) qui sont les porteurs d'obligation et les détenteurs de droits et présente les bénéficiaires comme étant les « populations vivant dans les zones sanitaires d'intervention », mais aucun critère n'est fourni pour justifier le choix de ces zones d'intervention. Celles-ci ont été choisies sur la base d'expériences passées sans être explicité dans les documents du programme actuel.

#### **Les aspects transversaux (genre et environnement) ont été analysés et pris en compte lors de la formulation du programme, mais ces analyses mériteraient d'être approfondies (CJ 2.1.6.).**

L'équipe d'évaluation a constaté que les aspects transversaux (genre et environnement) sont pris en compte dans le document de programme #Health4All 2022-2026 (pp. 6 et 8-9). Cependant, aucun document complémentaire n'est fourni pour démontrer l'existence d'une analyse approfondie des effets potentiels du programme sur l'environnement (pour réduire les impacts négatifs par exemple) d'une part et d'une analyse des disparités entre les sexes en termes d'équité de genre d'autre part. Les participants aux ateliers participatifs ont clairement exprimé le besoin de renforcement de capacité sur ces thèmes, et le besoin est flagrant dans les structures visitées. Une telle analyse approfondie et la proposition en conséquence de mesures d'atténuation permettrait la formulation d'indicateurs liés à l'impact environnemental (manquants à ce stade) et d'aller plus loin que la désagrégation par sexe des indicateurs du programme.

#### **Le modèle causal n'est pas clairement explicité. Le choix de la ou des causes du problème sur lesquelles le programme entend agir n'est pas clairement justifié ni fondé sur des bases probantes et au contraire, la justification du programme semble plutôt « orientée par l'offre » (CJ 2.1.7.).**

La théorie du changement commune aux trois OSC indique d'emblée (première phrase) que le programme #Health4All « s'est construit sur [la] base de convergences de valeurs et d'approches fortes [sous-entendu, propres aux OSC], qui ont déterminé les voies de la gouvernance [...] et de la gestion des connaissances (apprentissage collectifs et recherche-action), et de complémentarités techniques évidentes (les trois niveaux de la pyramide sanitaire), exprimées dans les voies de l'offre et de la demande ». Ensuite, elle décrit les voies de changement proposées, sans s'attarder sur la description et l'analyse du problème et de ses causes profondes (voir CJ 2.1.1.).

**Le programme dans son ensemble a une bonne cohérence externe avec les priorités nationales telles qu'identifiées dans les documents de politiques et de stratégies nationaux (CJ 2.1.8.).**

La Déclaration de changement ultime de la ToC commune aux trois OSC est reprise presque mot pour mot de la Vision de la Politique nationale de santé (2018-2030), qui est : « Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnel préventif, curatif, réadaptatif et palliatif de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population » (p. 19). La formulation de l'outcome (pour rappel : « En 2026, le système de santé est plus intégré, inclusif, performant, résilient et pérenne, bénéficie d'une meilleure gouvernance basée sur le droit humain à la santé, et est capable de satisfaire davantage les besoins de santé de la population couverte par l'intervention, par la disponibilité des services offrant des soins de qualité, globaux, intégrés et continus accessibles à tou.te.s, et en particulier aux plus vulnérables et marginalisés ») est également très proche de cette vision nationale.

Selon l'autorité interviewée, le DDS du Borgou, ainsi que les deux MCZS rencontrés (Parakou et Tchaourou), le programme #Health4All est en effet cohérent avec le PNDS qui définit les priorités nationales ainsi qu'avec le Programme d'Action du Gouvernement (2021-2026) et la politique de CSU du Bénin. Sur le terrain, les acteurs ont confirmé l'appui du programme aux activités du plan triennal d'activités (PTA) des zones sanitaires.

### 3.3 QE 2.2 Analyse stratégique (avantages comparatifs)

Cette troisième question évaluative était formulée comme suit : *QE 2.2. Le programme #Health4All, tel qu'initialement formulé, correspond-il aux capacités/avantages comparatifs des OSC impliquées et de leurs partenaires opérationnels ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, nous pouvons conclure que les objectifs du programme sont cohérents avec la stratégie des trois OSC impliquées et que ces dernières ont les capacités techniques et l'expérience préalable pour agir dans les domaines de l'accès et de la qualité des soins de santé. Toutefois, comme les causes fondamentales des problèmes ne sont pas clairement identifiées, il n'est pas évident de se prononcer sur leurs capacités à y répondre – notamment vis-à-vis de l'ensemble des déterminants sociaux et politiques de la santé, qui sont de toute évidence en dehors de leur sphère d'influence.

Il existe des synergies et complémentarités entre les trois OSC en regard de la théorie de changement du programme (interventions aux trois niveaux de la pyramide sanitaire), de certaines zones d'intervention et complémentarités sur le terrain, mais le montage opérationnel et la couverture géographique ne permettent pas de bénéficier du plein potentiel de synergies du programme conjoint.

De même, les partenaires opérationnels ont les capacités (en termes de ressources humaines et matérielles) et l'expérience préalable pour agir sur les problèmes liés à l'offre et/ou la demande de soins dans leur(s) zone(s) d'intervention, mais il reste des besoins ressentis en termes de matériels et équipements, d'infrastructures et de stabilité des ressources humaines formées. Il existe des synergies/complémentarités démontrées entre les partenaires opérationnels, tant au niveau de la théorie de changement du programme que du montage opérationnel – ainsi, l'AMCES est le partenaire commun aux trois OSC – et des complémentarités sur le terrain, mais elles sont limitées. Pour le programme dans son ensemble, les procédures et les outils de gestion sont assez peu harmonisés entre les trois OSC et leurs partenaires opérationnels.

Enfin, le programme #Health4All dans son ensemble s'inscrit dans les objectifs (cibles, approches) du Cadre Stratégique Commun (CSC) de la coopération belge et il a une cohérence

externe démontrée avec les actions menées par d'autres acteurs dans les zones d'intervention (Ministère de la Santé, Enabel, autres OSC...).

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

**Les objectifs du programme (causes visées et populations cibles) sont cohérents avec la stratégie des trois OSC impliquées (CJ 2.2.1.).**

Les trois OSC impliquées dans le programme (MSV, Memisa et la CDEB) travaillent toutes sur une thématique commune, à savoir l'accessibilité et la qualité des soins de santé. Elles partagent une vision commune qui prône l'accès aux soins de santé équitables et de qualité pour toutes et tous, particulièrement pour les populations vulnérables. La théorie du changement du programme est cohérente avec la stratégie et les spécificités des trois OSC : Memisa travaille au niveau communautaire et au premier échelon de soins (CS = porte d'entrée du système de santé), MSV au niveau secondaire (hôpital de zone et national) à travers le renforcement des capacités et la CDEB au niveau tertiaire (spécialisé) à travers la chirurgie des malformations orthopédiques.

**Les trois OSC ont les capacités techniques et l'expérience préalable pour agir dans le domaine de l'accès et de la qualité des soins de santé. Toutefois, comme les causes fondamentales des problèmes ne sont pas clairement identifiées, il n'est pas évident de se prononcer sur leurs capacités à y répondre – notamment vis-à-vis de l'ensemble des déterminants sociaux et politiques de la santé, qui sont de toute évidence en-dehors de leur sphère d'influence (CJ 2.2.2.).**

Les OSC du programme #Health4All travaillent toutes les trois sur la thématique de l'accès aux soins de santé de qualité pour tous, aussi bien en Europe qu'en Afrique, et ont démontré leurs capacités techniques dans leurs domaines respectifs. Néanmoins, des difficultés persistent.

Memisa intervient à travers ses partenaires opérationnels qui ont chacun désigné un point focal pour le suivi de la mise en œuvre du programme. MSV dispose d'un manager régional avec plus de cinq ans d'expérience. MSV et la CDEB disposent aussi d'un réseau d'experts volontaires utilisé pour le renforcement des capacités locales. MSV a vu son équipe renforcée au début de la mise en œuvre du programme avec l'engagement d'un coordinateur médical doté d'une bonne expérience préalable. Cependant, la CDEB ne dispose pas d'un bureau pour le suivi au quotidien des activités et les trois OSC déclarent que les ressources matérielles, notamment en logistique et transport, ne sont pas suffisantes pour faire face à tous les défis. En outre, les iniquités de santé dans les zones appuyées sont dues à des déterminants qui dépassent la sphère d'influence d'OSC étrangères.

**Il existe des synergies et complémentarités entre les trois OSC en regard de la théorie de changement du programme (interventions aux trois niveaux de la pyramide sanitaire), de certaines zones d'intervention et complémentarités sur le terrain. Toutefois, le montage opérationnel et la couverture géographique ne permettent pas de bénéficier du plein potentiel de synergies du programme conjoint (CJ 2.2.3.).**

L'équipe d'évaluation a constaté une cohérence interne démontrée entre les interventions de MSV, Memisa et de la CDEB tout au long de la pyramide sanitaire – Memisa étant active au niveau primaire, MSV au niveau secondaire et la CDEB au niveau tertiaire. La logique de la complémentarité entre les OSC est beaucoup plus évidente au niveau du partenaire (AMCES) et dans les ZS où elles interviennent ensemble (cas de Memisa et MSV à l'HZ de Papané), mais pas dans les autres zones ou dans les structures appuyées par une seule OSC. Ces synergies et complémentarités se matérialisent dans les cadres de concertation au niveau local ainsi que du cadre commun de rencontre des acteurs de la coopération non gouvernementale (ACNG) belges

et du cadre commun de suivi et évaluation.

Néanmoins, il demeure un important potentiel inexploité de collaboration entre les OSC en termes d'approche partenariale, de stratégies de coordination voire de partage de ressources, et de couverture géographique. En outre, les procédures financières ne sont pas harmonisées (ainsi par exemple, à la suite d'importants retards au démarrage, Memisa a reconduit le budget non dépensé de la première année à la deuxième, ce qui n'est pas le cas pour MSV), ce qui perturbe les partenaires opérationnels.

**Le programme #Health4All s'inscrit dans les objectifs (cibles, approches) du Cadre Stratégique Commun (CSC) de la coopération belge (CJ 2.2.4).**

Le document de programme soumis à la DGD indique en sa page 3 que « L'intervention #H4A au Bénin contribue directement à la réalisation du cible stratégique 2 du CSC Bénin (domaine santé), plus particulièrement dans les approches 2A (Memisa), 2B, 2C, 2D, 2F, 2H (Memisa, MSV, CDEB), 2E (MSV), 2G, 2I (Memisa, MSV) et 2J (MSV, CDEB), décrites dans le CSC ». En outre, le tableau présenté aux pp. 18-19 détaille les liens entre les approches du CSC, les résultats du programme commun, les cibles des ODD et les interventions Memisa-MSV-CDEB ; il montre que pour chaque approche, au moins une OSC du programme est inscrite. La mission d'évaluation externe croisée confirme le constat que le programme contribue à l'atteinte des objectifs selon les cibles et approches du CSC.

**Les partenaires opérationnels ont les capacités (en termes de ressources humaines et matérielles) et l'expérience préalable pour agir sur les problèmes liés à l'offre et/ou la demande de soins dans leur(s) zone(s) d'intervention, mais il reste des besoins ressentis en termes de matériels et équipements, d'infrastructures et de stabilité des ressources humaines formées (CJ 2.2.5.).**

La mission d'évaluation croisée a pu constater que chacun des partenaires opérationnels du programme dispose d'un personnel qualifié et fait preuve d'une expérience solide avérée dans son domaine spécifique. L'AMCES collabore avec Memisa depuis plusieurs années à travers des programmes précédents. Les autres partenaires de Memisa (la PNUSS, l'ABPF, le CERRHUD) sont de nouveaux partenaires mais sont également expérimentés dans leur domaine.

Les partenaires bénéficient également d'un certain stock de matériels de base. La mission a pu visiter que l'antenne de l'ABPF à Parakou et a constaté la motivation des animateurs rencontrés et un nombre important de services de santé sexuelle et droits reproductifs (SSDR) fournis à la population. Néanmoins, il demeure des besoins ressentis en termes de matériels et équipements, d'infrastructures et de stabilité des ressources humaines formées.

On remarque également des besoins ressentis du côté des membres de l'AMCES. Le programme Memisa étant actif dans le Nord du pays, l'AMCES doit gérer les frustrations de ceux qui n'en bénéficient pas, ce qui génère des tensions entre les revendications des membres et les objectifs du programme (voir CJ 4.2.6.).

**Il existe des synergies/complémentarités démontrées entre les partenaires opérationnels, tant au niveau de la théorie de changement du programme que du montage opérationnel – ainsi, l'AMCES est le partenaire commun aux trois OSC – et des complémentarités sur le terrain, mais elles sont limitées (CJ 2.2.6.).**

Les partenaires opérationnels de Memisa ont chacun leur(s) domaine(s) de prédilection qui sont complémentaires : l'offre de soins pour l'AMCES et l'ABPF, la représentation de la demande pour la PNUSS et la recherche-action pour le CERRHUD.

Au cours du montage opérationnel, les OSC ont organisé des réunions avec les partenaires opérationnels pour identifier les besoins dans les zones d'intervention. Cette approche a permis de poser les bases d'une collaboration. Ainsi notamment, l'équipe d'évaluation a pu constater qu'il existe un dispositif de coordination et concertation des partenaires de Memisa comprenant :

- Un atelier de démarrage pour lancer efficacement le volet Memisa du programme #Health4All ;
- Un comité de pilotage du programme assurant le suivi stratégique ;
- Des réunions d'apprentissage trimestrielles favorisant le partage d'expériences et d'enseignements ;
- Des réunions mensuelles de coordination régionale pour une gestion opérationnelle efficace ;
- Des ateliers de cocréation et d'évaluation de la qualité au niveau des zones sanitaires et des hôpitaux, renforçant l'approche participative ;
- Des enquêtes de satisfaction des clients, garantissant une prise en compte des besoins des bénéficiaires dans l'amélioration des services ;

De même que des synergies et complémentarités démontrées :

- La méthodologie d'apprentissage systémique proposée par le CERRHUD constitue un socle de collaboration efficace ;
- Une coopération active entre l'AMCES et le CERRHUD, centrée sur des études et recherches relatives à la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) et à la qualité des soins.

Toutefois, l'équipe d'évaluation a aussi constaté des limites à la collaboration dans la mise en œuvre sur le terrain.

**Pour le programme dans son ensemble, les procédures et les outils de gestion sont assez peu harmonisés entre les trois OSC et leurs partenaires opérationnels (CJ 2.2.7.).**

À la suite de la revue de la littérature, l'équipe d'évaluation croisée a relevé que les OSC utilisent un ensemble limité de documents communs pour le programme #Health4All, à savoir :

- Une convention de collaboration avec les partenaires ;
- Un canevas de rapport moral demandé par la DGD, y compris l'outil « Scores de performances » ;
- Un tableau de consolidation des indicateurs.

Bien que les outils ci-dessus soient partagés, chaque OSC utilise majoritairement ses propres outils spécifiques pour la mise en œuvre et le suivi des activités. Cette situation limite l'harmonisation des pratiques et peut engendrer des redondances ou des lacunes dans la coordination des actions sur le terrain.

Pour Memisa et MSV, la planification est réalisée conjointement avec les partenaires, en tenant compte de leur plan d'établissement hospitalier. Les termes de référence et les budgets sont élaborés et validés par les partenaires, avant validation par les OSC. Pour MSV, le TRC sert de document de référence pour la planification et la mise en œuvre des activités par ses hôpitaux partenaires – y compris les HZ et Hôpitaux Généraux de Référence. Pour la CDEB, chaque hôpital planifie ses activités selon ses besoins, puis l'OSC valide la planification. On remarque donc que les procédures appliquées par les OSC ne sont pas harmonisées, ce qui engendre des disparités dans plusieurs aspects tels que :

- La préparation des activités ;
- Le suivi ;

- Les per diem et frais de déplacement ;
- Les documents justificatifs ;
- Les procédures de déblocage et de justification des fonds ;
- Les modes de paiement.

**Le programme dans son ensemble a une cohérence externe démontrée avec les actions menées par d'autres acteurs dans les zones d'intervention (Ministère de la Santé, Enabel, autres OSC...) (CJ 2.2.8.).**

Selon la revue documentaire et le DDS du Borgou, le programme Health4All s'inscrit en cohérence avec les interventions menées par le Ministère de la Santé – au niveau du renforcement de l'offre de soins et de la mise sur pied d'une assurance maladie à travers le programme gouvernemental Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) – et d'autres acteurs, tels que les OSC et partenaires techniques et financiers (PTF). Dans son département, il existe une quarantaine d'intervenants de différentes tailles qu'il tente de coordonner à travers des réunions entre ces intervenants, mais il existe peu de programmes structurels comme #Health4All. Pour renforcer la coordination et l'alignement des différents intervenants dans les zones d'intervention, le pays met à disposition une cartographie des interventions via la plateforme [Coopération internationale - Bénin](#). Pour ce qui concerne les acteurs belges plus précisément, l'Ambassade de Belgique organise la coordination des ACNG belges. Le programme est particulièrement cohérent avec les interventions d'Enabel (notamment via son programme « Equité » et le renforcement d'infrastructures en maintenance biomédicale) et de la Croix-Rouge (soins de premier secours), qui convergent dans les approches de la cible Santé du CSC.

### 3.4 QE 3. Analyse logique de la théorie de changement

Cette quatrième question évaluative était formulée comme suit : *QE 3. La théorie de changement du programme #Health4All au Bénin, telle qu'initialement formulée, est-elle toujours plausible et cohérente ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, il ressort de l'analyse logique de la théorie de changement (ToC) du programme #Health4All qu'elle est toujours plausible et cohérente. Les impacts attendus et les étapes nécessaires pour les atteindre sont relativement clairs, et le choix des stratégies d'intervention est, dans une certaine mesure, justifié et fondé sur des bases probantes. Les moyens mis en œuvre sont cependant insuffisants au regard des objectifs ambitieux de l'intervention, ce qui réduit la plausibilité de l'atteinte des objectifs spécifiques relatifs à chaque axe d'intervention à la fin du programme. Il existe des indicateurs valides et fiables pour la plupart des étapes de la théorie de changement et la plupart des cibles fixées pour chaque indicateur de suivi sont réalistes au regard du contexte et des moyens mis à disposition. Les interactions entre les différents axes du programme sont clairement explicitées, permettant de rendre compte de la complexité des relations causales. Toutefois, il demeure des possibilités d'améliorer l'intégration entre les axes durant la mise en œuvre. Les trois OSC ont opté pour un modèle opérationnel légèrement différent, reposant néanmoins fortement sur les partenaires locaux. Le choix de ces modèles opérationnels est adéquatement justifié dans le document de programme, mais il manque de bases probantes. Il existe un consensus entre les partenaires opérationnels sur les éléments clés de la théorie de changement, mais tous les partenaires limitrophes n'en ont pas la même connaissance. Des éléments pertinents de contexte sont pris en compte au niveau de la conception du programme et de son montage opérationnel – y compris au niveau de l'analyse de risques dans le cadre du CSC et en préparation du programme. Les

évaluateurs n'ont pas constaté d'aporie ou de synergie manquée du programme, si ce n'est au niveau géographique (non-convergence des zones sanitaires).

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

**Les impacts attendus et les étapes nécessaires pour les atteindre sont relativement clairs (CJ 3.1.).**

Notons d'emblée que, comme précisé à la première page de la ToC commune du programme Bénin : « La TOC de l'outcome Bénin du programme [#Health4All] est la résultante d'une consolidation des TOC individuelles Memisa, MSV et CDEB. Cette méthodologie a été privilégiée à celle induisant une construction commune dès l'amont, en raison d'une part de la volonté des ACNG à produire un travail en profondeur avec les acteurs de changement de terrain en lien avec leurs spécificités [...] et leurs identités respectives, et en raison d'autre part d'une entente préalable forte sur le choix des quatre voies de changement qui ont découlé des travaux en CSC... ». La ToC commune explique alors les convergences et complémentarités des acteurs #Health4All autour des quatre piliers/voies de changement identifiés pour arriver au changement ultime qui est : « À l'horizon 2026, les populations situées dans les bassins d'intervention H4A sont en mesure de mieux anticiper et de prévenir les risques de santé, en lien avec un système de santé plus réactif, accessible, performant et centré sur la personne. La portée du changement est espérée plus forte auprès des femmes et des enfants, et auprès des personnes issues de groupes vulnérables et marginalisés, en lien avec des prestataires de soins plus motivés... » (p. 4).

Chaque OSC intervient à son niveau de la pyramide sanitaire pour contribuer à l'amélioration de l'offre, de la demande et de la gouvernance, tout en capitalisant ses expériences. La ToC précise que les activités du programme recouvrent la typologie suivante :

- Appuis aux institutions locales du système de santé : équipes d'encadrement des ZS et DDS (régulateurs), à l'AMCES, à la PNUSS ou encore à l'ABPF ;
- Stimulation du fonctionnement de cadres de concertation « triple regard » de l'offre, la demande et la gouvernance ;
- Appuis à la gouvernance clinique auprès des hôpitaux appuyés par le programme ;
- Renforcement des infrastructures et équipements des structures sanitaires, et de leurs pratiques d'hygiène et de prévention et contrôle des infections ;
- Apprentissages et coopérations médicales interhospitalières nationales et internationales ;
- Amélioration de la disponibilité organisationnelle des services de santé et des soins orientés patient ;
- Stimulation de référencements via facilitations financières (fonds d'équité, de solidarité) et sociales spécifiques ;
- Sensibilisation communautaire sur les droits et devoirs des personnes en santé, et appuis pour/collaborations avec des OSC et prestataires sociaux représentatifs des usagers ;
- Re- ou mieux lier les acteurs du secteur santé et le secteur académique via le CERRHUD ;
- Former les acteurs de terrain en recherche opérationnelle et mettre si pertinent certains outils/méthodes à leur disposition.

**Le choix des stratégies d'intervention est, dans une certaine mesure, justifié et fondé sur des bases probantes (CJ 3.2.).**

Les stratégies d'intervention ont été élaborées en s'appuyant sur l'expérience des partenaires

sur le terrain et sur les leçons apprises de la mise en œuvre du programme précédent, qui ont nourri la théorie de changement, ainsi que sur l'appui scientifique du programme actuel qui permet de les adapter. En particulier, la stratégie de Memisa a été cocréée en partant de l'analyse situationnelle puis en passant par l'élaboration d'un plan de recherche-action soumis à une autorisation éthique.

**Les moyens mis en œuvre sont insuffisants au regard des objectifs ambitieux de l'intervention, ce qui réduit la plausibilité de l'atteinte des objectifs spécifiques relatifs à chaque axe d'intervention à la fin du programme (CJ 3.3.).**

Les lignes budgétaires sont bien définies pour toute la durée du programme, soit cinq ans, et désagrégées par année d'exécution. De manière générale, les budgets fixés correspondent aux priorités du programme retenues participativement, hormis la rubrique investissements qui est probablement sous-estimée par rapport aux besoins exprimés par les structures de santé partenaires. En cours de mise en œuvre, les équipes adaptent les activités pour répondre aux besoins non prévus afin d'atteindre les objectifs fixés chaque année.

**Il existe des indicateurs valides et fiables pour la plupart des étapes de la théorie de changement (CJ 3.4.).**

La ToC a identifié des marqueurs de progrès au regard des quatre axes du programme (p. 5) :

- **Pour la gouvernance** : 1. l'efficacité accrue des canaux de remontées d'informations à des fins d'éclairages et de plaidoyers [...]; 2. la qualité et pertinence des informations « remontées » au niveau central grâce à l'utilisation d'outils et méthodes MEET<sup>2</sup> mis en commun, et aux cadres de concertations multi-acteurs élargis [...].
- **Pour l'offre** : 1. la disponibilité et la qualité des services de santé dans les structures appuyées, de manière durable ; 2. les effets positifs des transmissions et échanges de savoirs/compétences interservices de santé et inter-prestataires de soin sur la déconcentration et la qualité des soins, en lien avec les paquets d'activités ; 3. les effets positifs des mises en réseau et constitutions de pôles de ressources essentielles (médicaments, qualification et compétences, technologies...) partagées sur la qualité et complétude durables des PMA-PCA des services de santé #Health4All.
- **Pour la demande** : 1. L'accessibilité et l'acceptation des services de santé de manière durable pour les bénéficiaires finaux. 2. la meilleure fonctionnalité de certains circuits de référencement/contre-référencements spécifiques axés sur des populations/personnes-cibles ou sur certains épisodes de santé (pathologiques ou non) sur tout le trajet patient ; 3. le degré de « meaningful participation/empowerment (MEET) » des communautés et OSC/prestataires sociaux dans les réflexions et travaux produits dans les cadres de concertations élargis.
- **Pour la gestion des connaissances** : la qualité des recherches-actions et la pertinence des référentiels produits à des fins d'éclairages en santé publique [...] ou d'influence des politiques nationales et internationales.

Les indicateurs de suivi et marqueurs de progrès sont pour la plupart valides et fiables, mais certains indicateurs sont sujets à des problèmes en ce qui concerne leur formulation, leur source de collecte ou leur méthode d'analyse (voir CJ 1.3. et CJ 1.7.).

**La plupart des cibles fixées pour chaque indicateur de suivi sont réalistes au regard du contexte et des moyens mis à disposition (CJ 3.5.).**

---

<sup>2</sup> Meaningful participation, Empowerment, Equality and Transparency.

**Les interactions entre les différents axes du programme sont clairement explicitées, permettant de rendre compte de la complexité des relations causales. Toutefois, il demeure des possibilités d'améliorer l'intégration entre les axes durant la mise en œuvre (CJ 3.6.).**

Le programme #Health4All repose sur une approche intégrée et multidimensionnelle pour améliorer les conditions de santé pour la plus large population. Les différents axes du programme sont interconnectés de manière complexe, avec des relations causales parfois non linéaires mais qui se renforcent mutuellement. Les relations causales ont été bien prises en compte dans la conception de la ToC et les OSC interviennent à des niveaux différents de la pyramide. De plus, les quatre partenaires de Memisa ont chacun une mission différente, ce qui leur permet d'agir sur les quatre voies de changement du programme. Toutefois, il demeure des possibilités d'améliorer l'intégration entre les axes durant la mise en œuvre du programme.

**Les trois OSC ont opté pour un modèle opérationnel légèrement différent, reposant néanmoins fortement sur les partenaires locaux. Le choix de ces modèles opérationnels est adéquatement justifié dans le document de programme, mais il manque de bases probantes (CJ 3.7.).**

Pour favoriser la pérennisation des actions, MSV développe un TRC en commun accord avec les hôpitaux partenaires sur la base du modèle des cinq compétences collectives de Baser et Morgan et de la méthodologie « 70/20/10 » clairement consignée dans le document technique qui soutient l'exécution des TRC (voir le Manuel TRC). Cette approche implique le personnel depuis l'élaboration jusqu'à l'exécution des TRC des hôpitaux et offre une certaine appropriation de l'intervention.

La CDEB intervient principalement à travers des missions de coopération médicale internationale et l'envoi d'une équipe de médecins et infirmiers belges volontaires spécialisés en disciplines pédiatriques, qui travaille lors de chaque mission en binôme avec les équipes médicales et paramédicales locales. Le chirurgien béninois référent médical de la CDEB à l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguéta a acquis suffisamment de compétences et la CDEB lui a confié le rôle d'encadrement des médecins en D.E.S. en chirurgie pédiatrique. Avec la survenue des événements d'insécurité dans la région, empêchant l'arrivée des volontaires européens, le chirurgien local réalise les campagnes de chirurgie pédiatrique orthopédique pratiquement seul, avec succès.

Memisa a opté pour le choix de quatre partenaires locaux de mise en œuvre qui ont chacun leur propre vision et leur propre « mission », avec des compétences complémentaires aux autres. C'est d'ailleurs sur cette base qu'ils ont été choisis comme partenaires : en principe, Memisa appuie leur programme, qui est cohérent avec celui de Memisa. Ils sont donc autonomes mais bénéficient d'un appui pour leurs projets d'appui au renforcement du système de santé. Cette approche vise à ce que les partenaires locaux soient responsabilisés dans la mise en œuvre des activités. Elle garantit l'ancrage local des initiatives et devrait limiter la dépendance vis-à-vis du financement de Memisa, du moins sur le moyen terme. Il sera question de faire une analyse du niveau d'indépendance financière des partenaires, notamment de l'AMCES qui bénéficie de l'appui de Memisa depuis trois programmes.

**Il existe un consensus entre les partenaires opérationnels sur les éléments clés de la théorie de changement, mais tous les partenaires limitrophes n'en ont pas la même connaissance (CJ 3.8.).**

L'équipe d'évaluation croisée a pu constater que pour ce qui concerne les partenaires de Memisa, le consensus sur les éléments clés de la ToC existe entre les acteurs, qui étaient

d'ailleurs impliqués dès son élaboration. Les quatre partenaires opérationnels de Memisa (CERRHUD, PNUSS, ABPF et AMCES) se concertent d'une manière assez régulière ce qui permet de réaliser des ajustements si nécessaire.

Toutefois, selon la discussion en focus group avec les partenaires opérationnels de Memisa et les gestionnaires du programme du bureau régional Afrique de l'Ouest de MSV, il est ressorti que toutes les parties prenantes n'avaient pas le même niveau de connaissance du programme.

**Des éléments pertinents de contexte sont pris en compte au niveau de la conception du programme et de son montage opérationnel ; toutefois, l'analyse de risques et l'analyse stratégique mériteraient d'être actualisées (CJ 3.9.).**

Le programme a tenu compte des recommandations de l'évaluation finale du programme précédent. Pour ce qui concerne particulièrement le volet de Memisa, le volet de gestion des connaissances confié au CERRHUD permet d'intégrer au fur et à mesure des éléments pertinents de contexte. Il a en effet comme tâche de travailler avec les trois autres partenaires et les bénéficiaires à la conception de plans d'action, à l'étude des besoins et à l'analyse des résultats pour favoriser l'apprentissage.

Deux éléments de contexte mériteraient d'être particulièrement prises en compte dans une mise à jour de l'analyse stratégique et de l'analyse de risques : d'une part, le déploiement du programme ARCH par le gouvernement béninois, qui change la donne au niveau de la demande de soins et d'autre part, l'évolution du contexte d'insécurité au Nord du pays qui devrait faire l'objet d'une analyse de mitigation des risques.

**Les évaluateurs n'ont pas constaté d'aporie ou de synergie manquée du programme, si ce n'est au niveau géographique (CJ 3.10.).**

Les acteurs sont conscients de la vision ambitieuse de l'Etat béninois qui veut prendre ses responsabilités en matière de progression vers la CSU, particulièrement à travers le programme ARCH. Toutefois, les moyens de l'Etat restent limités et l'appui des OSC internationales et d'autres PTF reste bienvenu. Outre l'insuffisance de synergies entre les zones géographiques couvertes par les trois OSC du programme (cf. CJ 2.2.3.), le DDS du Borgou a exprimé son souhait d'intégrer d'autres ZS du département dans le programme #Health4All, en vue de mener des interventions complémentaires dans les zones appuyées par Enabel.

### 3.5 QE 4.1. Analyse de la fidélité d'implantation

Cette cinquième question évaluative était formulée comme suit : *QE 4.1 A ce stade, la mise en œuvre du programme #Health4All est-elle conforme à la planification ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, nous pouvons conclure qu'à mi-parcours, la mise en œuvre du programme #Health4All est, dans une grande mesure, conforme à la planification. Les principales activités exécutées à ce stade s'inscrivent dans les quatre axes du programme et plusieurs d'entre elles sont spécifiquement liées au genre et à l'environnement, même s'il manque une réelle intégration de ces deux dimensions dans le programme. Peu d'écarts significatifs ont été observés entre les moyens et ressources financières prévues initialement et ceux mis en place, hormis du côté de MSV. La plupart des activités planifiées par les trois OSC sont exécutées selon le planning, mais on constate quelques écarts entre les activités prévues et réalisées, notamment des demandes en équipement du côté de MSV et l'interruption du financement du Fonds d'équité à destination des indigents du côté de Memisa. Les taux d'exécution financière varient d'une OSC ou d'un partenaire opérationnel à l'autre et sont généralement plus élevés la deuxième année que la première. On constate une

surconsommation budgétaire du côté de MSV, à trouver au niveau des investissements, même si les dépenses de fonctionnement constituent les deux tiers des dépenses. Les informations nécessaires au calcul des coûts agrégés par activités ne sont pas disponibles, en revanche celles par rubrique budgétaire le sont.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

### **Les principales activités exécutées à ce stade s'inscrivent dans les quatre axes du programme (CJ 4.1.1.).**

Les principales qui ont été exécutées au cours des deux premières années du programme sont les suivantes :

#### Amélioration de l'offre :

- MSV passe par la stratégie de trajet de renforcement des capacités, qui prend en compte la formation médico-technique et thématiques – soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), urgences pédiatriques, médecine interne, etc.) ainsi que les échanges d'expériences, la participation des acteurs à des rencontres scientifiques, les investissements (appui en différents matériels, équipements, médicaments, construction d'incinérateurs, machine à broyer la verrerie à l'HZ Sounon-Séro de Nikki et réhabilitation du service de pédiatrie à l'HZ de Bassila) et le renforcement en management (formations thématiques en gestion, hygiène hospitalière, le 5S-TQM-KAIZEN, etc.).
- La CDEB octroie des bourses de spécialisation en chirurgie pédiatrique, l'octroi d'équipements médicaux, la réhabilitation d'ouvrages et l'appui au fonctionnement des services, etc.
- Memisa a effectué les activités suivantes :
  - o Renforcement des infrastructures et équipements des structures sanitaires (construction d'un bloc opératoire à Kika, construction d'incinérateurs, blocs douches et toilettes dans les CS et hôpitaux) ;
  - o Plus particulièrement, renforcement du plateau technique des CS et cliniques mobiles et mise en place de services de santé reproductive et planification familiale (SR/PF) ;
  - o Formations des prestataires des CS et cliniques : visites d'échanges et de travail entre hôpitaux, octroi de bourses doctorales en chirurgie pédiatrique, formation du personnel des urgences sur la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, sur le counseling... ;
  - o Appui aux audits de décès maternels et néonataux dans les ZS ;
  - o Organisation de la maintenance préventive et curative du matériel de vaccination, informatique, médico-technique et du parc automobile dans la ZS de Tchaourou.

#### Appui à la demande :

- MSV n'a pas d'activités spécifiques mais appuie indirectement la demande : par exemple, au cours des missions, certains coûts sont moindres du fait que l'hôpital bénéficie des dons. Ainsi, aux dires du Directeur de l'HZ de Bassila, comme MSV a doté l'hôpital de kits de prise en charge des cas de morsure de serpent, ce service est rendu accessible à tous.
- Pour la CDEB également, les interventions chirurgicales orthopédiques chez les enfants lors des missions sont pratiquées au tarif habituel. Il existe un fonds social auquel peuvent accéder les malades sous certaines conditions et selon les moyens disponibles.
- Memisa a quant à elle effectué les activités suivantes :
  - o Appui aux fonds d'indigence/équité dans les hôpitaux (a pris fin le 31 décembre 2023 pour quatre hôpitaux) ;

- Enquête de satisfaction auprès des patients et enquêtes sociales des indigents ;
- Mise en place de cabines d'écoute pour la collecte et la gestion des plaintes des patients ;
- Réseau d'influenceurs pour la défense des droits en santé sexuelle et reproductive ;
- Causeries éducatives/sensibilisation de la population en communauté sur les 24 droits et obligations.

#### Promotion de la bonne gouvernance :

- Pour MSV, l'appui à la gouvernance inclut l'appui à l'élaboration des Plans d'Etablissement Hospitalier des HZ partenaires (Bassila, Dassa, Nikki et Savalou), l'organisation de la réunion de concertation de tous les PTF santé du département du Borgou ainsi que les processus de planification et de suivi : convention de collaboration, élaboration conjointe du TRC et son rapport annuel, partage de rapports d'activités (rapport des experts volontaires, rapport de feedback du partenaire, tableau récapitulatif, note de synthèse), de suivi des équipements par partenaire, réunion des partenaires et une réunion d'évaluation semestrielle.
- Memisa intervient à ce niveau à travers les activités suivantes :
  - Participation à l'élaboration du Plan de travail exercice 2024 de la DDS du Borgou ;
  - Formation des acteurs de la chaîne de dépenses publiques de la DDS du Borgou sur le Manuel de procédures de la gestion administrative, financière et matérielle ;
  - Appui à l'organisation des réunions mensuelles/trimestrielles de comités de direction et de gestion ;
  - Appui à l'élaboration du Plan d'établissement hospitalier (PEH) des hôpitaux de Boko et Papané.

#### Appui de la gestion des connaissances et apprentissages communs :

- Memisa appuie :
  - La formation sur la documentation de processus du programme Memisa-MSV-CDEB ;
  - La collecte documentaire dans le département du Borgou sur la problématique de la référence et contre-référence ;
  - La publication d'articles scientifiques (ex. critères de mesures de la qualité des soins dans les pays à revenus faibles et moyens) et rapports d'étude (ex. prévalence et étiologie des déformations des membres inférieurs chez l'enfant au Bénin).
- MSV bénéficie de manière indirecte de l'appui du CERRHUD/Memisa à ce niveau.
- Pour la CDEB, la gestion des connaissances passe par des publications scientifiques : articles, thèses, rapport de recherche, etc. produits par les médecins chirurgiens pédiatres, les points focaux du projet ainsi que les boursiers.

#### **Plusieurs des activités mises en œuvre sont spécifiquement liées au genre et à l'environnement, mais il manque une réelle intégration de ces deux dimensions dans le programme (CJ 4.1.2.).**

Plusieurs activités du programme sont liées au genre, mais cela se limite la plupart du temps à l'aspect sexe sans approfondir l'analyse de causalité d'autres aspects. MSV désagrège les indicateurs de personnel et des bénéficiaires des formations selon le sexe. Ainsi, au premier semestre de 2024, les prestataires ayant bénéficié de renforcement des capacités sur le tas sont estimés à 316 agents (160 hommes et 156 femmes). Les Directeurs d'HZ renseignent la séparation des hommes et des femmes dans les différents services ainsi que les sanitaires (douches et toilettes). La mission a pu observer que dans les hôpitaux de Saint-Martin de Papané et Saint-Jean-de-Dieu de Boko, les femmes représentent un pourcentage non négligeable du personnel de l'hôpital. Du côté de Memisa, le programme octroie une prime d'éloignement au personnel féminin des structures enclavées et appuie le renforcement de l'offre et de la demande

de services SDDR par son partenaire l'ABPF (ZS de Parakou – N'Dali, Tchaourou, Abomey-Calavi-Sô-Ava, Porto-Novo-Aguégoués-Sèmè-Podji)

Pour ce qui concerne l'environnement, MSV renseigne que 100% des acquisitions de matériel biomédical neuf ont été achetées et livrées aux partenaires selon leurs besoins, accompagnées de formations en maintenance biomédicale avec l'introduction d'un système de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) et l'encouragement au recrutement de techniciens de maintenance biomédicale. Ceci a contribué à l'augmentation de la durée de vie des équipements biomédicaux. Il demeure un défi, celui de l'élimination des équipements obsolètes et déclassés hors usage. En outre, des efforts ont été faits au niveau de l'hygiène hospitalière avec la construction d'une clôture pour la zone de gestion des déchets biomédicaux, des incinérateurs et une machine à broyer pour la verrerie. Les visites de terrain (HZ de Savalou-Bantè, HZ de Bassila, HZ Saint-Jean-de-Dieu de Boko) ont pu observer la mise en œuvre de ces activités liées à l'impact environnemental. Memisa, également, a appuyé l'installation d'incinérateurs dans les CS et hôpitaux appuyés. À l'hôpital de Tanguéta, un projet de climatisation écologique d'un espace de revalidation est en cours avec l'appui de la CDEB (une étude de faisabilité a été réalisée en 2023 afin de trouver l'option technique la plus écologique à appliquer). En revanche, compte tenu du coût élevé d'utilisation de l'incinérateur électrique, il a été convenu d'arrêter le dispositif et de procéder au brûlage et à l'enfouissement des déchets, ce qui produit sur le long terme un impact négatif sur l'environnement.

L'équipe d'évaluation croisée estime toutefois que le programme #Health4All présente des limites dans ses approches genre et environnement. Il semble manquer une intégration transversale des deux thématiques, le programme se limitant à cibler un certain nombre d'activités libellées « genre » ou « environnement » sans pour autant faire une véritable analyse des inégalités de genre ni de l'impact environnemental des actions menées.

**Peu d'écarts significatifs ont été observés entre les moyens et ressources financières prévues initialement et ceux mis en place, hormis du côté de MSV lorsque les bénéficiaires directs ont exprimé des demandes non prises en compte dans la planification (CJ 4.1.3.).**

Le budget quinquennal est désagrégé en budgets annuels et par partenaire voire par activités, et les budgets non dépensés sont reportés à l'année d'après. Les rapports d'analyse budgétaire de MSV montrent quelques cas de déficit ou de dépassement par rubrique, qui sont compensés par d'autres ressources ou sur fonds propres des partenaires. En effet, plusieurs besoins ont été formulés après le démarrage du programme (voir CJ 4.1.4.), ce qui a justifié un écart entre les moyens demandés et finalement mis à disposition. En outre, au début du programme, le staff de la région Afrique de l'Ouest a été renforcé avec l'engagement de coordinateurs médicaux (pour le Bénin et Burkina Faso), ce qui renforce la mise en œuvre du programme.

Du côté de Memisa, les personnes interviewées ont déclaré qu'il n'existe aucun écart en termes de moyens/ressources mis en place, au niveau de leur quantité, de leur qualité et de leur timing.

**La plupart des activités planifiées par les trois OSC sont exécutées selon le planning, mais on constate quelques écarts entre les activités prévues et réalisées, notamment des demandes en équipement du côté de MSV et l'interruption du financement du Fonds d'équité à destination des indigents du côté de Memisa (CJ 4.1.4.).**

Les bénéficiaires et les équipes de mise en œuvre rencontrés confirment que toutes les activités planifiées ont été réalisées, même si certaines ont dû être déplacées de trimestre à la suite, par exemple, d'indisponibilité de l'expertise nécessaire, de retard de transmission de TdR ou d'autres activités proposées par le DDS. Certaines ont dû être adaptées aux contraintes de terrain. Ainsi par exemple, du côté de la CDEB, pour des raisons de sécurité, les spécialistes venant de

l'étranger n'ont pas pu effectuer leur campagne de chirurgie orthopédique pédiatrique de deux semaines à l'hôpital de Tanguiéta en mars 2023. Contrairement à ce qui était prévu initialement, vu la situation sécuritaire au nord du pays, la CDEB a décidé de déplacer les missions de coopération médicale internationale orthopédiques au CNHU-HKM de Cotonou. En outre, la campagne conduite par un spécialiste interne à l'hôpital a été décalée au mois d'avril et a duré quatre semaines au lieu de deux.

Dans tous les hôpitaux MSV visités, il existe une disponibilité des médecins spécialistes, mais les besoins sont plus orientés vers les investissements (réhabilitation, construction, équipements, formation de spécialistes). Dès lors, les bénéficiaires locaux ont proposé des modifications dans les stratégies et activités du programme. Ainsi par exemple, l'HZ Sounon-Séro de Nikki dispose de quatre médecins spécialistes (le directeur est lui-même gynécologue de formation, plus deux chirurgiens – un généraliste et un orthopédiste – et un pédiatre). Le directeur a signalé que l'hôpital bénéficie des constructions de MSV qui lui apporte les équipements modernes et a proposé de changer totalement d'approche pour privilégier des formations post-universitaires durables. Un autre exemple, c'est l'HZ de Savalou-Bantè qui, dans son PEH, souhaite disposer d'une formation sanitaire au standard international, ou encore l'HZ de Bembéréké, dont le directeur a signalé que l'hôpital a besoin de construction pour soutenir la médecine interne. À ce stade, les ressources n'ont pas encore été trouvées pour répondre à ces besoins supplémentaires.

L'équipe d'évaluation a également constaté, lors des entretiens avec les responsables des hôpitaux appuyés par Memisa, que le financement du Fonds d'équité destiné aux patients indigents a été interrompu en décembre 2023. Si les raisons de cette interruption ne sont pas claires pour les acteurs au niveau opérationnel, elles sont à trouver au niveau stratégique (forte sous-utilisation du Fonds et risque de doublon avec le programme ARCH). L'équipe d'évaluation a pu déduire des entretiens avec les différentes parties que le financement initialement destiné à cette activité a été alloué, à la demande du Borgou, vice-président du comité de pilotage du programme, à la construction d'un bloc opératoire à Kika et à l'appui au système de référence et contre-référence (activité en attente d'orientations de la part de la DDS du Borgou), ce qui s'inscrit dans l'idée initiale de la ligne budgétaire (appui à la demande).

**Les taux d'exécution financière varient d'une OSC ou d'un partenaire opérationnel à l'autre et sont généralement plus élevés la deuxième année que la première. On constate une surconsommation budgétaire du côté de MSV (CJ 4.1.5.).**

Selon les données financières mises à disposition de l'équipe d'évaluation, les taux d'exécution du budget à mi-parcours se présentent comme suit :

- Pour la CDEB : 55% en 2022, 72% en 2023 et 24% au 2<sup>e</sup> trimestre 2024 ;
- Pour MSV : 109% en 2022, 144% en 2023 et 64% au 3<sup>e</sup> trimestre 2024 ; à noter que des stratégies de management ont été prévues en cours de route pour combler ces dépassements budgétaires ;
- Pour l'AMCES : 91% en 2022, 76% en 2023 et 41% au 2<sup>e</sup> trimestre 2024 ;
- Pour la PNUSS : 34% en 2022, 100% en 2023 et 53% au 2<sup>e</sup> trimestre 2024 ;
- Pour le CERRHUD : 37% en 2022, 95% en 2023 et 56% au 2<sup>e</sup> trimestre 2024 ;
- Pour l'ABPF : 58% en 2022, 98,68 % en 2023 et 17% au 2<sup>e</sup> trimestre 2024.

**Les informations nécessaires au calcul des coûts agrégés par activités ne sont pas disponibles, en revanche celles par rubrique budgétaire le sont. La surconsommation budgétaire de MSV est à trouver au niveau des investissements, même si les dépenses de fonctionnement constituent les deux tiers des dépenses (CJ 4.1.6.).**

Pour MSV, le budget du programme #Health4All est de 1.300.896,30€ réparti comme suit :

- Investissement : 149.691,59 € (11,5% du total) ;
- Fonctionnement : 878.704,87 € (67,5% du total) ;
- Personnel : 272.499,82 € (21% du total).

Plus précisément, le budget et les dépenses par année se présentent comme suit (les dépassements de budgétaires sont indiqués en rouge) :<sup>3</sup>

	2022		2023		2024	
	Budget	Dépenses	Budget	Dépenses	Budget	Dépenses
Investissement	1.000,00 €	73.862,03 €	16.235,00 €	40.470,16 €	34.949,90 €	42.887,90 €
Fonctionnement	170.998,80 €	165.235,89 €	158.167,73 €	207.931,24 €	178.682,10 €	188.204,23 €
Personnel	50.920,93 €	32.693,53 €	65.221,93 €	99.371,53 €	61.929,05 €	57.524,99 €
Total	222.919,73 €	271.791,45 €	239.624,66 €	347.772,93 €	275.561,05 €	288.617,12 €

Le budget pour chaque hôpital appuyé varie d'un hôpital à l'autre. En 2022, la moyenne par hôpital était de 26.153,53 €, contre 31.454,98 € en 2023.

Pour Memisa, les dépenses par année se présentent comme suit :

	2022		2023*		2024	
	Budget	Dépenses	Budget	Dépenses	Budget	Dépenses
Investissement	235.502,00 €	167.622,89 €	139.096,00 €	299.785,37 €	178.599,00 €	98.131,11 €
Fonctionnement	322.490,00 €	261.660,27 €	305.581,00 €	190.085,42 €	311.971,00 €	60.371,42 €
Personnel	98.756,00 €	54.156,84 €	99.260,00 €	131.099,72 €	101.604,00 €	80.042,07 €
Total	656.748,00 €	483.440,00 €	543.937,00 €	620.970,51 €*	592.174,00 €	238.544,60 €

\* Les activités ont commencé tard au cours de la première année, ce qui fait que la partie non dépensée du budget a été reversée sur le budget 2023

Pour la CDEB, les dépenses par année se présentent comme suit :

	2022		2023		2024	
	Budget	Dépenses	Budget	Dépenses	Budget	Dépenses
Investissement	53.500 €		0 €		1.500 €	
Fonctionnement	95.000 €		95.000 €		80.000 €	
Personnel	13.600 €		13.600 €		8.600 €	
Total	162.100 €		108.600 €		90.100 €	

### 3.6 QE 4.2. Analyse d'implantation

Cette sixième question évaluative était formulée comme suit : *QE 4.2 A ce stade, le programme #Health4All produit-il les résultats attendus et quels en sont les principaux ressorts ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, nous constatons qu'à mi-parcours, le programme n'a pas dû apporter de modification majeure dans sa conception et sa structure opérationnelle pour s'adapter au contexte, hormis, pour la CDEB, le renforcement des équipes d'experts locaux à la suite de la pandémie de Covid-19. La mission croisée n'a pas constaté de variations particulières dans le degré de mise en œuvre selon les zones d'intervention. Les principaux outputs (biens et services) et changements (effets) produits à ce stade de la mise en œuvre du programme s'inscrivent dans les quatre axes du programme. Les données financières disponibles ne permettent pas de calculer le coût unitaire des principaux biens et services produits. Plusieurs outils de gestion, outils techniques et bonnes pratiques ont été développés dans le cadre du programme et ont le potentiel d'être capitalisés et transférés vers d'autres

<sup>3</sup> Le document de programme indique (p. 30) 32.080 en 2023 et 32.888 en 2024 en budget d'investissement.

partenaires et/ou d'autres contextes. De même, plusieurs acteurs stratégiques ont émergé, en cours de mise en œuvre, comme jouant un rôle central au regard des objectifs du programme ; des collaborations ou du moins, une meilleure communication avec certains de ces acteurs seraient bénéfiques pour réduire les tensions et renforcer les impacts du programme. Plusieurs facteurs contextuels ont entravé (goulots d'étranglement) ou au contraire favorisé la production des effets attendus. De façon générale, les perceptions des partenaires limitrophes sur les différents volets du programme sont très positives, mais le programme n'est pas visible comme un tout auprès de la plupart des bénéficiaires. Plusieurs interventions clés ont été identifiées comme susceptibles de faire l'objet de l'évaluation finale au niveau de l'appui aux hôpitaux par MSV. Enfin, plusieurs bonnes pratiques ont été identifiées comme susceptibles d'être transférées dans les contextes des équipes d'évaluation croisée, ainsi qu'une erreur à éviter.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

**Le programme n'a pas dû apporter de modification majeure dans sa conception et sa structure opérationnelle pour s'adapter au contexte, hormis, pour la CDEB, le renforcement des équipes d'experts locaux à la suite de la pandémie de Covid-19 (CJ 4.2.1.).**

L'équipe d'évaluation croisée n'a pas constaté de changements significatifs apportés dans la conception et/ou la structure opérationnelle du programme, non dans sa revue documentaire, ni à travers ses entretiens et observations. Remarquons toutefois qu'à la suite de la pandémie de Covid-19, MSV a renforcé sa collaboration avec des experts volontaires locaux en plus des experts volontaires européens, constituant ainsi des équipes mixtes d'experts volontaires. Elle a également redynamisé les autres activités de renforcement des capacités (formations thématiques, coaching, stages, etc.). En outre, dans un souci d'assurer la maintenance des équipements biomédicaux dans les hôpitaux et CS et de diminuer les coûts de transport, les achats sont aujourd'hui favorisés au niveau local. C'est aussi le cas des commandes des médicaments essentiels génériques.

**La mission croisée n'a pas constaté de variations particulières dans le degré de mise en œuvre selon les zones d'intervention (CJ 4.2.2.).**

Les variations dans les zones d'interventions de MSV ne sont pas trop perçues en dehors des besoins exprimés par chaque partenaire selon le TRC de chacun.

**Les principaux outputs (biens et services) et changements (effets) produits à ce stade de la mise en œuvre du programme s'inscrivent dans les quatre axes du programme (CJ 4.2.3.).**

Pour MSV, les outputs principaux qui ont amélioré la qualité de soins sont à trouver au niveau :

- Du renforcement des capacités professionnelles sur la base des formations thématiques et missions classiques, notamment les formations des prestataires sur les SONU, la prise en charge des enfants en pédiatrie, la maintenance biomédicale, la prévention et le contrôle des infections (dans la fabrication de gel hydroalcoolique et de savon liquide) ;
- Des constructions et réhabilitations des infrastructures (zone de gestion des déchets biomédicaux/incinérateurs dans plusieurs hôpitaux et broyeur de verrerie à l'HZ Sounon-Séro de Nikki) ;
- De l'acquisition d'équipements neufs ;
- De la fourniture en médicaments et kits de prise en charge des cas d'envenimation par morsures de serpents à Bassila.

Pour la CDEB, quatre boursiers ont déjà pu terminer leur spécialisation et obtenir leur D.E.S. et

d'autres boursiers sont en formation. Cet investissement constitue un apport important dans la qualité de l'offre des soins au niveau tertiaire. En outre, l'atelier orthopédique à l'hôpital de Tanguiéta a continué à produire des prothèses depuis le renforcement des capacités de ses techniciens initié au cours du programme précédent.

Pour Memisa, les principaux résultats par axe sont les suivants :

- Au niveau de la gouvernance, les échanges avec les acteurs de terrain ont confirmé que les ZS ont un PTA et les HZ un PEH.
- Au niveau de l'offre, les diverses stratégies appuyées à travers les partenaires en matière de SR/PH (disponibilité des produits de PF, école des maris, cliniques mobiles, etc.) se sont concrétisés par une augmentation de la valeur des deux indicateurs de suivi (taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié et % d'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans les ZS appuyées).
- Au niveau de la demande, on constate une bonne visibilité de certains services de la PNUSS, mais les données relatives à ses activités ne remontent pas toujours au niveau central.
- Au niveau de l'apprentissage, plusieurs sujets susceptibles de faire l'objet d'une recherche-action ont été identifiés.

**Les données financières disponibles ne permettent pas de calculer le coût unitaire des principaux biens et services produits (CJ 4.2.4.).**

Ceci rend difficile le calcul de l'efficience et de la plus-value du mode opérationnel du programme.

**Plusieurs outils de gestion, outils techniques et bonnes pratiques ont été développés dans le cadre du programme et ont le potentiel d'être capitalisés et transférés vers d'autres partenaires et/ou d'autres contextes (CJ 4.2.5.).**

L'équipe d'évaluateurs a constaté que plusieurs bonnes pratiques initiées par MSV ont été appropriées par certains partenaires, comme le système de gestion de la maintenance GMAO, l'élaboration du PEH, un système de comptabilité des entités à but non lucratif, la pratique de la prévention et contrôle de l'infection pour l'hygiène hospitalière (dont un manuel en cours de vulgarisation à cette fin), le lavage des mains, le broyeur de la verrerie initié à l'HZ de Nikki dont la demande se fait sentir dans plusieurs hôpitaux, etc. Néanmoins, la capitalisation et le transfert des connaissances vers d'autres partenaires restent à faire.

Du côté de Memisa, le CERRHUD a travaillé en collaboration avec MSV et l'AMCES pour mettre à la disposition des autres partenaires (PNUSS et ABPF) et des bénéficiaires (zones sanitaires du programme) des guides pour leur permettre de calculer les indicateurs de résultats attendus par le programme (par exemple, une fiche pour calculer le taux de dépistage hypertension artérielle et diabète). Il serait néanmoins utile que la CDEB collabore davantage avec le CERRHUD pour réaliser des publications d'intérêt scientifique en santé publique.

**Plusieurs acteurs stratégiques ont émergé, en cours de mise en œuvre, comme jouant un rôle central au regard des objectifs du programme ; des collaborations ou du moins, une meilleure communication avec certains de ces acteurs seraient bénéfiques pour réduire les tensions et renforcer les impacts du programme (CJ 4.2.6.).**

Les interlocuteurs rencontrés ont mentionné plusieurs acteurs stratégiques qui ont émergé en cours de mise en œuvre et avec lesquels il serait intéressant de développer davantage de collaborations. C'est notamment le cas du CNHU-HKM, de l'Association béninoise des sage-

femmes, des techniciens de maintenance et de l'école polytechnique de maintenance (un *memorandum of understanding* avec elle est en cours de signature), de la Croix-Rouge, ainsi que des organismes de formation sur les premiers secours et la référence et contre références.

Du côté de MSV, les experts volontaires africains ont permis la poursuite des activités tandis que les experts volontaires européens étaient limités dans leurs mouvements du fait de la pandémie de Covid-19. Aujourd'hui, le couplage d'experts volontaires européens et africains constitue un élément d'apprentissage mutuel et améliore les connaissances et la confiance des uns et des autres. De plus, les experts nationaux peuvent être plus facilement mobilisés dans d'autres hôpitaux.

Pour la CDEB, l'équipe d'évaluation a été informée que d'autres organisations locales (toutes formes confondues, dont des ONG nationales) organisent des campagnes de sensibilisation et des consultations foraines pour la recherche active des enfants pour les campagnes de chirurgie pédiatrique. Des synergies ou collaborations seraient possibles dans l'intérêt des bénéficiaires et pour plus d'efficacité et d'efficience.

Du côté de Memisa, la mise en œuvre du programme #Health4All dans les structures membres de l'AMCES risque d'engendrer des conflits d'intérêt susceptible d'entraver le bon déroulement du programme. L'intervention du programme de Memisa dans la partie Nord du pays a créé des frustrations chez les membres de l'AMCES dans le Sud du pays. Il est apparu à la suite des entretiens et visites de terrain que ces tensions ont motivé des négociations entre l'AMCES et Memisa pour inclure des interventions dans deux hôpitaux du Sud du pays (Hôpital La Croix de Zinvié et Hôpital Protestant Bon-Samaritain de Porto-Novo). Cependant, celles-ci sont perçues sur le terrain comme seulement des appuis ponctuels (salle Kangourou à l'hôpital La Croix, construction du rez-de-chaussée de la maternité à l'hôpital Bon Samaritain), sans que la complexité du programme soit comprise et reconnue. En outre, des incompréhensions ont également émergé entre Memisa, l'AMCES et les hôpitaux partenaires au sujet de la réorientation de l'utilisation de la ligne du fonds d'équité. Lors d'une visite de la mission croisée, un Directeur d'Hôpital a exprimé sa frustration face au manque d'informations concernant cet arrêt perçu comme une décision venue du siège, pour lequel l'AMCES n'a pas pu (ou voulu) donner d'explication. Par la suite, il a même indiqué avoir interdit à la PNUSS de poursuivre ses activités au sein de sa structure, invoquant la fin de l'appui de Memisa. Ceci soulève des inquiétudes pour l'avenir du programme car les pressions exercées par les membres de l'AMCES risquent peut-être de nuire à la cohérence des stratégies d'intervention du programme.

**Plusieurs facteurs contextuels ont entravé (goulots d'étranglement) ou au contraire favorisé la production des effets attendus (CJ 4.2.7.).**

Plusieurs facteurs contextuels se sont révélés particulièrement favorables à la production des effets, en particulier :

- La présence de médecins spécialistes (gynécologie, chirurgie, pédiatrie, etc.) affectés dans la plupart des hôpitaux partenaires.
- L'existence de moyens de diagnostic (laboratoires et imagerie médicale) assez puissants dans ces hôpitaux.
- La disponibilité des experts-volontaires nationaux mobilisés rapidement.
- Le déploiement de divers efforts du gouvernement en matière de santé (réforme d'assainissement du secteur santé, Fonds d'équité, référencement).
- L'existence de PTA au niveau des ZS, dans lesquels sont intégrées les interventions du programme (information confirmée par les MCZS de Parakou et Tchaourou).

En revanche, plusieurs goulots d'étranglement ont aussi été identifiés comme ayant entravé la

mise en œuvre des activités et la production des résultats :

- La mobilité et l'instabilité du personnel formé au sein de certains hôpitaux partenaires constituent un défi majeur pour la réussite et l'atteinte des résultats, en particulier pour MSV. L'équipe d'évaluation croisée a ainsi constaté que la mobilité du personnel dans les hôpitaux généraux de référence pose un risque pour l'exécution des activités, car il faut souvent recommencer les mêmes formations en raison du départ du personnel déjà formé. C'est le cas notamment de l'HZ de Savalou-Bantè avec le départ du technicien de maintenance.
- La variation des taux de change avec le dollar US pour certains intrants, l'indisponibilité de devises et le coût variable des médicaments.
- Alors que le programme appuie la gestion des déchets biomédicaux, on remarque une véritable réticence à toute réflexion sur la gestion des placentas, dont la cause serait à trouver dans la culture d'appartenance des communautés d'usagers qui attribue aux placentas une valeur mystique.

**Les perceptions des partenaires limitrophes sur les différents volets du programme sont très positives, mais le programme n'est pas visible comme un tout auprès de la plupart des bénéficiaires (CJ 4.2.8.).**

La mission d'évaluation croisée a recueilli plusieurs témoignages selon lesquels dans l'ensemble, le programme est très apprécié par ses bénéficiaires directs et indirects. Pour paraphraser le directeur de l'HZ Saint-Martin de Papané : « MSV et Memisa sont les partenaires importants, efficaces et prompts ». Et selon le DDS du Borgou, son département « a eu le privilège d'avoir les partenaires de taille MSV-Memisa contrairement à d'autres départements et les preuves de leur présence sont palpables ». Quant au conseiller en matière de santé du Président de la République du Bénin : « L'œuvre réalisée par MSV à l'HZ de Bassila dans le service de pédiatrie est bien remarquable et mérite des compliments ». Ces perceptions positives sont confirmées par des distinctions palpables. Ainsi, l'HZ de Savalou-Bantè a reçu un prix de performance de la part d'Enabel en 2022 comme premier HZ sur les 54 que compte le Bénin. Quant à l'HZ de Basila, il a reçu la visite des ambassadeurs des pays de l'Union européenne en 2023. En somme, il semble que tant la population que les responsables sanitaires à tous les niveaux se sentent soulagés grâce aux améliorations de qualité des soins auxquelles le programme a contribué.

Pour ce qui concerne plus particulièrement l'appui à la gouvernance de Memisa, le DDS a souligné positivement la flexibilité du programme (qui permet la réorientation de fonds vers les priorités du ministère et les besoins de terrain), sa bonne cohérence avec les programmes des autres PTF (pas de doublon), la continuité du programme #Health4All dans le temps et l'implication réelle de la DDS dans les orientations stratégiques du programme. Au niveau des équipes d'encadrement de ZS, on a souligné le bon ancrage institutionnel du programme, les orientations clairement définies par l'encadrement de la DDS, la flexibilité et l'adaptation aux PTA.

Toutefois, les structures appuyées n'ont pas toutes le même niveau de connaissance du programme. Hormis les structures appuyées par plusieurs OSC, les autres identifient le programme à l'OSC qui les finance. Les membres de la population rencontrés se sont dit soulagés par les produits les plus visibles du programme (équipements modernes, nouvelles infrastructures, etc.) mais ne sont pas informés des objectifs et des activités du programme, ou du moins ne savent pas les relier au programme #Health4All. Leur satisfaction reste malgré tout un indicateur clé pour mesurer l'impact du programme.

**Plusieurs interventions clés ont été identifiées comme susceptibles de faire l'objet de**

### **l'évaluation finale au niveau de l'appui aux hôpitaux par MSV (CJ 4.2.9.).**

Les interventions clés qui ont été identifiées par la mission croisée comme pouvant faire l'objet de l'évaluation finale concernent principalement la cible de MSV (le renforcement des hôpitaux) y compris les effets sur les bénéficiaires indirects (la population à travers les indicateurs quantitatifs et qualitatifs). Les interventions qui peuvent être intéressantes sont les formations en renforcement des capacités et les investissements (acquisition d'équipements, maintenance, infrastructures) ainsi que la gestion des médicaments, en vue d'apprécier l'amélioration de l'environnement et du fonctionnement des hôpitaux, leur mise aux normes du système de santé du Bénin en lien avec l'évolution de la technologie.

Memisa et la CDEB n'ont pas pu identifier d'interventions précises à évaluer en fin de programme. Les partenaires devront entamer la réflexion et faire des propositions.

### **Plusieurs bonnes pratiques ont été identifiées comme susceptibles d'être transférées dans les contextes des équipes d'évaluation croisée, ainsi qu'une erreur à éviter (CJ 4.2.10.).**

Ces bonnes pratiques sont :

- Pour MSV : les diverses interventions en renforcement des capacités des hôpitaux (voir CJ 4.2.9.).
- Pour la CDEB :
  - o La responsabilisation des acteurs de mise en œuvre dans la planification des activités au regard de leurs besoins (confiance et capacitation) ;
  - o Les bourses de spécialisation permettent de constituer un pool de scientifiques compétents, ce qui est important pour la qualité des soins ;
  - o L'encadrement des médecins en spécialisation crée un rapprochement et amplifie les opportunités de publication.
- Pour Memisa :
  - o La diversification et la complémentarité des quatre partenaires opérationnels, chacun œuvrant dans son domaine privilégié dans les mêmes zones d'intervention.
  - o Le dispositif trimestriel de suivi piloté par le CERRHUD.

Par ailleurs, deux erreurs à éviter ont été identifiées :

- Du côté de la CDEB : il faudrait, dans la mesure du possible, mieux tenir compte des charges de travail pour désigner les points focaux, afin de garantir leur pleine participation au programme
- Du côté de Memisa : il arrive que les différentes parties prenantes (Memisa, AMCES, hôpitaux bénéficiaires) ne soient pas au même niveau d'information ou n'aient pas les mêmes intérêts (par exemple, concernant la réorientation du budget du fonds d'équité), ce qui pose des problèmes de responsabilité des décisions et nécessiterait l'intervention d'un médiateur neutre pour prévenir ou régler les conflits naissants.

## 4) Conclusions et recommandations

### 4.1 Synthèse de l'évaluation au regard des critères d'évaluation

En conclusion, il ressort de cette évaluation intermédiaire que le programme #Health4All au Bénin est aligné sur les axes stratégiques d'intervention du PNDS (2018-2022) et de la politique nationale de CSU. Le programme répond à un certain nombre de besoins normatifs ainsi qu'exprimés par les bénéficiaires directs. Les critères de jugement proposés par la méthodologie d'évaluation ont permis de répondre aux six questions évaluatives de façon relativement étayée, et des recommandations pratiques ont été dégagées pour favoriser l'atteinte des objectifs du programme. Toutefois, il en ressort aussi qu'un travail conséquent est encore à faire pour pouvoir mesurer le SROI du programme à la fin de sa mise en œuvre, dans deux ans. En outre, l'équipe d'évaluation a pu observer que les trois OSC (MSV, la CDEB et Memisa) ont fourni des efforts pour développer des synergies et une dynamique de collaboration lors de la conception du programme. Cependant, il reste à renforcer cette collaboration sur le terrain. Cela pourrait passer par le développement d'un cadre de coopération structuré et par l'intégration explicite, dans la planification annuelle, d'activités visant à promouvoir la complémentarité et la synergie, en particulier dans les zones de convergence – y compris la collaboration entre les partenaires opérationnels de Memisa d'une part, et MSV et la CDEB d'autre part – afin d'assurer l'atteinte des objectifs du programme.

Les OSC produisent chaque année un « Rapport moral » consolidé pour la DGD comprenant l'outil « Scores de performance » leur demandant de s'auto-évaluer au regard des critères d'évaluation classiques et des thèmes transversaux. En 2023, les OSC se sont auto-évaluées très positivement en s'attribuant le score de A (très bien) au regard de presque tous les critères (efficacité, efficacité, pertinence, durabilité, cohérence) et de B (bien) au regard des thématiques transversales (genre et environnement). Sur la base des questions évaluatives et critères de jugement présentés ci-dessus, nous pouvons synthétiser l'appréciation des évaluateurs quant à la performance du programme au regard des différents critères d'évaluation pertinents à ce stade de la mise en œuvre comme suit.<sup>4</sup>

- **Pertinence** : Le programme répond à des besoins normatifs importants et semble pertinent au regard des besoins exprimés par les partenaires opérationnels et bénéficiaires directs. Toutefois, il manque d'analyse approfondie des problèmes (causes profondes) et des besoins spécifiques des bénéficiaires finaux. La participation des populations cibles dans la définition de ses besoins reste modérée, et les choix de zones d'intervention et populations cibles ne sont pas toujours justifiés.
- **Cohérence** : le programme correspond aux expériences et capacités des trois OSC impliquées et montre une bonne cohérence externe avec les priorités nationales et celles de la coopération belge. La complémentarité des trois OSC porteuses est démontrée. Toutefois, les synergies opérationnelles et géographiques entre les trois OSC pourraient être davantage exploitées sur le terrain. Certaines procédures financières et outils de gestion restent peu harmonisés entre les OSC.
- **Efficacité** : Les activités sont mises en œuvre dans une large mesure conformément à la planification et produisent les effets attendus, bien qu'il existe quelques écarts liés à des contraintes logistiques et des ajustements nécessaires. Les indicateurs de suivi montrent une bonne progression et certaines cibles sont déjà dépassées. D'autres restent difficiles à atteindre compte tenu des ressources disponibles.

---

<sup>4</sup> Comme expliqué dans le rapport de Phase 1, l'impact et la soutenabilité seront évalués lors de l'évaluation finale.

- **Efficienc**e : Les ressources et moyens sont également, dans une large mesure, mobilisés conformément à la planification, hormis pour le volet MSV qui connaît un dépassement budgétaire. Les informations nécessaires au calcul des coûts agrégés par activités ne sont pas disponibles, ce qui empêche de se prononcer plus avant sur ce critère.
- **Aspects transversaux** : Les aspects de genre sont partiellement pris en compte, comme la désagrégation des indicateurs par sexe et des initiatives ciblées pour les femmes. Cependant, une analyse approfondie des disparités de genre est absente, limitant l'intégration transversale de cette dimension. Quant à l'environnement, des efforts liés à l'impact environnemental sont mentionnés, tels que la gestion des déchets hospitaliers et l'installation d'incinérateurs. Cependant, il manque des indicateurs spécifiques pour évaluer l'impact environnemental, et certaines activités pourraient avoir des effets négatifs sur l'environnement (ex. brûlage de déchets).

## 4.2 Recommandations

Au terme de cette évaluation intermédiaire, nous pouvons formuler les recommandations suivantes pour améliorer la mise en œuvre du programme dans les prochaines années :<sup>5</sup>

### 1) Au niveau de l'analyse stratégique, de la pertinence et de la cohérence des interventions :

- En vue d'améliorer la mise en œuvre du programme actuel :
  - Assurer la restitution des résultats de cette évaluation auprès de l'ensemble des parties prenantes afin d'améliorer la compréhension commune du programme et de rechercher des pistes pour favoriser l'atteinte des résultats.
  - Renforcer le cadre d'échange entre les trois OSC pour renforcer la cohérence des interventions et réfléchir à de meilleures synergies entre elles au niveau géographique.
  - Élaborer un plan d'action commun aux trois OSC et à tous leurs partenaires opérationnels, précisant les rôles, les responsabilités, les contributions spécifiques de chaque partenaire et les interactions entre les quatre axes du programme, tout en valorisant leurs expertises respectives.
  - Élaborer ou adopter des outils communs aux partenaires opérationnels pour le suivi et la mise en œuvre des activités.
  - Prévoir une formation spécifique des partenaires opérationnels et des gestionnaires de programme sur l'intégration transversale du genre dans les programmes de santé publique.
  - Se faire accompagner par des consultants externes si nécessaire pour mener une étude d'impact environnemental ainsi que pour l'élaboration d'indicateurs et/ou marqueurs de progrès relatifs à cette thématique.
  - Mobiliser un médiateur neutre pour lever toute ambiguïté dans les relations entre Memisa, l'AMCES et les hôpitaux bénéficiaires du programme.
- En vue du prochain programme :
  - Commencer l'analyse du contexte et des besoins bien avant la fin du programme actuel – ceci inclut une évaluation des partenaires actuels et une prospection de nouveaux partenaires potentiels, en garantissant un mécanisme permettant de médier les éventuels conflits d'intérêts entre acteurs. Cela permettrait d'assurer une réponse plus adaptée aux priorités changeantes des bénéficiaires et une cohésion entre les parties impliquées. Il serait pertinent d'impliquer dans cette phase les autorités, notamment les DDS bénéficiaires, pour une plus forte adéquation aux stratégies nationales.

---

<sup>5</sup> Certaines ont été suggérées par les personnes rencontrées lors de la mission.

- Faire un diagnostic participatif pour garantir que les initiatives mises en place répondent réellement aux attentes et aux priorités des communautés (ateliers communautaires, discussion en focus groups, enquêtes et questionnaires, cartographie des parties prenantes).
- Faire une prospection à temps pour la recherche d'un nouveau partenaire basé à Parakou si les OSC souhaitent améliorer leur cohérence géographique et leurs synergies en élargissant l'intervention dans le département du Borgou.

## 2) Au niveau de la gestion et du suivi du programme :

- Réviser les indicateurs de suivi relevés comme problématiques à ce stade du programme (voir CJ 1.3.). Pour ce qui concerne l'indicateur 3.2.2, il est recommandé de le désagréger non seulement par maladie mais aussi selon la perspective adoptée (populationnelle ou organisationnelle) (voir Annexe 4). Quant à l'indicateur 3.3.5, il est recommandé de se limiter soit à une augmentation du nombre de prises en charge, soit de leur taux – auquel cas il faudrait définir le dénominateur ; et de bien définir ce que recouvre la « prise en charge adéquate » en termes de qualité des processus et/ou des résultats. Ces révisions doivent aussi bien entendu s'accompagner d'une révision des cibles. Afin d'éviter les risques (perte de cohérence et de comparabilité, perte de crédibilité, coût supplémentaire, risques de biais), il est recommandé d'effectuer ces révisions en impliquant toutes les parties prenantes et en justifiant les changements de manière transparente.
- Réfléchir à d'autres stratégies d'appui au groupe cible des indigents pour éviter le risque de manque d'évaluabilité à la fin du programme – l'appui à la mise en œuvre du programme ARCH étant une option.
- Réfléchir à l'intégration d'indicateurs environnementaux pour évaluer l'impact écologique des actions mises en œuvre et pour s'assurer qu'elles sont alignées avec les objectifs de durabilité (ODD, déclaration de Paris). Prendre en compte également que le choix sur la mesure de l'impact environnemental demande la collaboration de spécialistes pour en garantir la fiabilité.
- Harmoniser davantage les outils de suivi du programme entre les OSC pour faciliter la bonne exploitation des informations et des données ainsi que le rapportage.
- Réaliser une analyse approfondie des disparités de genre et proposer des mesures en conséquence.
- Soutenir la documentation continue en mettant en place un système de suivi régulier et harmonisé, et offrir des formations et du mentorat pour développer l'autonomie des partenaires dans la rédaction et la diffusion de leurs résultats (ex. publications). Simplifier éventuellement les outils pour mieux répondre aux capacités des utilisateurs finaux.
- Réfléchir dès à présent aux interventions clés pour lesquelles on pourra calculer de façon objective un SROI à la fin du programme ; identifier les personnes ou organisations qui connaissent des changements, positifs ou négatifs, induits par les activités du programme et celles qui sont le plus impactées par le programme ; apprécier s'il est possible de mesurer/quantifier les impacts du programme sur chacune de ces parties prenantes, de même que s'il est possible d'inférer une certaine relation de causalité entre le programme et ces impacts ; et mettre sur pied un mécanisme de collecte des données.
- Harmoniser les procédures financières entre les trois OSC du programme.
- Pour le prochain programme, réfléchir à la construction d'un scénario contrefactuel dès le début et envisager une évaluation SROI dès le départ.

## 3) Au niveau de la capitalisation du programme :

- Renforcer les capacités des OSC et de leurs partenaires opérationnels sur la capitalisation et

le transfert des connaissances. Plus généralement, renforcer de manière systémique les capacités de tous les acteurs intervenant dans le programme.

- Renforcer la collaboration entre la CDEB et le CERRHUD pour réaliser des publications d'intérêt scientifique en santé publique dans les domaines du volet de la CDEB.

## 5) Références principales

- République du Bénin, Ministère de la Santé, Politique nationale de santé (2018-2030). Décembre 2018.
- SANTÉ POUR TOUS ET TOUTES AU BÉNIN – JIJOHO BOUANDOBOU AKPAANI. Programme Commun 2022-2026 de Memisa Belgique, Médecins sans Vacances et Chaîne de l'Espoir Belgique (document de programme soumis à la DGD, version pdf, 30 pages).
- Fichier Excel « Suivi Indicateurs CL Programme 2022-2026 ».
- Théorie du Changement du programme #Health4All (#H4A) AU BÉNIN – Memisa, Médecins Sans Vacances, Chaîne de l'Espoir Belgique (document word de 10 pages) et la ToC spécifique à chaque volet.
- Rapport moral 2023 consolidé.

## Annexes

### Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées et calendrier de la mission d'évaluation croisée au Bénin

	Nom	Fonction / Structure / OSC
1	Abdulayi Saka	Directeur Hôpital de zone de Bassila
2	Abley Sylvestre	Médecin conseil à l'AMCES et point focal Memisa
3	Aboudou Tahirou Adiza	Relais communautaire Clinique ABPF à Parakou
4	Aïssatou Chabi	Cheffe de service de pédiatrie et responsable de la salle Kangourou à l'hôpital La Croix de Zinvié
5	Akim Gouda	Médecin Coordonnateur zone de santé Parakou N'Dali
6	Alphonse Achille	Chef de service Pédiatrie Hôpital Saint Martin de Papané
7	Anato M. Jérémie	Chef du service administratif Hôpital Saint Martin de Papané
8	Armelle Vigan	Point Focal Memisa pour le CERRHUD
9	Assanatou Gado	Infirmière responsable des jeunes Clinique ABPF à Parakou
10	Emile Ahissou	Point Focal Memisa pour la PNUSS
11	Emile Comi Kouthon	Directeur de l'hôpital Saint Martin de Papané (HZ de Tchaourou)
12	Frank De Paepe	Représentant et conseiller médical de Memisa au Bénin
13	Guy-Gervais Ayite	Directeur de l'hôpital La Croix de Zinvié
14	Houansou Davy	Administrateur Hôpital Saint Martin de Papané
15	Ignace Tokpanoude	Coordonnateur médical Bénin MSV
16	Jean Agbégranou	Directeur de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Boko
17	Jonathan Amegnigan	Directeur Hôpital Bon Samaritain de Porto Novo
18	Joséphine Dossou	Responsable régionale Memisa pour le Bénin
19	Lydie Dedewanou	Médecin Coordinatrice zone de santé Tchaourou
20	Marie Geneviève Akumba	Sage-femme, Point Focal Memisa pour l'ABPF
21	Martin De Roover	Chef de coopération ambassade de Belgique à Cotonou
22	Matthieu Dossou	Manager régional MSV
23	Ogawin Madjidi	Chef de service Médecine Hôpital Saint Martin de Papané
24	Roukia Djobo	Sage-femme CS de Gbégourou
25	Totin MESMIN	Directeur de l'hôpital de zone Savalou-Bantè
26	Virgile Hounkpe	Directeur Départemental de Borgou
27	Zancran Kader	Infirmier responsable du CS de Gbégourou
28	Dr. AZAKPA Assogba Léopold	Chirurgien pédiatre, Chef de service de Chirurgie pédiatrique à l'hôpital de Tanguiéta
29	Mr KOUAMINAN Kinyindé Damien	Comptable à l'hôpital de Tanguiéta
30	Dr. MAGNIDET Satognon Eudon Roméo	DES en chirurgie pédiatrique

Jour	Date	Heure	Lieu	Activités
J0	13-10-2024	Arrivée de l'équipe des évaluateurs croisés à Cotonou		
J1	14-10-2024	9 :00	Cotonou, bureau AMCES	Présentations des différents OSC (AMCES, ABPF, PNUSS, CERRHUD et MSV) – mise au point sur les objectifs Focus group avec les intervenants présents
		14 :00	Hôpital La Croix de Zinvié	Entretien avec le directeur Dr. Guy Gervais Ayite Visite de la salle Kangourou avec Dr. Aïssatou Chabi, pédiatre responsable du service de néonatalogie
		14 :00	CNHU	CDEB : rencontre et entretien avec l'équipe de CNHU
		16 :00	Cabine PNUSS dans l'enceinte de l'hôpital de Zinvié	Temporairement non-utilisé en raison de désaccord entre la direction et la PNUSS. Explications par Emile Ahissou
J2	15-10-2024	7 :45	Départ Cotonou-Parakou	Arrêt à Porto Novo
			Porto Novo Hôpital protestant Bon Samaritain	Rencontre avec l'équipe de direction Dr. Jonathan Amegnigan Présentation des réalisations Visite du pavillon Mère-enfant (CPN, salle d'accouchement, hospitalisation). Cabine PNUSS
		12 :21	L'hôpital de zone Savalou-Bantè Equipe MSV	Visite guidée par Totin Mesmin, directeur Présentation du programme et focus groupe sur le programme commun – Focus Group
		17 :26	Hôpital de zone Bassila	Visite guidée par Abdulayi Saka, directeur Présentation du programme et focus groupe sur le programme commun – Focus Group
		20 :30 (Mémisa) 23 :00 (MSV)	Arrivée à Parakou – Hotel Les Routiers	
			Hôtel Les Routiers	CDEB : Rencontre et entretien avec l'équipe de l'Hôpital de Tanguiéta
J3	16-10-2024	9 :10	Direction Départementale de Borgou	DDS absent – Brève prise de contact avec l'équipe (cf. feuille de présence)
		10 :30	Bureau de la zone sanitaire Parakou N'dali	Rencontre avec Akim Gouda, le médecin coordonnateur et son équipe - présentation de la zone
		14 :00	CS de Gbégourou	Infirmier Zancran Kader et sage-femme Roukia Djobo Visite des bâtiments réhabilités ; toilettes, incinérateurs et Cuve pour collecter l'eau de pluie, mis en place par le programme. Séance de sensibilisation PNUSS. Exemple de cas d'insatisfaction
		16 :00	Bureau régional MSV pour l'Afrique de l'Ouest à Parakou	Accueil par Dr. Matthieu Dossou et Ignace Tokpanoude Première rencontre avec le Prof. Emmanuel Sambiéni Préparation atelier participatif - Discussion autour de la ToC

Jour	Date	Heure	Lieu	Activités
		18 :45	Retour à la direction départementale de Borgou et rencontre avec le directeur, Dr. Virgile Hounkpe	Implication progressive de la direction départementale aux activités du projet Exemples de collaboration fructueuse avec le programme et perspectives pour une intervention plus efficace Etat de lieux ayant conduit à l'élaboration d'une feuille de route Référence contre Référence Réunion des partenaires et de suivi du programme
J4	17-10-2024	8 :00	Hôpital Saint Martin de Papané Equipe Memisa, MSV, CDEB	Présentation du directeur (ppt), Dr. Emile Comi Kouthon Visites des urgences, de la maternité. Latrines en cours de construction
		11 :20	Zone de santé de Tchaourou	Accueil par le Dr. Lydie Dedewanou, médecin coordonnatrice de zone Présentation de la zone par le chargé de statistiques
		13 :30	Centre de santé de Kinnoukpanou	Accueil organisé – danses folkloriques Discours chef village et autres autorités et notables ; Présentation des activités par infirmier et sage-femme ; Témoignage des bénéficiaires Visite bloc maternité, dispensaire, incinérateur et toilettes réalisés par le programme
		16 :10	Clinique de l'ABPF à Parakou	Entretien infirmière responsable des jeunes, Assanatou Gado Entretien avec un relais communautaire, Aboudou Tahirou Adiza
		18 :00	Atelier de couture à Parakou	Visite apprenantes ayant bénéficié de machines à coudre dans le cadre des activités de sensibilisation de l'ABPF
J5	18-10-2024	9 :40	Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko	Présentation du directeur, Dr. Jean Agbégranou et de son équipe, visite de certains services : bloc opératoire, néonatalogie, laboratoire. Visite des incinérateurs Equipe d'évaluation au complet (Memisa, MSV et Chaine de l'Espoir)
		14 :00	Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest MSV (Parakou)	Atelier participatif avec Prof. Sambiéni
J6	19-10-2024	9 :00-15 :00	Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest MSV (Parakou), Dr.	Suite de l'atelier participatif avec Prof. Sambiéni
	19-10-2024	16 :00	Hôtel Les Routiers	Entretien avec équipe Memisa siège
J7	20-10-2024		Hôtel Les Routiers	Début de rédaction du rapport de mission Brève visite de Parakou

Jour	Date	Heure	Lieu	Activités
J8	21-10-2024	9 :40	Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest MSV (Parakou)	Mise en commun des notes – mises au point sur rapport de mission, draft présentation pour debrief Répartitions des tâches après la mission
J9	22-10-2024	6 :00	Hôtel Les Routiers	Préparation PPT pour debrief
J9	22-10-2024	9 :00	Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest MSV (Parakou)	Restitution en présence du directeur départemental Retour à Cotonou
J10	23-10-2024	9 :00	AMCES	Réunion de l'équipe d'évaluation croisée – draft rapport d'évaluation
	23-10-2024	11 :00	Ambassade de Belgique à Cotonou	Débriefing de la mission avec Martin DE ROOVER, Chef de coopération Départ des évaluateurs croisés 23, 25 et 27 octobre

## Annexe 2 : Quelques photos de la mission d'évaluation croisée



Atelier participatif avec partenaires de mise en oeuvre et gestionnaires de programme #H4A



Réunion avec équipe de direction Hôpital Boko



Entretien avec ECZ Parakou- Ndali



Salle Kangourou- Hôpital Sainte Croix de Zinvie



Restitution avec DDS du Borgou -Photo de famille



Équipe d'évaluation croisée

### Annexe 3 : Matrice consolidée des indicateurs de suivi

N°	Suivi Indicateurs CL Programme 2022-2026	Baseline 2021	An 1 Consolidé		2023 Memisa		2023 MSV		2023 CDEB	An 2 - 2023 - Consolidé		Cible An 3	Cible An 5
			M	F	M	F	M	F		M	F		
<b>3.</b>	<b>Outcome</b>	Le système de santé est plus intégré, inclusif, performant, résilient et pérenne, bénéficie d'une meilleure gouvernance basée sur le droit humain à la santé, et est capable de satisfaire davantage les besoins de santé de la population couverte par l'intervention, par la disponibilité des services offrant des soins de qualité, globaux, intégrés et continus accessibles à tou.te.s, et en particulier aux plus vulnérables et marginalisés.											
3.A	Ratio de mortalité périnatale parmi les accouchements dans les structures appuyées - ((Décès d'enfants < 7J + mort-nés) * 1000) / Naissances vivantes	25/1000N V	34,5		34		68			51		22,5/1000N V	20/1000N V
3.B	Taux d'utilisation des services de santé appuyés (désagrégé par sexe) - Nouvelles consultant.e.s du sexe M-F * 100 / Population hommes-femmes	M 53% ; F 53%	51%	64%	48%	59%	63%	71%		56%	65%	M 60% ; F 60%	M 65% ; F 65%
3.C	Taux de décès intra-hospitalier dans les services appuyés <24 H (désagrégé par sexe) - nombre de décès intra-	M 2% ; F 2%	1,38%	0,77%	1,04%	0,76%	1,88%	0,89%		1,46%	0,83%	M 1,8% ; F 1,8%	M 1,5% ; F 1,5%

	hospitalier <24 H (désagrégé par sexe) / nombre de patient.e.s admis.es									
	<b>Résultat 1</b>	La gouvernance améliorée du secteur de santé permet de gérer de manière plus transparente les ressources et les données de la santé, par une prise de décision plus participative impliquant la société civile pour le plaidoyer et davantage basée sur l'évidence, prenant en compte les besoins de santé de l'ensemble de la population dans la poursuite du droit à la santé.								
3.1.1	Proportion de comités de santé des ZS, de comités de gestion des CS et conseils d'administration des HZ fonctionnels dans les ZS appuyées - Indicateurs composites de fonctionnalité des COSA, COGES et CA selon plusieurs critères désagrégés par sexe	25%	97%	99%	100%		100%	60%	85%	
3.1.2	Taux de complétude des rapports SNIS dans les ZS appuyées – Rapports reçus de tous les acteurs de santé/rapports attendus	20%	98%	100%	100%		100%	50%	85%	
3.1.3	Proportion d'initiatives de plaidoyers en faveur de l'atteinte de l'outcome abouties par ou via AMCES – Nombre d'initiatives abouties / nombre planifié	ND	ND	60%			60%	50%	75%	

3.1.4	Proportion des entités appuyées ayant un Plan Stratégique actualisé et utilisé – Nombre de plans stratégiques actualisés et utilisés / nombre d'entités	15%	63%	50%	80%		65%	50%	75%			
	<b>Résultat 2</b>	Les structures et prestataires de santé appuyés disposent de meilleures capacités médicotéchniques, organisationnelles et institutionnelles pour être proactifs, responsables et appréciés par les utilisateurs et à leur écoute, capables d'assurer des services de qualité, efficaces, accessibles et acceptables, et des soins globaux, continus et intégrés.										
3.2.1	Taux d'accouchements assistés par personnel qualifié dans les ZS appuyées - Nombre d'accouchements assistés * 100 / nombre d'accouchements attendus	90%	94%	97%	101%		99%	92%	95%			
3.2.2	Taux de dépistage des cas d'hypertension (ligne supérieure) et diabète (ligne inférieure) dans les ZS appuyées - nombre de personnes dépistées pour hypertension et diabète (désagrégé par sexe) / nombre attendus	M 55% ; F 55%	ND	ND	ND	ND	ND	ND			M 60% ; F 60%	M 65% ; F 65%
			ND	ND	ND	ND	ND	ND				
3.2.3	Taux d'utilisation des	12%	20%	17%	25%		21%	15%	18%			

	méthodes contraceptives modernes dans les ZS appuyées - (Nombre d'utilisatrices (nouvelles + anciennes) de toutes méthodes modernes * 100) / (Nombre de femmes en âge de procréer - grossesses attendues)												
3.2.4	Taux d'infection du site opératoire (désagrégé par sexe) dans les structures appuyées - Nombre de patient.e.s (M-F) avec site opératoire suppurante * 100 / Nombre de patient.e.s (M-F) opéré.e.s	M 2,6%; F 2,6%	0,47%	0,55 %			3,90%	0,90%		3,90 %	0,90 %	M 2,3 %; F 2,3%	M 2%; F 2%
3.2.5	Evolution du score de performance des services de pédiatrie appuyés - indicateur composite	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	5%	15%
3.2.6	Proportion des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50%) des Marqueurs de Progrès (MDP) par rapport à l'application des compétences médicales/médico-techniques et	3/5	80%			92%			92%			4/5	5/5

	organisationnelles											
3.2.7	Pourcentage du matériel biomédical acheté non amorti qui est fonctionnel et en utilisation dans des services appuyés disposant d'un plan de maintenance	82%	100%			95%		95%	85%	90%		
	<b>Résultat 3</b>	La population est mieux organisée et participe davantage à tous les niveaux pour la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.										
3.3.1	Taux de décès maternel intra-hospitalier <24H dans les HZ appuyés - (Nombre de décès maternels intra-hospitaliers <24H) * 100 / Nombre parturientes reçues)	3,0%		0,41 %		1,00%		0,42%		0,71 %	0,6%	0,5%
3.3.2	Qualité des soins et services dans les centres éloignés et enclavés appuyés – indicateur composite renseigné après évaluation qualité	80%	ND		79%				79%	85%	90%	
3.3.3	Taux de malades reçus en référence dans les HZ appuyés – nombre de malades hospitalisés reçus en référence / nombre de	15%	23%			24%		24%	17%	20%		

	malades hospitalisés reçus												
3.3.4	Ancrage communautaire de la PNUSS dans chaque village des ZS couvertes – pourcentage des individus ayant une bonne connaissance de la PNUSS et de son rôle pour la communauté	0%	12%		17%					17%		25%	50%
3.3.5	Evolution du taux d'augmentation des prises en charge adéquates d'enfants handicapés locomoteurs (malformation, lésion) au sein des structures appuyées / nombre d'enfants pris en charge à l'année N+1/nombre d'enfants pris en charge à l'année N	0%	ND	ND								5%	15%
	<b>Résultat 4</b>	Les acteurs de santé identifient et analysent les problèmes tenaces et y apportent des solutions efficaces par la recherche-action et participent à des Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), permettant de créer et stimuler des synergies, ainsi que de produire plusieurs référentiels qui seront utiles et exploitables pour l'atteinte de l'outcome.											
3.4.1	Nb (désagrégé par sexe) de personnel de santé (managers et prestataires de soins) formées avec	ND	0,48	0,68	0,95	0,95	0,91	0,88		0,93	0,92	0,75	1

	réussite sur des thématiques spécifiques/nombre de personnes ciblées													
3.4.2	Nb (désagrégé par sexe) de personnes capables d'élaborer des agendas de production de connaissance opérationnels et d'en disséminer les résultats de manière autonome/nombre de personnes formées	ND	ND	ND	ND	ND							0.5	0.75
3.4.3	Nb d'expériences et/ou de référentiels utiles à l'atteinte de l'outcome documentés et partagés, cumulés	ND	1	5	1	1	7	9	15					
3.4.4	Nb de recherches action identifiées, conclues et publiées, cumulées	0	1	2			2	2	4					

## Annexe 4 : Proposition de révision de l'indicateur 3.2.2 (source : CERRHUD)

### **Calcul de l'indicateur « Taux de dépistage des cas d'hypertension et diabète dans les ZS appuyées »**

Définition proposée dans le document du programme #Health4All : nombre de personnes dépistées pour hypertension et diabète (désagrégé par sexe) \*100/ nombre attendus dans l'année. Deux méthodes ont été proposées – l'une par le CERRHUD et l'autre par MSV – pour calculer cet indicateur. Le CERRHUD a réalisé une analyse de chacune des deux méthodes proposées et élaboré un tableau comparatif des avantages et inconvénients de chacune des méthodologies.

Méthode proposée par le CERRHUD :

#### **Numérateur : nombre de nouveaux cas (de diabète ou d'HTA) dépistés au cours de l'année**

Les données sur le nombre de nouveaux cas dépistés au cours de l'année sont disponibles auprès des zones sanitaires. Elles ont été collectées dans les zones de Parakou/N'Dali et Tchaourou pour 2022 et 2023 lors d'une visite de terrain en avril 2024. Ces données (désagrégées par sexe) sont reportées dans une feuille de calcul Excel partagée avec le programme.

#### **Dénominateur : nombre de nouveaux cas (de diabète ou d'HTA) attendus pour l'année**

La formule suivante a été proposée pour déterminer le nombre de nouveaux cas attendus à partir de la prévalence :

Nombre de nouveaux cas attendus par année =  $(Population * prévalence) - nombre\ de\ personnes\ déjà\ connues\ hypertendues\ ou\ diabétiques$

Les populations et les prévalences désagrégées par sexe sont reportées dans les feuilles de calcul Excel des indicateurs par année. L'estimation du nombre de personnes déjà connues hypertendues ou diabétiques au début du programme a été réalisée sur la base de l'enquête STEPS de l'OMS. Pour les autres années, le nombre de personnes déjà connues hypertendues ou diabétiques est égal au nombre de personnes déjà connues porteuses de l'affection estimé pour la période avant 2022 additionné au nombre de personnes dépistées depuis 2022.

**Calcul de l'indicateur :** Pour calculer l'indicateur, il suffit d'appliquer la formule proposée dans le document du programme #Health4All en utilisant le numérateur et le dénominateur calculés comme expliqué ci-dessus.

Méthode proposée par MSV :

#### **Numérateur : nombre de personnes à qui un test de dépistage a été réalisé au cours de l'année.**

Pour le numérateur, les données collectées portent sur le nombre de personnes venues aux centres de santé ou à l'hôpital à qui la tension artérielle a été mesurée (pour le dépistage de l'HTA) ou à qui une glycémie à jeun a été réalisée (pour le dépistage du diabète). Ces données sont aussi disponibles auprès des zones sanitaires.

**Dénominateur :** nombre de personnes reçues dans les centres de santé ou l'hôpital au cours de l'année, quelle que soit l'affection.

**Calcul de l'indicateur :** il suffit de faire le rapport entre le numérateur et le dénominateur.

Comparaison des deux méthodes :

	CERRHUD	MSV
Formule de calcul	Nb nouveaux cas dépistés/nb nouveaux cas attendus	Nb de personnes ayant bénéficié d'un test de dépistage/nb de personnes reçues dans la formation sanitaire
Progrès de santé publique que l'indicateur permet d'évaluer	Permet d'évaluer l'efficacité des interventions pour améliorer le dépistage de l'HTA et du diabète, aussi bien les interventions dans les formations sanitaires que les interventions communautaires	- Permet d'apprécier l'efficacité des interventions pour améliorer la qualité des consultations dans les formations sanitaires (pour ce qui est du dépistage systématique de l'HTA et du diabète) - Si on utilise les données d'une enquête en population (au lieu des données de routine des formations sanitaires), cet indicateur pourrait permettre d'évaluer l'efficacité des interventions pour l'offre du dépistage de l'HTA et du diabète et des interventions pour augmenter la demande de ce dépistage
Avantages	- Permet de ne pas se limiter seulement aux formations sanitaires et d'apprécier aussi l'efficacité des interventions en communauté - Donne une idée de l'ampleur de l'ignorance par les diabétiques et les hypertendus de leur statut	- Simple à calculer, avec des données disponibles - Peut convenir si l'intervention consiste uniquement à améliorer la qualité de la consultation (y compris le dépistage) dans les formations sanitaires
Inconvénients	- Méthode de calcul faisant intervenir plusieurs données et plusieurs formules, ce qui nécessite l'utilisation de l'outil proposé sur Excel - Nécessite la disponibilité des données de l'enquête STEPS (seulement les données de 2015 sont disponibles pour le moment, mais une nouvelle enquête est en cours)	- Ne reflète que les changements survenus dans les formations sanitaires - Donc ne peut pas mesurer des changements dans le comportement des populations, ni les changements liés aux stratégies avancées et autres activités communautaires

Feuille de calcul Excel préparée par le CERRHUD :



Calcul taux de dépistage HTA et Dial