USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

ÉVALUATION

PROGRAMME INTEGRE DE SANTE FAMILIALE DE L'USAID/BENIN ET PROJET D'ACCELERATION DE LA REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE CAUSEES PAR LE PALUDISME

Mars-Avril 2015

Cette publication a été produite à la demande l'Agence des États-Unis pour le développement international. Elle a été préparée de manière indépendante par Barbara Jones, le Dr. Jaime Benavente et le Dr. Moussa Coulibaly, consultants du Projet d'amélioration du cycle programmatique de santé mondiale (GH Pro).

Photo de couverture : Une femme et son enfant avec leur nouvelle moustiquaire à Dangbo au Bénin, une région qui subit de fortes inondations à chaque saison des pluies. Des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action fournies dans le cadre de l'Initiative du Président américain pour la lutte contre le paludisme ont été distribuées à chaque famille habitant dans cette zone.

© 2009 Nate Miller, avec l'aimable autorisation de Photoshare

ÉVALUATION

PROGRAMME INTEGRE DE SANTE FAMILIALE DE L'USAID/BENIN ET PROJET D'ACCELERATION DE LA REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE CAUSEES PAR LE PALUDISME

Mars-Avril 2015

Mécanisme d'évaluation : Projet d'amélioration du cycle programmatique de santé mondiale (GH Pro), AID-OAA-C-14-00067

AVERTISSEMENT
Les points de vue exprimés par l'auteur de cette publication ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou encore ceux du gouvernement américain.

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation tient à exprimer ses plus sincères remerciements au nombreux informateurs clés au sein du ministère de la Santé, aux partenaires de mise en œuvre de l'USAID et aux représentants des bailleurs de fonds qui ont généreusement fait part de leur temps et de leur expertise pour fournir les informations nécessaires à la conduite de cette évaluation.

L'équipe tient à remercier plus particulièrement le personnel de santé qui s'est entretenu avec elle et les clients qui ont participé aux groupes de discussion dirigée.

Nous sommes également reconnaissants envers l'équipe santé de l'USAID/Bénin qui a exigé cette évaluation, contribué à l'organisation des réunions, fourni des informations et répondu à nos questions.

Nous tenons enfin à remercier tout particulièrement les membres du personnel de GH Pro, et notamment Ashley Schmidt pour son soutien administratif et logistique à travers le processus d'évaluation et Melinda Pavin pour ses conseils concernant les questions d'évaluation méthodologiques et techniques.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS
RÉSUMÉ ANALYTIQUE v
I. INTRODUCTION 1
II. APERÇU DU PROJET 3
III. MÉTHODES D'ÉVALUATION ET LIMITATIONS 5
IV. RÉSULTATS 11
V. CONCLUSIONS ET RECOMMENDATIONS 35

ANNEXES

ANNEXE I. Cahier des charges 39
ANNEXE II. Personnes interrogées 59
ANNEXE III. instruments de collecte de données 63
ANNEXE IV. Cadre de résultats de l'USAID/Bénin pour l'IFHP 81
ANNEXE V. Plan du Bénin 83
ANNEXE VI. Statut global du PIHI dans les structures échantillonnées 85
ANNEXE VII. Personnel de santé du MS au niveau des structures visitées 89
ANNEXE VIII. Informations complémentaires sur ARM3 91
ANNEXE IX. Déclarations de conflits d'intérêts du consultant 99

ABRÉVIATIONS

ANCRE	Advancing Newborn, Child and Reproductive Health
APC	Advancing Partners and Communities
ARM3	Accelerating the Reduction of Malaria Morbidity and Mortality
CAME	Centrale d'achat en médicaments essentiels
CCC	Communication pour le changement de comportement
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
DDS	Directeur départemental de la santé
DSME	Département de la santé de la mère et de l'enfant
EDS	Enquête démographique et de santé
ETAT	Emergency triage assessment and treatment
GATPA	Gestion active de la troisième période de l'accouchement
GHI	Global Health Initiative
HFG	Health Finance and Governance
iCCM	Prise en charge intégrée des cas à l'échelle communautaire
IFHP	Programme intégré de santé familiale
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
LDP	Leadership Development Program
LMG	Leadership Management and Government
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MILDA	Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAD	Document d'évaluation du programme
PF	Planification familiale
PIHI	Paquet d'Interventions à Haut Impact
PISAF	Projet Intégré de Santé Familiale
PMI	Initiative du Président américain de lutte contre le paludisme
PMO	Partenaire de mise en œuvre
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PSI	Population Services International
PSI/ABMS	Population Services International/Association Béninoise pour le Marketing Social

RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RC	Relais communautaires
RI	Résultat intermédiaire
RSS	Renforcement du système de santé
SIFPO	Strengthening International Family Planning Organization
SIRP	Système d'information de routine sur le paludisme
SGIS	Système de gestion de l'information sanitaire
SGIL	Système de gestion des informations logistiques
SHOPS	Strengthening Health Outcomes through the Private Sector
SMI	Santé maternelle et infantile
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SR	Santé de la reproduction
TDR	Test de diagnostic rapide
TPIg	Traitement préventif intermittent durant la grossesse
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNFPA	United Nations Fund for Population
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

BUT DE L'ÉVALUATION ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

Cette évaluation avait pour buts d'examiner le Programme bilatéral intégré de santé familiale au Bénin (IFHP) financé par l'USAID et de procéder à une évaluation des résultats obtenus à ce jour à travers le Projet de réduction de la morbidité et de la mortalité causées par le paludisme (ARM3).

L'équipe santé de l'USAID/Bénin s'est appuyée sur l'examen des résultats obtenus par le programme IFHP et les recommandations formulées pour guider la conception du prochain programme de santé bilatéral. Les résultats de l'évaluation du projet ARM3 et les recommandations en découlant serviront à établir des activités prioritaires pour la période restante du projet.

Le cahier des charges (CC) spécifiait cinq questions d'évaluation :

1) Quelles sont les meilleures pratiques et réalisations du programme IFHP, notamment les facteurs ayant contribué à ces réussites ?
2) Quels ont été les obstacles et les limitations rencontrés par le programme IFHP, notamment les facteurs ayant contribué à ces défaillances ?
3) À quel point le projet ARM3 a-t-il contribué à la couverture et aux bons résultats des interventions antipaludiques au Bénin ?
4) De quelles manières les partenaires de mise en œuvre (PMO) de l'USAID/Bénin ont-ils collaboré entre eux, ainsi qu'avec la mission et d'autres projets financés par des bailleurs de fonds et quelles occasions de collaborer ont été manquées ?
5) Sur la base des résultats de l'évaluation, quelles sont les recommandations pour la dernière année du projet ARM3 et pour le(s) programme(s) ultérieur(s) sur le plan des stratégies et des activités prioritaires ?

APERÇU DU PROJET

Le programme IFHP de l'USAID au Bénin, tel que décrit dans le document d'évaluation du programme (PAD), est axé sur les domaines suivants : (1) amélioration des résultats obtenus par le secteur public de la santé dans la prestation de services de santé familiale intégrés ; (2) amélioration des résultats obtenus par le secteur privé de la santé dans la prestation de services de santé familiale intégrés ; (3) amélioration des comportements en termes de prévention et de recherche de soins au sein d'une population habilitée. Le programme IFHP mise également sur la pérennité des interventions à travers le renforcement des systèmes de santé (RSS) et la mise en œuvre d'initiatives axées sur les femmes, les jeunes filles et l'égalité des genres. De multiples projets sont placés sous l'autorité de l'IFHP et contribuent au cadre de résultats stratégiques, notamment :

Le Projet ARM3, qui a été conçu et octroyé avant le PAD, travaille en étroite collaboration avec le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) sur les questions de politique et le RSS au niveau national. Des activités destinées à améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme sont ainsi mises en œuvre dans 34 zones de santé à travers le pays.

Le Projet de promotion de la santé néonatale, infantile et reproductive (ANCRE) a débuté en octobre 2014 et est axé sur le renforcement des services de santé maternelle et infantile (SMI) et de planification familiale (PF) au niveau du secteur public et du secteur privé pour soutenir le Paquet d'interventions à haut impact (PIHI) du ministère de la Santé (MS). Le projet ANCRE œuvre également dans le domaine du RSS. Le lancement de ce projet en octobre 2014 a mis fin au délai de deux ans s'étant écoulé depuis la clôture du Projet intégré de santé familiale (PISAF) en novembre 2012, la précédente initiative soutenant les services SMI-PF.

Le soutien au PIHI communautaire a également débuté en octobre 2014 et est actuellement assuré par de multiples organisations non gouvernementales (ONG) locales recevant pour la première fois des fonds directement octroyés par l'USAID. Ces ONG gèrent le travail des relais communautaires (RC) qui réalisent les activités du PIHI au niveau communautaire.

D'autres projets sont placés sous l'égide du programme IFHP :

- Le Projet visant à promouvoir les partenaires et les communautés (APC) soutient les ONG locales dans la mise en œuvre des activités communautaires du PIHI.
- Le Projet de financement et de gouvernance en santé (HFG) travaille sur le plan d'assurance santé et les mutuelles et aide le MS à préparer le compte national de santé.
- Le Projet de leadership, de gestion et de gouvernance (LMG) consiste à développer les capacités et les aptitudes au leadership du MS.
- Le Projet de pulvérisation intra-domiciliaire en Afrique contribue à la lutte contre le vecteur du paludisme dans le département d'Atacora.
- Le Projet de Population Services International et de l'Association béninoise pour le marketing social (PSI/ABMS) soutient les efforts de marketing social et une franchise sociale de cliniques.

L'hypothèse de développement de l'USAID/Bénin prévoit que l'accès universel à des services de soins essentiels définis dans le PIHI du MS, dispensés à la fois dans les sous-secteurs publics et privés et combinés à de meilleurs comportements en termes de prévention et de recherche de soins par une population davantage éduquée, aboutira à une amélioration de la santé des familles béninoises, et que la prestation de ces interventions à travers le leadership responsable du gouvernement et d'organisations locales habilitées débouchera sur des approches et des programmes durables pouvant être répliqués à plus grande échelle.

MODÈLE, MÉTHODES ET LIMITATIONS DE L'ÉVALUATION

L'évaluation recourt à une palette de méthodes et est fondée sur une approche participative s'articulant autour de méthodes quantitatives et qualitatives. Afin d'estimer le niveau de performance, cette évaluation s'appuie sur les données recueillies par l'USAID et l'UNICEF, telles que les Études démographiques et de santé (EDS, 2012) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2014), les informations épidémiologiques du MS et les données obtenues par l'équipe d'évaluation.

Pour les visites sur le terrain et la collecte de données, l'équipe d'évaluation a sélectionné des zones sanitaires dans quatre départements au sein desquels l'USAID soutient des activités. Les zones sélectionnées sont Tchaourou, Cove-Zagnanado-Ouinhi, Djougou-Ouake-Copargo et Bassila. En fonction du nombre total d'établissements sanitaires affiliés au MS dans ces zones, l'équipe a délibérément sélectionné quinze établissements du MS. Quatre cliniques ProFam situées dans les mêmes zones ou départements ont été sélectionnées sur la base des suggestions de PSI et deux ONG locales œuvrant sur le PIHI communautaire ont également été sélectionnées pour réaliser des entretiens.

Des questionnaires d'enquête structurés ont été administrés à un échantillon d'agents du personnel clinique et de gestion, ainsi qu'à des prestataires de soins généraux au sein de 19 établissements sanitaires publics et privés, dans les zones de santé énumérées plus haut. Des entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès des responsables au niveau central du MS, des PMO, de l'USAID-PMI, des responsables des ONG locales basées à Tchaourou, des directeurs départementaux de la santé (DDS) de Borgou/Alibori, Zou/Collines et Atacora/Donga et des responsables des zones sanitaires de Tchaourou, Cove-Zagnanado-Ouinhi, Djougou-Ouake-Copargo et Bassila. Par ailleurs, trois groupes de discussion dirigée ont été mis en place avec des clients venus obtenir des services dans les établissements visités par l'équipe d'évaluation. L'enquête a été conçue de manière à inclure une analyse à différents niveaux (patient, établissement et système de santé local).

Limitations et défis rencontrés dans le cadre de l'évaluation

1. Cette évaluation se penchait sur deux mécanismes, à savoir le programme bilatéral composé de multiples projets (IFHP) et un projet autonome axé sur la lutte contre le paludisme (ARM3). Pour répondre aux questions d'évaluation spécifiées dans le cahier des charges, l'équipe d'évaluation a développé des outils et des méthodes de collecte de données afin d'évaluer, en même temps, le programme IFHP et le projet ARM3. Un des membres de l'équipe d'évaluation s'est intéressé tout particulièrement au domaine de la lutte contre le paludisme et au projet ARM3.

2. La période de deux ans ayant séparé les projets SMI-PF a limité les possibilités d'évaluation de l'enquête en termes de contributions du programme IFHP dans l'intégration des services de santé dispensés par le biais du secteur public et du secteur privé. Dans la mesure du possible, l'évaluation a cité le soutien fourni par l'USAID ayant éventuellement contribué à des améliorations en termes de qualité, à une accessibilité et à une utilisation accrues des services et à la prise de décisions sur la base de données probantes. Les données recueillies sur le statut actuel des services SMI-PF sont présentées de manière à formuler des recommandations concernant les activités prioritaires et à définir les manques à combler et pour lesquels un appui est nécessaire.

3. Le temps disponible pour la collecte de données a limité le nombre de zones de santé et d'établissements que l'équipe a été en mesure de visiter. Bien que la durée de la collecte de données sur le terrain ait au départ été prévue pour douze jours, celle-ci a dû être raccourcie pour accorder suffisamment de temps aux réunions avec l'USAID, le MS et les PMO à Cotonou et pour obtenir l'accord du MS concernant la visite des établissements de santé du secteur public.

4. Le plan de collecte de données a été conçu dans l'espoir d'avoir accès aux statistiques de

services des établissements sanitaires, ce qui s'est avéré illusoire. Les dossiers sont en effet généralement mal répertoriés aux niveaux périphériques. L'équipe d'évaluation a utilisé des guides d'entretien structurés pour obtenir une estimation des données à partir des agents de santé sur la base de leur expérience et, lorsque cela était possible, elle a vérifié les registres des établissements. D'autres sources de données, telles que les rapports de projet, les statistiques annuelles du MS et les données tirées des EDS, ont été utilisées pour vérifier leur concordance avec les informations obtenues durant les visites sur le terrain. Néanmoins, les statistiques de services les plus récentes du MS datent de 2013, tandis que les dernières données EDS disponibles étaient celles de 2012.

PRINCIPAUX RÉSULTATS, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Résultat : Les objectifs de l'IFHP ont été partiellement atteints, principalement, mais pas uniquement, sur la base des réalisations du projet ARM3 dans les services de lutte contre le paludisme et grâce à certaines améliorations dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement en antipaludiques.

- **Conclusion :** La période de deux ans ayant séparé les projets financés par l'USAID dans le domaine des services SMI-PF a limité les réalisations du programme IFHP jusqu'à présent s'agissant de l'amélioration des services de santé familiale intégrés.
- **Conclusion :** La mise en œuvre d'un nouveau projet SMI-PF est anticipée afin de pouvoir accorder un soutien qui aboutira à une amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services, ainsi qu'à une meilleure intégration des services SMI-PF et de lutte contre le paludisme.
    - **Recommandation :** Pour parvenir à l'intégration des services de santé familiale, l'USAID/Bénin et les PMO collaborent avec le ministère de la Santé pour déterminer de quelle manière former et superviser le personnel de santé et ainsi renforcer la prestation de services intégrés. Plutôt que d'assurer une formation et une supervision indépendante dans les domaines des soins antipaludiques ou prénatals ou bien en matière de PF, ces deux composantes doivent être révisées pour mettre en valeur la prestation de services s'attaquant à de multiples besoins sanitaires au cours d'une seule visite d'un client.

2. Résultat : Le système de gestion des informations sanitaires (SGIS) est difficile à manier et ne fournit pas de données épidémiologiques fiables.

- **Conclusion :** Des formulaires, des programmes et des procédures multiples sont utilisées en même temps en matière de rapport, créant ainsi des systèmes parallèles exigeant des efforts supplémentaires sans gain d'efficacité.
    - **Recommandation :** Une assistance technique spécialisée est nécessaire afin de revitaliser le SGIS. Plutôt que de créer des outils et des programmes fonctionnant pour seulement un ou deux services et étant adaptés aux exigences d'un bailleur de fonds ou d'un projet en matière de soumission de rapports, ou ne pouvant pas être utilisés en dehors de ce cadre, le MS doit développer un

SGIS global pouvant assurer efficacement la planification, la gestion et le suivi de la performance.

- **Conclusion :** La conservation des dossiers et la soumission de rapports concernant les statistiques de services par un grand nombre d'établissements de santé ne sont pas satisfaisantes. Les statistiques de services ne sont pas enregistrées de manière régulière, ni même consolidées ou conservées dans un espace dédié au sein de l'établissement, ce qui contribue à une mauvaise agrégation des données et au manque de précision des rapports transmis par la structures de santé au bureau de zone.
    - **Recommandation :** Il convient de simplifier les procédures, les directives de consignation, les outils de rapport et les délais de soumission.

3. Résultat : Le développement de directives nationales par le PIHI communautaire constitue une étape importante de la standardisation de la stratégie. Il convient néanmoins de résoudre certaines questions essentielles pour en assurer la pérennité et l'institutionnalisation à long terme.

- **Conclusion :** Les questions essentielles dans la stratégie PIHI communautaire qui entraveront les efforts entrepris si elles ne sont pas résolues sont les suivantes : des sources de paiement durables pour assurer la « motivation » mensuelle des RC, des mécanismes fiables d'approvisionnement des RC en médicaments, en produits et en fournitures, l'amélioration des compétences des RC en termes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, une collaboration efficace entre la zone sanitaire, le personnel des centres de santé et les RC.
    - **Recommandation :** Les projets ARM3, ANCRE, APC, les ONG locales et le MS doivent travailler de concert pour mettre au point des solutions pérennes et les mettre en œuvre durant les six prochains mois.

4. Résultat : L'utilisation de méthodes contraceptives demeure faible au Bénin, et bien en-dessous de l'objectif de 15% en TPC du gouvernement béninois et de l'IFHP.

- **Conclusion :** Des stratégies ayant pour but d'accroître l'accessibilité des services PF sont nécessaires afin d'accroître l'usage des méthodes et de réduire les besoins non satisfaits en matière de PF.
    - **Recommandation :** Les approches de prestation de services, telles que l'offre de services mobiles de proximité, doivent être mises en œuvre afin d'accroître la quantité de services PF dispensées au niveau des structures de santé et pour rendre ces services davantage accessibles dans les zones rurales.
    - **Recommandation :** Il est nécessaire de former le personnel de santé pour veiller à ce que des agents de santé qualifiés soient disponibles dans tous les établissements. Les ateliers de formation en PF doivent inclure le personnel des dispensaires, ainsi que les prestataires travaillant dans les maternités, afin de favoriser une meilleure intégration des services et d'en assurer une plus large disponibilité.

- **Conclusion :** Les changements causés par la préférence de certaines méthodes sont révélateurs du besoin plus important de prestataires formés, et du plus grand nombre de méthodes disponibles et de fournitures jetables nécessaires à leur utilisation.
    - **Recommandation :** Une formation des prestataires à l'insertion et au retrait des implants doit être assurée pour répondre à la demande accrue pour cette méthode.
    - **Recommandation :** En plus d'assurer l'approvisionnement régulier des stocks d'implants, les responsables de la chaîne d'approvisionnement doivent inclure les fournitures afférentes nécessaires pour insérer et retirer les implants (Bétadine, gaze, pansements, champs stériles, etc.)

5. Résultat : Beaucoup d'établissements du MS ne satisfont pas aux normes nationales en termes d'espace, d'éclairage, de ventilation, de dotation en personnel, d'équipement, etc.

- **Conclusion :** Les conditions physiques d'un grand nombre d'établissements de santé publics visités n'étaient pas propices à la prestation de services de qualité.
    - **Recommandation :** Les évaluations des établissements devraient être réalisées dans les zones où l'USAID soutient des activités pour déterminer si une structure répond aux normes minimales requises en termes de qualité des services. Ces données peuvent être partagées avec l'établissement et les bureaux sanitaires des districts afin de développer des plans d'amélioration de la qualité.
    - **Recommandation :** À partir de l'évaluation de l'établissement, des plans et des spécifications devront être développés afin d'apporter les retouches nécessaires à ces structures et fournir l'équipement et les instruments permettant d'améliorer la qualité des services PIHI.

6. Résultat : Le paludisme demeure la principale cause de morbidité malgré les investissements importants ayant été réalisés dans les domaines de la prévention, du diagnostic et du traitement.

- **Conclusion :** L'extension à plus grande échelle et le renforcement du diagnostic et du traitement de manière continue constituent des aspects essentiels. Néanmoins, il sera également nécessaire de porter une attention toute particulière au paludisme et à la réduction de la charge de morbidité.
    - **Recommandation :** L'indicateur relatif au traitement préventif intermittent au cours de la grossesse (TPIg) pour le projet ARM3 et le programme IFHP doit être mis à jour pour refléter la révision de la politique qui prévoit d'administrer trois doses de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) à toutes les femmes enceintes.
    - **Recommandation :** Bien que les femmes enceintes et les enfants en bas âge soient particulièrement vulnérables au paludisme, cette maladie engendre également une baisse de la productivité parmi les adultes et les enfants scolarisés. Il est nécessaire de promouvoir un usage cohérent de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) par chacun comme élément de la lutte contre le vecteur.

- **Recommandation :** Le projet ARM3 doit œuvrer de concert avec l'Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme (PMI) et le PNLP pour définir des stratégies permettant de lutter efficacement contre le vecteur et pouvant être mises en œuvre à Malanville et Parakou, où il existe un risque plus élevé de transmission paludique et une exposition quasi-continue en raison des cultures de riz et de la présence d'exploitation maraîchères. Cette recommandation ne sous-entend pas qu'ARM3 doive mettre en œuvre de nouvelles stratégies de contrôle du vecteur mais plutôt que ce projet recherche des stratégies potentiellement efficaces pouvant être testées et mises en œuvre dans le cadre d'un projet découlant d'ARM3, le cas échéant.

7. Résultat : L'inclusion de l'alphabétisation comme critère de sélection des RC peut résulter en un nombre moins élevé de femmes en mesure d'occuper cette fonction.

- **Conclusion :** Dans la mesure où le taux d'alphabétisation est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, en particulier dans les zones rurales, cette exigence peut résulter en un déséquilibre des genres parmi les RC dispensant l'intégralité du PIHI.
  - **Recommandation :** Les critères d'alphabétisation doivent être réexaminés afin de pouvoir de pouvoir prendre en compte les femmes ayant de faibles compétences dans ce domaine. Les utiliser comme agents de promotion du PIHI n'ayant pas droit à la prime de motivation mensuelle ne constitue pas une alternative adéquate.

8. Résultat : La coordination et la collaboration au sein des projets de l'USAID, ainsi qu'entre les projets et le MS, notamment au niveau des départements et des zones, doivent être améliorées.

- **Conclusion :** Avec les nouveaux projets appuyés par l'USAID qui commencent à mettre en œuvre des activités, le moment est venu pour les PMO d'améliorer la communication et la collaboration avec les autorités départementales et les zones.
  - **Recommandation :** Au niveau des départements et des zones, les partenaires de mise en œuvre doivent proposer d'occuper une fonction de secrétariat, le cas échéant, afin d'aider le DDS ou le coordinateur de zone à conduire des réunions trimestrielles de coordination avec les PMO appuyant les activités dans la région.

INTRODUCTION

BUT DE L'ÉVALUATION

À la demande de l'USAID/Bénin, le Projet d'amélioration du cycle programmatique en santé mondiale (GH Pro) a mis sur pied une équipe chargée de réaliser une évaluation de performance du Programme bilatéral intégré de santé familiale (IFHP) comprenant les projets visant le renforcement du système de santé et d'amélioration des services de lutte contre le paludisme, de planification familiale (PF) et de santé maternelle et infantile (SMI).

Le cahier des charges (CC) relatif à cette étude prévoyait une évaluation des résultats de l'IFHP à moyen terme, ainsi qu'une évaluation finale du projet ARM3. Durant le débriefing initial au niveau du pays et une réunion de suivi, l'équipe santé de l'USAID/Bénin a clarifié les buts de cette évaluation :

- Une analyse globale de l'IFHP
- Une évaluation des résultats obtenus **à ce jour** par le projet ARM3.

L'équipe santé de l'USAID/Bénin se servira des résultats et des recommandations découlant de cette évaluation pour appuyer la conception du prochain programme bilatéral de santé. La mission cherche à définir une palette adéquate de projets hautement efficaces et performants et soutenant un programme de santé pleinement intégré. En tant que tel, l'examen s'est focalisé sur l'évaluation des réalisations et la situation actuelle dans les zones de couverture sélectionnées, les défis entravant le processus de mise en œuvre, les enseignements tirés et les lacunes sur le plan programmatique.

Les résultats et les recommandations découlant de l'évaluation du projet ARM3 seront utilisés par la PMI (USAID et CDC) les partenaires d'ARM3 et le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) afin d'établir les priorités des activités pour la période restante du projet et pour tirer parti des résultats obtenus.

L'USAID/Bénin, les partenaires de mise en œuvre (PMO) et le gouvernement du Bénin sont les principaux publics à qui s'adresse cette évaluation.

QUESTIONS D'ÉVALUATION

Le cahier des charges a spécifié les cinq questions d'évaluation suivantes : Les questions accompagnées d'explications et de détails complémentaires se trouvent dans l'annexe I.

1) Quelles sont les meilleures pratiques et réalisations du programme IFHP, notamment les facteurs ayant contribué à ces réussites ?
2) Quels sont les obstacles et les limitations entravant la réalisation du programme IFHP, notamment les facteurs ayant contribué à ces défis ?
3) À quel point, le projet ARM3 contribue-t-il à la couverture et à la performance des interventions de lutte contre le paludisme au Bénin ?

4) De quelles manières les PMO de l'USAID/Bénin collaborent-ils entre eux, ainsi qu'avec la mission et les autres projets financés par des bailleurs de fonds, et quelles occasions de collaborer ont été manquées ?
5) Sur la base des résultats de l'évaluation, quelles sont les recommandations formulées pour la dernière année du projet ARM3 et pour le(s) programme(s) à venir (découlant de celui-ci) et se focalisant sur les stratégies et les activités prioritaires ?

Le cahier des charges a stipulé que l'évaluation devait prendre en ligne de compte les éléments programmatiques suivants :

- Paludisme (PMI/ARM3)
- Paquet d'interventions à haut impact (PIHI)
- Renforcement du système de santé du secteur public sur la base de six blocs de développement du système de santé[1]
- Qualité des services dans le secteur privé
- Genre
- Modifications apportées au document d'évaluation du programme IFHP de l'USAID/Bénin au cours de la vie du projet.

[1] L'OMS définit les blocs de développement du système de santé comme suit : prestation de services, système d'information sanitaire, accès aux médicaments essentiels, financement, leadership et gouvernance.

I. APERÇU DU PROJET

En 2010, le gouvernement du Bénin/Ministère de la Santé (MS) a adopté une nouvelle stratégie connue sous le nom de Paquet d'interventions à haut impact (PIHI) afin d'axer les efforts entrepris à l'échelle nationale sur la réalisation des Objectifs du millénaire en développement 4 et 5 pour la santé maternelle et infantile. L'USAID et d'autres bailleurs de fonds se sont engagés à soutenir le MS dans le renforcement et l'application à plus grande échelle du PIHI au niveau des établissements et de la communauté.

Le programme de santé bilatéral de l'USAID/Bénin, connu sous l'acronyme IFHP, est fondé sur la stratégie pays de l'Initiative en santé mondiale (GHI) et appuie la stratégie du PIHI. Le programme IFHP compte trois domaines de résultats : (1) l'amélioration des résultats obtenus dans le domaine de la santé par le secteur public en termes de prestation de services de santé familiale intégrés ; (2) l'amélioration des résultats obtenus dans le domaine de la santé par le secteur privé en termes de prestation de services de santé familiale intégrés ; et (3) l'amélioration des comportements en termes de prévention et de recherche de soins au sein d'une population habilitée. Le programme IFHP se focalise, en outre, sur la pérennité des actions entreprises à travers le renforcement des systèmes de santé (RSS) et porte une attention particulière aux femmes, aux jeunes filles et à l'égalité des genres.

Depuis son approbation initiale en octobre 2012, le document d'évaluation du programme (PAD) IFHP a été modifié à deux reprises : En avril 2013, une composante relative à la santé sexuelle et génésique des adolescentes a été ajoutée, tandis qu'en août 2014 des révisions ont été effectuées dans les plans concernant le financement de gouvernement à gouvernement. D'après le cahier des charges relatif à l'évaluation, ces modifications ont retardé les obligations de financement de la mission pour un nouveau projet bilatéral SMI/PF et des mécanismes de soutien au PIHI communautaire. Chaque modification a également abouti à des ajustements concernant les diverses échéances et l'octroi de projets par le biais du PAD en raison des changements apparaissant dans les priorités budgétaires et programmatiques. Néanmoins, le cadre de résultats n'a pas changé. (Voir annexe IV.)

À travers les projets mis en œuvre par le biais du programme IFHP, l'USAID soutient de nombreux départements et programmes au niveau national du MS et appuie la mise en œuvre d'activités dans les zones sanitaires prioritaires. Un plan du Bénin est inclus pour référence dans l'annexe V.

Le projet bilatéral ARM3, financé par l'initiative PMI, a été conçu et octroyé un an avant le PAD et travaille en étroite collaboration avec le PNLP au niveau national sur des questions liées aux politiques et au RSS. Des activités destinées à améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme sont mises en œuvre dans 34 zones sanitaires à l'intérieur du pays.

Le projet de promotion de la santé néonatale, infantile et reproductive (ANCRE) et le projet de soutien au PIHI communautaire ont été octroyés en octobre 2014 et constituent les autres projets de santé majeurs de la mission. ANCRE se focalise sur l'amélioration des services SMI et PF dispensés par le secteur public et le secteur privé, ainsi que sur le RSS. Le soutien au PIHI communautaire est mis en œuvre par des organisations non gouvernementales (ONG) locales

recevant pour la première fois des fonds directement de l'USAID. Ces ONG appuieront l'extension des activités communautaires du PIHI à plus grande échelle par les relais communautaires (RC).

D'autres projets sont placés sous l'égide du programme IFHP :

- Le projet visant à promouvoir les partenaires et les communautés (APC) soutient les ONG locales recevant directement des fonds de l'USAID/Bénin dans la mise en œuvre des activités communautaires du PIHI.
- Le projet de financement et de gouvernance en santé (HFG) travaille au renforcement du plan d'assurance santé et développe des organisations communautaires d'assurance santé, ou mutuelles, ainsi que leur organisation faîtière à l'échelle nationale. Le projet HFG propose également son assistance au MS dans le cadre de la préparation du compte national de santé.
- Le projet de leadership, de gestion et de gouvernance (LMG) consiste à développer les capacités managériales et les aptitudes au leadership au sein des divisions du MS au niveau national et auprès de départements ciblés.
- Le projet de pulvérisation intra-domiciliaire en Afrique mène des campagnes périodiques de pulvérisation d'insecticide afin d'éliminer les moustiques et de lutter contre la transmission du paludisme.
- Le projet de Population Services International et de l'Association béninoise pour le marketing social (PSI/ABMS) soutient les efforts de marketing social pour les produits liés à la santé familiale (Orasel/Zinc et Aquatabs) et les méthodes de contraception et de prévention du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Le projet de PSI/ABMS soutient, en outre, une franchise sociale comprenant plus de 50 cliniques privées portant la marque « ProFam » qui offrent un large éventail de services de santé en fonction des capacités du personnel clinique, de la disponibilité de l'équipement et de l'infrastructure.

III. MÉTHODES D'ÉVALUATION ET LIMITATIONS

MÉTHODES D'ÉVALUATION ET LIMITATIONS

L'hypothèse de développement de l'USAID/Bénin est que l'accès universel à des services de santé essentiels identifiés dans le PIHI, dispensés par le secteur public et le secteur privé et combinés à une amélioration des comportements en termes de prévention et de recherche de soins par une population mieux informée, résultera en une amélioration de la santé des familles béninoises, et que la prestation de ces interventions par le biais d'un leadership gouvernemental responsable et d'organisations locales habilitées aboutira à des approches et des programmes s'inscrivant dans la durée et pouvant être mis en œuvre à plus grande échelle.

Approche d'évaluation

Cette étude suit la politique d'évaluation de l'USAID de 2011 destinée à améliorer le respect des engagements, l'apprentissage et la prise de décisions sur la base de données probantes. L'objectif de l'USAID concernant le développement du secteur de la santé, les résultats intermédiaires (RI) ainsi que les sous-résultats intermédiaires et les indicateurs constituent le cadre sur la base à partir duquel cette évaluation a été conçue. L'évaluation recourt à une approche axée sur une palette de méthodes. Le modèle de l'étude est fondé sur les données de base recueillies par l'USAID et d'autres parties prenantes dans le but de mesurer la contribution du gouvernement américain s'agissant de l'amélioration de la santé des familles béninoises à l'échelle nationale et infranationale.

Cette évaluation s'articule autour d'une approche participative recourant à des méthodes quantitatives et qualitatives. Ainsi, l'évaluation nous a amené à recueillir, analyser et interpréter des données qualitatives et quantitatives dans le but de répondre aux questions soulevées. Les méthodes consistaient en une analyse documentaire, des entretiens semi-structurés auprès d'informateurs clés enregistrés selon un guide, des groupes de discussion dirigée recourant à un guide de questions et des entretiens structurés réalisés auprès du personnel des structures de santé. La combinaison des résultats issus des entretiens structurés et semi-structurés et des groupes de discussion a permis à l'équipe d'évaluation de déterminer les opinions des personnes responsables de la mise en œuvre des projets et d'envisager les perspectives offertes aux bénéficiaires des services.

Approche quantitative

Des statistiques descriptives et d'autres approches quantitatives non paramétriques ont permis de définir des relations, ainsi que des effets potentiels. Le plus grand défi à surmonter dans le cadre d'une évaluation de performance consiste à comparer le statut des bénéficiaires avant et après l'intervention d'une manière prenant en compte l'effet d'autres facteurs externes au programme. Une manière d'aborder ce problème est d'avoir accès à des données de base de haute qualité jetant des fondements statistiques solides pour des comparaisons correctes du niveau de certaines variables clés entre t_0 (préalablement au début des interventions) et t_1 (le point d'évaluation). Dans ce cas, l'EDS a été utilisée comme base de référence (t_0).

Des questionnaires d'enquête structurés ont été administrés à un échantillon d'agents du personnel clinique et de gestion au sein des établissements et auprès des prestataires de soins généraux à travers 19 structures de santé dans les zones sanitaires de Tchaourou, Cove-Zagnanado-Ouinhi, Djougou-Ouake-Copargo et Bassila. Les indicateurs quantitatifs sont dérivés de l'analyse des données statistiques dont disposait l'équipe d'évaluation et de l'examen des registres lors de ses passages dans les différents sites.

Méthodes qualitatives

L'équipe a utilisé des méthodes qualitatives pour approfondir les mesures quantitatives relatives aux changements en termes de performance. Ces techniques comprenaient des entretiens semi-structurés administrés aux responsables d'ONG locales, aux hauts représentants du MS au niveau central, aux directeurs départementaux de la santé (DDS) pour Borgou/Alibori, Zou/Collines et Atacora/Donga, et les responsables de zones sanitaires dans les zones sélectionnées ayant été visitées par l'équipe d'évaluation. Des entretiens semi-structurés ont également été réalisés auprès des partenaires de mise en œuvre et des bailleurs de fonds. Par ailleurs, des groupes de discussion dirigée ont été organisés afin de déterminer les questions et préoccupations psychosociales de la population bénéficiaire. L'équipe a animé des discussions avec trois groupes comprenant de six à douze participants recevant des services au sein d'un établissement inclus dans l'échantillon.

Pour l'évaluation d'ARM3, les activités comprenaient une évaluation de la prise en charge des cas, une analyse qualitative de la mise en œuvre du programme d'octobre 2011 à décembre 2014 et une analyse de données quantitatives axées sur les utilisateurs et les bénéficiaires.

Sources secondaires

Les sources secondaires comprenaient les bases de données d'entités gouvernementales, des dossiers du projet, de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds et partenaires, ainsi que des informations locales sur les conditions de santé, les interventions sanitaires et la couverture des services.

Modèle d'échantillonnage et travail sur le terrain

Deux étapes ont été suivies durant le processus d'échantillonnage :

1. Accord sur le cadre d'échantillonnage : La première étape consistait à définir et obtenir l'accord de l'USAID sur l'échantillon d'établissements sanitaires. L'équipe d'évaluation a ainsi rencontré les membres de l'équipe santé de l'USAID ayant développé le tableau ci-dessous afin d'entamer le processus de sélection.

Tableau 1. Réflexions concernant l'échantillonnage

Zone sanitaire	Département	Présence d'un ancien projet de santé familiale intégré	Travail existant en rapport avec le PIHI communautaire depuis plus de deux ans	Santé mobile (commu nautaire)	ANCRE (lancement du PIHI))	ARM3 (Paludisme, système d'informatio n de routine sur le paludisme, SIRP?)	Option de voir la/les clinique(s) ProFam	Accessibilité
1) Tchaourou	Bourgou/ Alibori	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui- Parakou	Facile d'accès, district avant Parakou
2) Cove/ Zagnanado/ Ouinhi	Zou/ Collines	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui- Abomey Bohicon	Facile d'accès, 2 à 3 heures de Cotonou sur la route principale vers le Nord, hébergements à Bohicon
3) Kandi/ Gogounou/ Segbana	Bourgou/ Alibori	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui- Parakou	Tout au Nord, à plusieurs heures au nord de Parakou
4) Djougou/ Ouake/ Copargo	Donga	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui, Salavou sur le chemin	Route en mauvais état entre Savalou et Djougou, environ 4 heures au nord de Bohicon
5) Bassila	Donga	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui, Savalou sur le chemin	Route en mauvais état entre Savalou et Bassila, hébergement à Djougou, environ 4 heures au nord de Bohicon
6) Allada/ Ze/ Toffo	Atlantique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		Difficile d'accès, travail communautaire financé par le niveau central

Après avoir pris en compte la distance, l'état des routes et la durée des déplacements, l'USAID et l'équipe d'évaluation ont éliminé les zones de santé dans les troisième et sixième rangées du tableau. L'univers de l'évaluation était le nombre total d'établissements du MS dans les zones de santé restantes et les départements afférents figurant sur le tableau où l'USAID soutient des interventions sanitaires, à savoir Tchaourou, Cove-Zagnanado-Ouinhi, Djougou-Ouake-Copargo et Bassila.

Les données spécifiques aux départements ont été agrégées de manière à tirer certaines conclusions, tandis que le sous-échantillon de la zone a confirmé l'échantillon final d'évaluation. Les structures rencontrant des difficultés logistiques et autres de nature extrême ont été exclues de la sélection finale après consultation avec l'USAID.

2. Construction de l'échantillon : La seconde étape dans la construction de l'échantillon s'est articulée autour de la sélection des établissements à visiter. En utilisant la liste de tous les établissements de santé du MS (96) dans les zones sélectionnées dans le cadre d'échantillon,

15 établissements de santé du secteur public ont été choisis intentionnellement, notamment des hôpitaux de zone[2] et des centres de santé (types I et II[3]). Quatre cliniques ProFam ont été volontairement sélectionnées avec PSI, tandis que deux ONG locales (Dedras et Sian'son) travaillant sur le PIHI communautaire ont été sélectionnées par convenance.

Collecte de données et instruments

La collecte de données s'est étalée sur la période allant de février à mars 2015. L'équipe d'évaluation s'est divisée en deux sous-équipes pour mener le travail sur le terrain et réaliser la collecte des données. Les données ont été recueillies dans chaque site par une équipe composée de trois agents de collecte (avec au moins une personne possédant une connaissance approfondie de la prestation de services de santé). Dans l'ensemble, nous avons recouru à six intervieweurs, dont les deux superviseurs. En moyenne, la collecte de données a été réalisée à un taux de un à trois sites par jour. Un plan de visite précis a été développé pour faciliter la collecte de données. Au total, six instruments (questionnaires et protocoles détaillés) ont été préparés en vue de la collecte de données. Ils sont présentés dans le tableau ci-dessous. Ces instruments ont été administrés dans le but de rassembler des données visant à déterminer les résultats obtenus aussi bien par le programme IFHP que par le projet ARM3. (Voir annexe III).

Tableau 2. Instruments de collecte de données

Instruments	Sujets
1. Questionnaire pour l'établissement	Personnel clinique, de services et de gestion
2. Guide pour les groupes de discussion dirigée avec les clients	Patients présents dans l'établissement ce jour-là
3. Entretien semi-structuré : Questions pour les ONG	Directeur, responsable, cadre
4. Entretien semi-structuré : Questions pour le niveau central du MS, les DDS et les zones	Responsables du niveau central du MS, les DDS et les zones
5. Entretien semi-structuré : Questions pour les partenaires de mise en œuvre, l'USAID et la PMI	Représentants des PMO, de l'USAID et de la PMI
6. Questions pour les bailleurs de fonds	Représentants des bailleurs de fonds

Les instruments d'évaluation sur le site ont été appliqués par les agents les plus indiqués assurant la coordination des activités dans les unités sanitaires. À la fin de chaque journée, les agents de collecte ont saisi les données dans une base de données spécifiquement adaptée et créée pour l'évaluation.

Le tableau suivant décrit l'échantillon final d'établissements sanitaires ayant été visités par les équipes d'évaluation afin de recueillir les données nécessaires dans le cadre de l'évaluation.

Tableau 3. Nombre d'établissements sanitaires planifiés et complétés selon le modèle d'échantillonnage par niveau de service

[2] On trouve généralement un ou deux hôpitaux par zone.
[3] Un centre de santé de « type I » possède un médecin au sein du personnel, tandis qu'un centre de « type II » ne compte aucun médecin dans ses rangs.

Niveau	Donga et Collines			Zou et Borgou			Total		
	Planifié	Complété	Incomplet	Planifié	Complété	Incomplet	Planifié	Complété	Incomplet
Hôpital de zone	1	1		2	2	0	3	3	0
Centre de santé 1	2	2		3	3	0	5	5	0
Centre de santé 2	5	5		2	2	0	7	7	
Clinique privée	1	0	1	3	0	3	4	0	4
Total	**9**	**8**	**1**	**10**	**7**	**3**	**19**	**15**	**4**

Sur le nombre total d'établissements sanitaires échantillonnés (19), 15 (79%) entretiens/questionnaires ont été entièrement réalisés, tandis que quatre ont été réalisés partiellement. Les visites incomplètes ont été dues à des circonstances imprévues empêchant de mener plusieurs questionnaires dans leur intégralité.

Formation et supervision

Les établissements sélectionnés ont été choisis de manière aléatoire pour valider par téléphone un grand nombre de questions et pour revérifier des éléments de données spécifiques. Le travail sur le terrain a été supervisé et suivi durant le prétest et la collecte de données initiale dans un des quatre départements.

Gestion des données

Les outils d'évaluation ont été enregistrés et saisis dans une base de données. Un dispositif de double saisie a été utilisé afin de garantir la qualité et la cohérence des données saisies. Par ailleurs, une validation externe de la collecte et de la qualité des données a été réalisée.

Plan d'analyse des données

L'équipe d'évaluation a développé un plan d'analyse complet. L'enquête a été conçue de manière à inclure une analyse à différents niveaux (patients, établissements et système de santé local). L'analyse de données était également axée sur des comparaisons entre les résultats de cette évaluation et ceux d'autres enquêtes de nature similaire.

Limitations et défis liés à l'évaluation

1. Il s'agissait d'une évaluation portant sur deux mécanismes : le programme bilatéral composé de multiples projets (IFHP) et un projet autonome de lutte contre le paludisme (ARM3). Pour répondre aux questions d'évaluation spécifiées dans le cahier des charges, l'équipe d'évaluation a développé des méthodes et des outils complets servant à la collecte de données afin d'évaluer simultanément le programme IFHP et le projet ARM3. Un des membres de l'équipe d'évaluation a porté une attention toute particulière à la lutte contre le paludisme et au projet ARM3.

2. Le vide de deux ans ayant séparé les projets SMI-PF a limité le champ d'évaluation s'agissant des contributions de l'USAID en matière de services de santé intégrés dispensés par le biais des secteurs public et privé. Dans la mesure du possible, le rapport d'évaluation a cité le soutien apporté par l'USAID ayant éventuellement contribué à des améliorations en termes

de qualité, à l'accessibilité et l'utilisation accrues des services, ainsi qu'à la prise de décisions fondées sur des données probantes. Les données recueillies sur le statut actuel des services SMI-PF sont présentées dans le but de formuler des recommandations concernant les activités prioritaires et pour définir certaines lacunes où un soutien est nécessaire.

3. Le temps disponible pour la collecte de données a limité le nombre de zones sanitaires et d'établissements que l'équipe a été en mesure de visiter. Bien qu'à l'origine prévue pour douze jours, la collecte de données ne s'est étalée que sur cinq journées pour consacrer suffisamment de temps aux réunions avec l'USAID, le MS et les PMO à Cotonou, et pour obtenir l'aval du MS avant de visiter les structures de santé du secteur public.

4. En raison du délai très court entre l'approbation du MS et la conduite des visites et les déplacements vers les sites sur le terrain, l'avis officiel indiquant la visite de l'équipe d'évaluation n'a pas été reçu par toutes les autorités départementales et de zones que l'équipe espérait rencontrer. Dans plusieurs cas, l'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure de rencontrer le DDS ou le coordinateur de zone en raison de conflits d'horaires. Elle a néanmoins pu s'entretenir avec un autre haut responsable afin de recueillir les informations nécessaires.

5. Le plan de collecte de données a été conçu dans l'espoir d'avoir accès aux statistiques de services au niveau des établissements sanitaires, ce qui s'est révélé illusoire. Cela s'explique par une mauvaise conservation des dossiers au niveau périphérique. L'équipe d'évaluation a utilisé des guides d'entretien structurés pour obtenir une estimation des données par l'intermédiaire du personnel de santé sur la base de son expérience et, dans la mesure du possible, vérifier les dossiers des établissements. D'autres sources de données (rapports de projets, statistiques annuelles du MS et données de l'EDS) ont été utilisées afin de procéder à une analyse croisée des données obtenues durant les visites au niveau des sites.

IV. RÉSULTATS

Les résultats présentés à travers ce rapport sont basés sur les données recueillies et analysées de la manière décrite dans la section relative à la méthodologie ci-dessus. Ils sont organisés en fonction des cinq questions d'évaluation tirées du cahier des charges. Les résultats concernant la prestation et la qualité des services de santé sont fondés sur les données recueillies auprès d'un échantillon limité d'établissements sanitaires et ne reflètent pas la situation au Bénin dans son intégralité.

1. QUELLES SONT LES MEILLEURES PRATIQUES ET RÉALISATIONS DU PROGRAMMES IFHP, NOTAMMENT LES FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ À CES RÉUSSITES ?

En 2010, le gouvernement béninois a adopté un Paquet d'interventions à haut impact (PIHI) afin d'axer davantage les efforts nationaux sur la réalisation des Objectifs du millénaire en développement 4 et 5 en matière de SMI. L'USAID et d'autres bailleurs de fonds se sont engagés à soutenir le MS dans le renforcement et l'application à plus grande échelle du PIHI. En même temps, le projet bilatéral de santé de l'USAID, PISAF, a procédé à une révision de ses activités afin d'améliorer les services de lutte contre le paludisme, de SMI et de PF à travers la mise en œuvre du PIHI.

Le projet ARM3 axé sur la lutte contre le paludisme a été lancé en 2011, un an avant le lancement du PIHI. Ce projet a étendu les interventions antipaludiques débutées par le PISAF et initié de nouvelles activités visant à soutenir la prévention du paludisme et à améliorer le diagnostic et le traitement de cette maladie. (Voir Q3 pour en savoir plus sur ARM3.)

Lorsque le PISAF a pris fin en novembre 2012, l'USAID prévoyait de poursuivre son soutien dans les domaines de la SMI et de la PF à travers l'octroi d'un projet s'inscrivant dans sa lignée et étant axé sur l'amélioration des services intégrés en matière de santé familiale dispensés par les secteurs public et privé, soit les RI1 et RI2 du cadre de résultats stratégiques. (Voir annexe IV.) Les retards dans la conception et la validation du projet suivant ont abouti à un vide de deux ans entre la fin du PISAF et le lancement du projet ANCRE en octobre 2014.

En l'absence d'un projet financé par l'USAID axé sur la SMI et la PF durant les deux premières années de l'IFHP, les réalisations dans le secteur de la santé ont surtout été constatées dans les domaines de la lutte contre le paludisme et du renforcement des systèmes de santé. Au fur et à mesure que le projet ANCRE commencera à mettre en œuvre des activités dans les zones de santé, d'autres réalisations devraient être observées au sein d'un éventail plus large de services de santé familiale. Malgré l'absence d'un projet destiné à soutenir la prestation de services SMI-PF dans le secteur public, l'USAID-Bénin a continué à appuyer la stratégie PIHI du MS par le biais d'autres projets et d'une assistance technique dans la conception de politiques, le développement des capacités et le renforcement des systèmes de santé.

Les résultats liés aux améliorations apportées dans la prestation de services de soins et le fonctionnement du système de santé auxquels a contribué l'USAID sont décrits ci-dessous.

Réalisations de l'IFHP

Au moment de cette évaluation (de mars à avril 2015), les réalisations de l'IFHP étaient principalement liées au paludisme et à certains aspects du RSS. La réalisation de bon nombre des objectifs techniques en SMI, PF et RSS dépend du soutien technique et financier devant être accordé par le projet ANCRE qui n'a débuté qu'en octobre 2014. Par conséquent, les réalisations limitées en SMI et en PF sont dues à la période de deux ans ayant séparé les projets financés par l'USAID dans le domaine de la SMI-PF, qui a affecté l'ensemble des résultats intermédiaires de l'IFHP.

RI 1 : Amélioration des résultats obtenus par le secteur public dans la prestation de services de santé familiale intégrés

Comme cela est mentionné dans le PAD, ce RI a pour but de « renforcer le système de santé et d'étendre la couverture de services de qualité, intégrés et à impact élevé dispensés par le biais du PIHI, tout en augmentant l'accessibilité financière de l'assurance santé universelle et en renforçant la chaîne d'approvisionnement des produits de première nécessité en matière de santé. »

Sous-résultat 1.1 : Amélioration de la planification et de la gestion du système et des services de santé, en particulier au niveau décentralisé

Afin de soutenir les améliorations en termes de capacités de planification et de gestion, et de financer directement les départements et les programmes du MS au niveau central, le projet LMG a collaboré avec l'Institut régional de santé publique (IRSP) de manière à développer et à dispenser des cours de formation aux pratiques de gestion en y intégrant la gestion de fonds émanant du gouvernement américain. Conformément à l'initiative USAID Forward, le PAD spécifiait que des accords de gouvernement à gouvernement devaient être passés avec le MS, notamment le Département de la santé maternelle et de l'enfant (DSME), le Programme étendu de vaccination, le PNLP, le Département de gestion des finances et des ressources, le Département de planification et de la prospective et la Centrale d'achat de médicaments essentiels (CAME). Jusqu'à présent, ces accords intergouvernementaux avec les unités du MS n'ont pas été établis. Néanmoins, l'USAID a passé des accords de financement directs avec l'IRSP dans le but de réaliser des études sentinelles de surveillance épidémiologique avec le Centre de recherche entomologique de Cotonou pour la surveillance entomologique et avec des ONG locales pour la gestion relative à la mise en œuvre du PIHI communautaire.

Le projet LMG a également introduit le Programme de développement du leadership (PDL) avec plusieurs départements du MS, le DDS de Mono/Couffo, la zone sanitaire de Klouékamé et l'Hôpital de la mère et de l'enfant de Lagune (HOMEL). Le PDL est conduit sur une période s'étalant de six à huit mois pour améliorer le travail d'équipe et établir un processus visant à améliorer le niveau de performance. Le personnel du projet LMG a indiqué à l'équipe d'évaluation que le directeur de l'HOMEL avait trouvé l'approche du PDL utile et avait continué à l'utiliser après la période initiale de six mois. L'équipe d'évaluation ne dispose pas d'autres informations concernant l'efficacité de ce dispositif.

Le Bénin recourt à un système de soins rémunéré à l'acte aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Pour réduire les obstacles financiers entravant l'accès aux services, le gouvernement du Bénin a développé un programme d'assurance santé national connu sous le nom de Régime d'assurance maladie universelle (RAMU). Le projet HFG a dispensé une

assistance technique en vue du développement et du déploiement du RAMU, auquel peuvent souscrire les habitants de 14 des 34 zones sanitaires du pays.

Le PAD de l'IFHP affirme que l'assistance technique sera fournie au MS « dans le but d'améliorer la disponibilité et l'utilisation de statistiques d'informations sanitaires complètes et dans des délais convenables depuis les points de prestation de services. » Des améliorations ont été apportées au système de gestion des informations sanitaires (SGIS), bien que celles-ci aient été principalement liées aux informations dans le domaine du paludisme, en raison du soutien octroyé par le projet ARM3.

L'analyse du SGIS au Bénin montre un « système » qui : (1) ne fonctionne pas au niveau de la source d'information principale (prestation de services) ; (2) ne fonctionne pas sous les mêmes paramètres à chaque niveau ; (3) transmet des données non vérifiées de la source vers un niveau supérieur ; (4) ne fournit aucun feedback des niveaux supérieurs vers les niveaux inférieurs ; (5) n'appuie pas la collecte de données avec des matériaux et des outils adéquats ; et (6) ne possède pas de mécanismes rectificatifs permettant de résoudre les problèmes intervenant durant la production de données. Pour résumer la situation, il ne s'agit pas d'un système.

Les responsables du MS et le personnel des structures que nous avons interrogés ont affirmé que le SGIS national était un dispositif fastidieux et qu'il nécessitait le remplissage et la soumission de douze formulaires de rapport différents. Les retards dans la soumission des données à travers la chaîne de rapport, c.-à-d. du centre de santé vers la zone, vers le département, vers le niveau national, sont fréquents.

L'utilisation d'un système d'information autonome, le système national d'information de routine sur le paludisme (SIRP), a amélioré la disponibilité des données sur cette maladie qui sont utilisées pour le suivi et l'évaluation des indicateurs dans ce domaine. Toutefois, le SIRP ajoute une étape supplémentaire dans la saisie des données et la soumission des rapports et n'est pas toujours compatible avec d'autres protocoles de rapport de données. De plus, il s'ajoute à la pléthore de systèmes parallèles utilisés par différents programmes et projets.

Au niveau des centres de santé et des hôpitaux de zones, la saisie des données s'effectue manuellement en raison du manque d'agents du personnel formés et d'équipement informatique. Au niveau périphérique, le manque d'électricité et de services de connexion à l'Internet constitue un frein à la faisabilité et à l'utilité de systèmes informatisés.

La plupart des responsables de départements et de zones interrogés ont indiqué que le SGIS ne comprenait pas de statistiques de services émanant des RC pour le PIHI communautaire ou des prestataires du secteur privé, notamment les cliniques ProFam. En l'absence de ces données, l'efficacité de la stratégie PIHI au niveau communautaire ne peut être définie et il est impossible de remédier aux problèmes. De la même manière, le manque de données issues du secteur privé limite la capacité du MS à évaluer avec précision la couverture totale des services. Les rapports du MS comprenant les statistiques de services annuelles pour les années 2011, 2012 et 2013 ne montrent aucune donnée pour PSI comme source de services PF par département, que cela soit par le biais d'opérations de marketing social ou des cliniques ProFam.[4] ProFam possède

[4]Ministère de la Santé. Annuaire des Statistiques Sanitaires, 2011, 2012, 2013.

son propre système d'information que les responsables des cliniques utilisent pour remettre les rapports de services à PSI/ABMS.

Certains des problèmes rencontrés dans la gestion des données inhérents au SGIS actuel pourraient être résolus à l'aide d'un nouveau système (DHIS2) qui est en cours de développement. Le SGIS actuel est basé sur Microsoft Access qui dispose d'un nombre de champs limités pouvant être incorporés. Dans la mesure où le nombre maximum de champs a été atteint, le SGIS se trouve dans l'impossibilité d'inclure même les données les plus élémentaires au niveau communautaire, telles que le nombre de cas de paludisme traités. Le DHIS2 est basé sur un logiciel open source et peut incorporer de multiples systèmes de rapports subalternes.

Une des premières réalisations du projet ANCRE a été le développement de directives nationales harmonisées en termes de suivi et d'évaluation de la santé communautaire qui ont été validées en janvier 2015. Grâce au consensus obtenu à l'échelle nationale, il est probable que les indicateurs S&E au niveau communautaire soient incorporés au DHIS2.

Bien que ce système permette une meilleure gestion des données, l'utilisation de celles-ci à des fins de planification et de prises de décisions programmatiques est également nécessaire. Les responsables à tous les niveaux ont indiqué qu'il n'y a quasiment aucun retour concernant les rapports du SGIS du niveau central et des départements vers les zones et les niveaux périphériques et peu, voire pas, d'analyses des rapports au sein des établissements pour évaluer les problèmes et définir les diverses tendances.

En mai 2015, le rapport le plus récent du MS à disposition comprenant les statistiques annuelles de services était celui datant de 2013.

Sous-résultat 1.2 : Amélioration de la qualité de la prestation de services, en particulier pour les femmes et les enfants en bas âge au niveau des structures de santé

Depuis le lancement du programme IFHP, l'USAID soutient l'extension à plus grande échelle de certains aspects de la prestation de services de la stratégie PIHI, principalement par le biais du projet ARM3. Le soutien accordé par l'USAID a contribué au développement et à la révision de politiques et de directives nationales ; à la formation de prestataires de santé du secteur publique à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme ; au renforcement des méthodes de supervision ; au développement d'aide-mémoire ; et à l'approvisionnement en équipement, en produits de première nécessité et en fournitures.

ARM3 a appuyé la formation du personnel de santé au traitement préventif intermittent durant la grossesse (TPIg) en recourant à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP). Les données figurant dans les rapports ARM3 montrent qu'à partir de 2014, 45% des clientes en consultations prénatales (CPN) recevaient deux doses de SP, par rapport à 28% en 2011 au commencement du projet. Cela représente une augmentation importante, bien qu'en-deçà de l'objectif de 85% fixé par le PAD.

Au niveau des sites visités par l'équipe d'évaluation, le personnel de santé a rapporté que 67% des clientes CPN recevait au moins deux doses TIP de SP. L'équipe d'évaluation ne dispose pas d'informations spécifiques concernant l'écart important entre les pourcentages rapportés par le projet ARM3 et les prestataires de soins interrogés. Néanmoins, plusieurs explications peuvent

être avancées : (1) Les données ARM3 sont recueillies à l'échelle nationale, alors que l'équipe d'évaluation s'est rendue dans un petit échantillon d'établissements où il peut y avoir davantage de prestataires formés et des structures connaissant des ruptures de stocks moins importantes en SP ; et (2) plus d'établissements échantillonnés dans le cadre de l'évaluation peuvent être inclus dans des activités de financement axé sur les résultats qui encouragent l'élévation du niveau de performance. (Le financement axé sur les résultats n'a pas été pris en compte lors du développement de l'échantillon d'établissements ciblés par l'évaluation. Il ne s'agissait pas non plus d'un domaine faisant l'objet d'une collecte de données par l'équipe d'évaluation.)

L'USAID et le projet ARM3 ont encouragé le MS/PNLP à adopter la recommandation de l'OMS concernant le TPIg et l'usage de trois doses de SP plutôt que deux pour toutes les femmes enceintes. Le PNLP a révisé la politique en janvier 2015 et le projet ARM3 a appuyé la formation de plus de 1 000 prestataires de soins à la nouvelle version de ce document. Toutefois, bon nombre de prestataires interrogés par l'équipe d'évaluation n'étaient pas au courant des changements intervenus dans la politique et suivaient toujours les recommandations figurant dans l'ancienne version, à savoir l'administration de trois doses de SP uniquement pour les femmes séropositives.

S'agissant de l'amélioration du diagnostic et du traitement du paludisme, les rapports du projet ARM3 pour 2014 montrent que 82% des patients (de tout âge) ayant été dépistés comme atteints du paludisme (en utilisant le test au microscope ou le test de diagnostic rapide (TDR)) ont été traités avec une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA). Ce résultat était très proche de l'objectif de 85% fixé par le PAD.

Avec l'aide d'ARM3, le protocole de triage, d'évaluation et de traitement d'urgence (PTETU) a été étendu à l'échelle nationale et est utilisé dans environ 90% des hôpitaux, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Le respect du protocole PTETU est associé à une réduction du taux de décès dus à des cas de paludisme sévères : Sur une période de six mois s'étalant d'avril à octobre 2014, le taux de décès a été réduit de 48% (de 6,6 à 3,4) dans 12 hôpitaux recourant au protocole. L'objectif du PAD est une réduction de 30% du taux de décès dus à des cas de paludisme sévères parmi les enfants au sein des hôpitaux publics.

D'autres éléments des services de santé familiale intégrés, tels que la santé maternelle et la PF, n'ont pas pu bénéficier du soutien d'un projet financé par l'USAID pour capitaliser sur les améliorations rendues possibles par le projet PISAF qui a pris fin en novembre 2012, et ils sont bien en-deçà des objectifs fixés par le PAD de l'IFHP. Par exemple, le PAD exige « qu'au moins 80% des zones sanitaires soient suffisamment équipées et dotées en personnel pour dispenser des soins obstétricaux et néonatals essentiels. » Au niveau des centres de santé publics visités par l'équipe d'évaluation, les soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) les plus élémentaires ne sont pas disponibles en raison d'un manque de personnel formé et d'équipement. Des SONU complets sont disponibles dans deux des trois hôpitaux de zones visités. L'hôpital de zone de Tchaourou ne dispose pas de l'équipement nécessaire et ne peut pas compter sur des agents possédant les connaissances et les compétences requises. Parmi l'ensemble des structures de santé (MS et ProFam) visitées par l'équipe d'évaluation, 56% des salles d'accouchement ne répondaient pas aux normes nationales en termes d'espace, d'éclairage, de ventilation, d'équipement et de propreté.

L'objectif du PAD du programme IFHP en termes de prévalence contraceptive moderne est de 15%, ce qui correspond à l'objectif du MS. En dépit des importantes contributions de l'USAID et de l'UNFPA qui financent et fournissent la plupart des produits de contraception pour le Bénin, l'utilisation des méthodes modernes à l'échelle du pays demeure faible. Le TPC a connu une augmentation progressive passant de 7% en 2006 à 9% en 2012 selon les Études démographiques et de santé (EDS). [5] [6] Le besoin insatisfait en planification familiale est de 32,6% d'après l'EDS de 2012.

Bien que l'USAID n'ait pas eu de projet permettant de soutenir les activités de prestation de services PF au niveau du secteur public pendant deux ans, le projet PISAF a formé le personnel de santé et le projet ANCRE appuiera des activités visant à améliorer la qualité et la disponibilité des services PF dans un avenir proche. Plusieurs informateurs clés, notamment le directeur adjoint de la Division de la santé maternelle et infantile au niveau central du MS et le responsable de la SMI/PF au sein du Département de la santé de Borgou/Alibori, ont affirmé que la planification familiale constituait une priorité et qu'ils avaient hâte que le projet ANCRE fasse part de son assistance pour former le personnel de santé nouvellement recruté en matière de planification familiale et au sein des autres services SMI.

Le personnel de santé interrogé a mentionné que toutes les méthodes PF réversibles, aussi bien les méthodes à court terme que celles à longue durée d'action, sont offertes au niveau d'établissements de santé du service public situés en périphérie, à condition qu'ils disposent d'un prestataire formé au sein du personnel. Bien que des contraceptifs soient disponibles dans un établissement donné, les pénuries de personnel et les mutations des prestataires formés résultent en l'indisponibilité des services PF. En dehors des RC qui assurent la distribution à l'échelle communautaire de préservatifs et de pilules, les services PF sont dispensés au sein des structures de santé. Les services mobiles de proximité visant à accroître l'accessibilité des méthodes longue durée parmi les femmes vivant des zones reculées ne sont pas assurés.

L'infirmière en charge de l'unité du dispensaire au niveau d'un centre de santé visité par l'équipe d'évaluation a indiqué que les services PF étaient dispensés à la maternité, là où les sages-femmes avaient été formées à la PF. Si les sages-femmes sont occupées avec des consultations CPN ou des accouchements, les clientes PF doivent patienter ou être référées vers un autre établissement, dans la mesure où le personnel du dispensaire n'a pas été formé à la PF.

Les rapports sur les statistiques de services annuelles du MS pour les années 2011 et 2013 indiquent des changements de préférences concernant les méthodes qui suggèrent un besoin de formation supplémentaire parmi les prestataires et la vérification que les fournitures non réutilisables servant à l'insertion et au retrait des implants (Bétadine, gaze, pansements et champs opératoires) sont disponibles à travers la chaîne d'approvisionnement.

---

[5] Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé, Bénin 2006 : Rapport de synthèse.* Calverton, Maryland, USA: INSAE et Macro International Inc.

[6] Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] et Macro International 2013. Enquête Démographique et de Santé, Bénin 2011-2012 : Rapport de synthèse. Calverton, Maryland, USA: INSAE et ICF International.

Tableau 4. Préférences concernant les méthodes

Méthode	Pourcentage d'utilisatrices de méthodes modernes	
	2011	2013
Pilule	60,3	19,7
Injectable	24,1	37,1
Implant	9,5	31,5
DIU	6,2	11,5

(Des informations supplémentaires sur le statut général des services SMI et PF rapportées à l'équipe d'évaluation sont incluses dans l'annexe VI pour référence. Étant donné la période de deux ans ayant séparé le projet PISAF du projet ANCRE, les informations concernant les services SMI-PF au niveau des sites visités ne reflètent pas le récent soutien accordé par l'USAID. Elles peuvent néanmoins s'avérer utiles dans le cadre de la planification de prochaines activités.)

Malgré le soutien accordé par ARM3 et d'autres projets en matière de formation du personnel et de développement des capacités, la pénurie de prestataires au niveau des structures de santé affiliées au MS demeure un facteur limitatif pour ce qui est de l'amélioration de la qualité des services. Aucune des structures de santé du secteur public visitées par l'équipe d'évaluation ne dispose du nombre d'agents spécifiés dans les normes du MS et peu d'entre elles disposent du nombre de prestataires spécifiés par catégorie professionnelle. Le personnel de plusieurs établissements a indiqué que les pénuries de prestataires de soins rendent la couverture d'urgence 24 heures sur 24 sept jours par semaine difficile à assurer. (Voir l'annexe VII pour un tableau du personnel des établissements réparti par catégorie.)

Sous-résultat 1.3 : Disponibilité accrue des produits essentiels au niveau des points d'approvisionnement et de prestation de services

La plupart des agents du personnel de santé interrogés par l'équipe d'évaluation ont indiqué que la chaîne d'approvisionnement fonctionnait mieux qu'il y a deux ou trois ans, bien qu'il existe encore des ruptures de stocks en produits essentiels.

MEDISTOCK, un logiciel de gestion des stocks, a été à l'origine introduit par le projet PISAF. Son application et son extension à plus grande échelle ont été appuyées par le projet ARM3. MEDISTOCK incorpore actuellement seulement les fournitures et les produits servant à la lutte antipaludique et est utilisé par la CAME, ainsi qu'au niveau départemental, là où des ordinateurs adaptés et des agents formés sont disponibles. Le personnel en charge de la gestion des approvisionnements au niveau des hôpitaux de zones visités ont été formés à l'utilisation de ce logiciel, bien que dans la zone sanitaire de Cové le responsable n'ait jamais recouru au logiciel en raison de l'absence d'ordinateurs.

Les compétences du personnel chargé de la gestion des approvisionnements sont généralement faibles. Au niveau des centres de santé de type I ayant été visités, 50% du personnel chargé des approvisionnements avait été formé, tandis qu'au niveau des centres de santé de type II aucun agent du personnel n'a indiqué avoir été formé à la gestion des approvisionnements.

Dans la période de trois mois précédant l'évaluation, le personnel de santé travaillant dans les structures affiliées au MS a rapporté avoir connu des ruptures de stocks en TDR (11%), pour toutes les formules CTA (33%) et en antibiotiques (59%), ce qui indique une persistance des problèmes liés à la gestion des stocks.

Le personnel des structures de santé du MS à Borgou, Zou et Donga ont indiqué avoir observé des surplus de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Le personnel a affirmé qu'il lui avait été ordonné de ne pas les distribuer dans la mesure où une distribution massive avait été effectuée par le projet PILP d'Africare.

En cas de ruptures de stocks en médicaments et en fournitures, le personnel de santé a fait part de divers moyens de riposte : ne rien faire et attendre la livraison de nouvelles fournitures, écrire une prescription aux clientes et les envoyer vers une pharmacie privée, et référer les clientes vers l'établissement sanitaire le plus proche. Certains agents ont indiqué qu'ils contactaient l'entrepôt de distribution de la zone concernée afin d'obtenir des médicaments pour les conserver jusqu'à l'arrivée de la nouvelle livraison.

RI 2 : Amélioration des résultats au niveau du secteur privé de la santé concernant la prestation de services intégrés en matière de santé familiale.

Ce RI a pour but d'améliorer la qualité des services de santé dispensé par le secteur privé, notamment les établissements à but lucratif et opérés par des ONG. À la différence de l'estimation du MS présentée dans le PAD selon laquelle 12% de l'ensemble des prestataires privés sont enregistrés, un recensement effectué par le projet de renforcement des résultats sanitaires à travers le secteur privé (SHOPS) a permis de découvrir que 47% des établissements sanitaires privés et 83% des pharmacies privées étaient enregistrés auprès de l'agence compétente.

Dans la mesure où le secteur privé béninois est étendu et dispersé, l'équipe d'évaluation, en consultation avec l'équipe santé de l'USAID, s'est focalisée sur la franchise de cliniques ProFam opérée par PSI/ABSM.

Sous-résultat 2.1 : Amélioration des politiques du secteur public, suivi et supervision de la prestation de services par le secteur privé

Le PAD de l'IFHP envisageait que le projet ASSIST (maintenant connu sous l'appellation ANCRE) collabore avec la DSME dans le but de développer un système d'accréditation pour les prestataires privés. Il était également attendu du projet ANCRE qu'il facilite les perspectives de développement professionnel et les mesures d'amélioration de la qualité. Pour la plupart, ces mécanismes n'ont pas encore été développés dans la mesure où ANCRE n'a été lancé qu'en octobre 2014. Toutefois, le projet HFG a œuvré à la création d'une Plateforme nationale du secteur privé dont le but est de servir d'interlocuteur entre ce secteur et le MS, qui sera un collaborateur de premier plan pour ANCRE quand le projet commencera à mettre en œuvre des activités au niveau du secteur privé.

ARM3 a facilité, à ce jour, l'enregistrement d'environ 100 prestataires issus du secteur privé. D'après le rapport du projet SHOPS concernant le recensement des prestataires, parmi les structures privées enregistrées avant 2014, 22% n'avaient pas bénéficié de visites de supervision

ou d'accréditation de la part du MS au cours de l'année écoulée, tandis que 16% n'avaient pas reçu de visite d'accréditation.[7]

Sous-résultat 2.2 : Amélioration de la qualité des services, en particulier chez les femmes et les enfants en bas âge dans les structures du secteur privé.

ARM3 a introduit ETAT au niveau des hôpitaux privés et opérés par des ONG, tel que cela est décrit dans le PAD. De plus, ARM3 a collaboré avec 350 établissements du secteur privé de manière à standardiser le diagnostic et le traitement du paludisme conformément aux directives nationales.

Parmi les quatre cliniques ProFam visitées par l'équipe d'évaluation, une dispense des services de vaccination infantile lorsqu'un enfant est amené au niveau des services. Les autres cliniques ProFam n'offrent pas de services de vaccination infantile. Les responsables des cliniques ont indiqué qu'ils référaient les clients vers des structures de santé du secteur public pour qu'ils bénéficient de ce type de services.

Trois des quatre cliniques ProFam soutenues par PSI ayant été visitées par l'équipe d'évaluation offrent des services de santé maternelle, notamment des services de consultation prénatale et des soins après la naissance, et peuvent prendre en charge les patientes en phase de travail et leur accouchement. Les propriétaires/responsables des cliniques ont mentionné que le partogramme était utilisé de manière systématique pour suivre la phase de travail. De même, la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) est une pratique constamment utilisée. Seule une des cliniques ProFam visitées disposait d'une salle d'accouchement qui répondait aux normes nationales en termes d'espace, d'éclairage, de ventilation, d'équipement et de propreté. Deux des quatre cliniques ProFam visitées disposaient d'agents du personnel formés et de l'équipement nécessaire pour dispenser des soins obstétricaux et néonatals essentiels et d'urgence.

Trois des quatre cliniques ProFam visitées ont indiqué qu'elles offraient un éventail complet de méthodes contraceptives réversibles à courte et à longue durée d'action. La quatrième clinique ne dispose pas à l'heure actuelle d'un agent formé pouvant fournir des méthodes réversibles à longue durée d'action, telles que des DIU et des implants.

Le recensement au niveau du secteur privé effectué par SHOPS a montré que 75% des structures de santé du privé disposaient de stocks de cotrimoxazole et d'amoxicilline. Les CTA étaient stockées dans environ 50% des établissements et près de deux-tiers des pharmacies. Néanmoins, les TDR n'étaient pas largement disponibles dans ces structures. Le recensement de SHOPS a également permis de découvrir que les traitements de première ligne pour les cas de diarrhée pédiatriques sans complication, les sels de réhydratation orale, le zinc et les traitements anti-diarrhéiques Orasel-Zinc, « n'étaient pas largement disponibles dans les établissements et les pharmacies du secteur privé et étaient fréquemment en rupture de stocks dans ces structures, celles-ci ayant par ailleurs rapporté qu'elles n'en disposaient pas de manière régulière. »[8]

---

[7] Carmona, Andrew, Sean Callahan and Kathryn Banke. Novembre 2014. *Benin Private Health Sector Census.* Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc.
[8] *Benin Private Health Sector Census,* 2014.

Sous-résultat 2.3 : Renforcement des prestataires du secteur privé, aussi bien dans les structures à but lucratif que dans les établissements caritatifs

Les responsables des cliniques ProFam ayant participé aux formations dispensées par SIFPO/PSI ont trouvé les sessions extrêmement utiles. Un responsable de clinique interrogé n'avait pas encore bénéficié de cette formation mais était impatient d'y participer.

Comme cela est indiqué dans le RI1, l'USAID a contribué à l'établissement du RAMU à travers l'assistance technique octroyée au projet HFG, bien que le recensement de SHOPS ait montré qu'à partir de novembre 2014 seulement 3,5% des pharmacies privées acceptaient ce dispositif pour le paiement des médicaments délivrés sur ordonnances. Il est possible de souscrire au RAMU dans 14 des 34 zones sanitaires que compte le pays.

RI 3 : Amélioration des comportements en termes de prévention et de recherche de soins au sein d'une population habilitée

Ce RI s'intéresse à l'utilisation accrue des services de soins, aux comportements salutaires et au renforcement de l'engagement communautaire.

Sous-résultat 3.1 : Augmentation des comportements adéquats visant à promouvoir la santé parmi les ménages, en particulier les femmes

D'après les rapports du MS sur les statistiques sanitaires annuelles, l'utilisation des services est en augmentation. Par exemple, le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 5 ans ayant été amenés vers un établissement en vue d'un examen médical a augmenté de 16,13% pour passer de 81,2% en 2011 à 94,3% en 2013. L'utilisation globale des services est également passée de 45,5% en 2011 à 51,4% en 2013, soit une augmentation de 13,21%.[9]

Le projet ARM3 a développé une stratégie de communication pour le changement de comportement (CCC) et réalisé des activités dans ce domaine dans le but de promouvoir le recours à des mesures de prévention antipaludiques (TPIg et utilisation de MILDA) et d'encourager des comportements salutaires. Les futures activités CCC seront traitées par les ONG locales gérant les activités du PIHI au niveau communautaire. ARM3 continuera néanmoins à soutenir des événements promotionnels, tels que la Journée mondiale contre le paludisme. Au moment de cette évaluation, l'efficacité des activités CCC d'ARM3 n'était pas connue dans la mesure où une évaluation planifiée de cette stratégie n'avait pas encore été réalisée. Cette évaluation est programmée pour mai et les résultats devraient être disponibles en juin.

L'équipe d'évaluation ne dispose pas des données concernant les facteurs ayant spécifiquement contribué à l'augmentation de la recherche de soins. Néanmoins, les participants aux groupes de discussion dirigée ont exprimé une plus grande satisfaction par rapport à la qualité des services fournis. Les participants aux trois groupes de discussion dirigée ont déclaré que le personnel de santé les traitait à présent avec davantage de respect que précédemment et que les prestataires les conseillaient de manière individuelle et en privé. Et un participant d'affirmer : « Je suis à l'aise avec l'agent de santé qui veille à être discret et me parle là où personne d'autre ne peut nous entendre. » Les personnes ayant pris part à un des groupes ont indiqué qu'ils

[9] Ministère de la Santé. Annuaire des Statistiques Sanitaires, 2011, 2012, 2013.

appréciaient le fait de recevoir des MILDA durant les consultations prénatales, ainsi que des instructions claires quant aux médicaments à administrer à leurs enfants. Les personnes ayant pris part aux trois discussions ont affirmé que les médicaments étaient désormais davantage disponibles que par le passé au niveau de l'établissement sanitaire.

Outre la CCC et les améliorations observées dans la qualité des services, les augmentations constatées dans l'utilisation des services de santé peuvent être influencées par la politique de prestation de services employée par le gouvernement béninois concernant le diagnostic et le traitement du paludisme et la gratuité de la césarienne.

Sous-résultat 3.2 : Des familles informées font des choix adaptés dès lors qu'il s'agit d'avoir accès à des services et à des produits de santé de première nécessité au niveau du secteur public et du secteur privé

Les normes culturelles en matière de comportement qui accordent aux hommes le pouvoir de décision concernant l'utilisation des services de santé continuent d'entraver l'accès aux soins des femmes et de leurs enfants. Dans la mesure où la plupart des individus doivent payer eux-mêmes leurs dépenses de santé, les hommes disposant de ressources financières limitées peuvent refuser de donner la permission à leur femme de se faire soigner dans des situations ne constituant pas une urgence médicale. Toutefois, d'après le rapport du MS sur les statistiques de services de 2013, les femmes représentent 45,2% des usagers de l'ensemble des services de santé, contre 39,8% pour les hommes. Les participants aux groupes de discussion ont indiqué que certaines femmes disposaient de leurs propres sources de revenus et qu'elles n'avaient, par conséquent, pas besoin d'obtenir l'autorisation de leur mari pour bénéficier de soins.

Dans le cadre du sous-résultat 3.2, le PAD renvoie spécifiquement à l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière des méthodes contraceptives à moyen et long terme. Les RC sont autorisés à distribuer des préservatifs et des pilules. Les responsables programmatiques des ONG ayant été interrogés par l'équipe d'évaluation ont indiqué que les RC nouvellement recrutés ne distribuaient pas de contraceptifs dans la mesure où ils n'avaient pas encore été formés en PF. Les ONG ont déclaré qu'il n'y avait pas de formateurs PF disponibles au niveau des départements et des zones. Toutefois, d'autres RC dispensant des services depuis plus longtemps et ayant été formés dans ce domaine assurent la distribution de préservatifs et de pilules au sein des communautés où ils sont affectés. Les contraceptifs injectables, les implants et les DIU ne sont disponibles que dans les structures de santé possédant des prestataires de soins formés.

Les RC effectuent des visites auprès des ménages pour conseiller les clientes par rapport aux questions de santé, en particulier dans les domaines de la prévention du paludisme et de la santé infantile (diarrhée, IRA). Les participants aux groupes de discussion organisés par l'équipe d'évaluation ont déclaré que les RC constituaient une source d'information sanitaire essentielle.

Sous-résultat 3.3 : Renforcement des contributions communautaires en termes de prise de décisions et de financement du secteur de la santé

Outre le travail accompli en faveur du développement d'un programme d'assurance santé national, le projet HFG a également fait part de son assistance technique pour étendre et renforcer les organisations d'assurance santé à l'échelle communautaire connues sous le nom de mutuelles. HFG propose également son assistance technique à l'organisation faîtière en

charge des mutuelles, le Conseil National des Structures d'Appui à la Mutualité Sociale afin d'étendre les réseaux des mutuelles.

Les mutuelles couvrent les soins de routine, tels que les services de soins primaires et curatifs, les consultations prénatales et post-natales et les accouchements sans complication. Elles ne couvrent pas les dépenses médicales majeures liées à des opérations chirurgicales, ou encore à des grossesses et des accouchements avec complications ou le recours à la césarienne.

Malgré l'expansion des mutuelles, dans les zones visitées par l'équipe d'évaluation, les soins de santé sont encore majoritairement financés par des paiements individuels. Les responsables des établissements et le personnel ont fourni les estimations suivantes concernant les sources de financement des soins de santé :

- 90% à 95% payés par les individus et les ménages eux-mêmes
- 4% payés par le biais du fonds d'aide aux personnes indigentes
- 2% à 3% payés par les mutuelles.

À Borgou/Alibori où il existe une concentration plus importante de mutuelles, la proportion de clients souscrivant à ce mécanisme est plus élevée. Le directeur de l'hôpital de zone de Tchaourou a rapporté qu'environ 15% de ses patients appartenaient à des mutuelles et que, par conséquent, ils engageaient des dépenses individuelles moins importantes. Ce responsable a également indiqué que les mutuelles ont six mois de retard dans le paiement des services rendus par l'hôpital.

Les dépenses individuelles élevées constituent une entrave à l'accessibilité des soins de santé qu'ils soient dispensés par des établissements publics ou privés sur la base d'une rémunération à l'acte. Dans les structures du secteur public, le traitement du paludisme et les césariennes sont gratuites grâce à la politique du gouvernement qui encourage les patients à se faire soigner rapidement.

Les responsables de deux hôpitaux de zones ont rapporté que cette politique les plaçait dans une situation financière précaire. L'hôpital de zone de Cové n'a ainsi pas été remboursé depuis fin 2013 pour la prestation de services antipaludiques ou encore depuis septembre 2014 pour les césariennes qui y ont été réalisées. Le montant total dû à l'hôpital s'élève ainsi à 52,6 millions de francs CFA (soit approximativement 876 000 dollars US). L'hôpital de zone de Tchaourou a fait part de problèmes similaires concernant le non-remboursement des services.

Relais communautaires (RC)

Les activités entreprises par les RC en tant qu'agents de mise en œuvre des services PIHI à l'échelle communautaire contribuent à la meilleure accessibilité des services de santé. Bon nombre des résultats obtenus à l'échelle communautaire sont inclus dans la section précédente. Étant donné l'importance de la stratégie PIHI au niveau communautaire et du travail réalisé par les RC, certains points spécifiques doivent être abordés.

Contrairement au personnel de santé évoluant dans des établissements, les RC sont des bénévoles et ne sont pas employés ou rémunérés de manière régulière par le MS, les ONG ou les projets et les programmes qui dépendent d'eux pour mener des activités au niveau communautaire. Certaines ONG locales au Bénin sont établies depuis de nombreuses années et

collaborent depuis 2009 à divers projets financés par l'USAID. Cinq ONG locales ont passé des sous-contrats avec ARM3 de 2013 à 2014 dans le but de gérer les activités des RC dans cinq zones de santé durant une période de transition définie dans le cadre du PAD.

Plutôt que de travailler avec des ONG œuvrant comme sous-traitants sur la durée de vie du projet ARM3, l'USAID a procédé à un changement de stratégie avec le programme IFHP en retirant les activités gérées par les ONG locales d'ARM3. À travers un processus concurrentiel d'appel d'offres, des ONG ont été sélectionnées avant de se voir octroyer des subventions en octobre 2014 dans le but de gérer les activités de renforcement et d'expansion du PIHI à l'échelle communautaire. Ainsi, deux des ONG locales précédemment soutenues sont parvenues à obtenir un financement direct et à augmenter leur taux de couverture à deux nouvelles zones de santé chacune. Une nouvelle ONG locale a également été identifiée comme partenaire. Ce changement est conforme aux aspirations de l'initiative USAID Forward et a pour but de développer les capacités d'organisations locales en tant que partenaires de mise en œuvre pour concevoir une approche plus stable et s'inscrivant dans la durée s'agissant activités communautaires.

Il existe des milliers de RC au niveau national. L'USAID soutient le PIHI communautaire géré par les ONG locales dans cinq zones initiales, avant de contribuer à l'extension des activités vers 5 autres pour atteindre un total de dix zones. D'autres donateurs soutiennent le travail des RC dans d'autres zones.

Dans les zones appuyées par l'USAID, la formation des RC à la prestation du PIHI communautaire sera effectuée en collaboration avec ARM3, ANCRE, le MS et d'autres projets de l'USAID dotés d'une composante santé. Bon nombre des RC qui étaient actifs dans le cadre d'ARM3 travaillent à présent sous la supervision des ONG et de nouveaux RC ont par ailleurs été recrutés.

L'USAID et d'autres donateurs ont soutenu le MS à travers le développement de directives nationales relatives au PIHI dans le but de promouvoir cette approche et de favoriser sa mise en œuvre cohérente sur l'ensemble du territoire national, sans tenir compte du donateur ou de l'aide accordée par les projets. Les directives sur le PIHI communautaire constituent un des fondements à partir desquels l'approche pourra être étendue, standardisée et suivie.

Les informateurs clés interrogés par l'équipe d'évaluation, notamment les responsables du MS, les gestionnaires des départements et des zones sanitaires et les ONG locales font preuve d'optimisme quant au potentiel affiché par les RC pour accroître l'accès aux services dans les zones reculées. Mais il existe également une reconnaissance généralisée des défis devant être surmontés pour assurer la viabilité à long terme de la stratégie PIHI communautaire. D'après les informateurs clé, les domaines prioritaires sont les suivants :

1. Recherche de mécanismes durables pour assurer le versement d'une prime de « motivation » mensuelle de 10 000 francs CFA (soit environ 16 dollars US) : Dans la mesure où les RC font du bénévolat, ils ne sont pas officiellement affiliés à une organisation ou au MS. Ainsi, aucune organisation n'est légalement obligée de les rémunérer. Le MS reconnaît le rôle essentiel joué par les RC dans la réussite de la stratégie PIHI à l'échelle communautaire mais ne dispose pas des ressources nécessaires pour leur verser cette prime de motivation. Par ailleurs, les bailleurs de fonds sont réticents à l'idée de recourir à ce type d'incitation dans le mesure où ces paiements prendront fin à la clôture du projet ou

lorsque les priorités changeront. Les ONG locales qui superviseront les activités du PIHI communautaire avec le soutien de l'USAID paieront cette prime de motivation qui est budgétée dans les accords passés avec l'USAID. Le personnel des deux ONG interrogées par l'équipe d'évaluation a indiqué que la recherche de mécanismes de paiement durables était d'une importance cruciale.

2. Amélioration de la collaboration avec les zones et les centres de santé : Les RC ne sont pas des employés du MS. Néanmoins la stratégie PIHI communautaire requiert une collaboration étroite entre les centres de santé et les RC dans le cadre de la formation, de la supervision, de la référence des clients, de la gestion des approvisionnements et de la soumission des rapports. Au moment de l'évaluation, le personnel des ONG interrogées (Dedras et Sian'son) a rapporté qu'il connaissait des difficultés dès lors qu'il s'agissait d'organiser des réunions de coordination et de planification et des visites de supervision conjointe avec le personnel des zones et des centres de santé.

3. Renforcement de l'engagement des collectivités locales dans la stratégie PIHI communautaire : Le niveau d'implication des autorités locales (maires, conseils communautaires, groupes civiques) est faible. Un engagement plus large des autorités locales est essentiel pour resserrer les liens entre les communautés et les RC et pour définir les ressources locales qui permettront à cette stratégie de s'inscrire dans la durée.

4. Amélioration de la chaîne d'approvisionnement : Le personnel des ONG interrogées par l'équipe d'évaluation a rapporté que les RC connaissaient des pénuries périodiques en TDR, en CTA, en préservatifs et en contraceptifs oraux. Les problèmes rencontrés dans le domaine de la gestion des approvisionnements se présentent sous deux aspects : Les coordinateurs de zones et les centres de santé ne comprennent pas que les RC sont censés obtenir des fournitures et des produits de première nécessité auprès des centres de santé. De plus, les RC ne sont pas suffisamment compétents concernant la gestion des approvisionnements. Les ONG travailleront au développement des compétences dans ce domaine parmi les RC à travers des sessions de formation et de supervision et continueront à communiquer avec les zones et les centres de santé concernant le réapprovisionnement en produits de première nécessité.

5. Rapport sur les activités de services : Le personnel des ONG interrogées a affirmé qu'il existait de multiples formulaires de rapports destinés aux RC développés par Africare/PILP, ARM3, etc. étant utilisés en attendant que le MS valide un nouveau formulaire qui sera incorporé aux services PIHI communautaires dispensés par les RC.

Facteurs de réussite

Le rôle de l'USAID/Bénin est largement reconnu par les responsables du MS à tous les niveaux comme celui d'un partenaire essentiel. Les informateurs clés ont fait part de leur appréciation quant au soutien de l'USAID envers le secteur de la santé et aux relations constructives existant entre le MS et l'équipe santé de l'USAID.

La stratégie PIHI du MS a pour but d'améliorer la qualité des services de santé et de contribuer à l'intégration des services afin de mieux répondre aux besoins des clients. Le soutien à la formation et la supervision du personnel de santé, ainsi que l'amélioration des systèmes de soins rendus possibles par le PISAF, ARM3, PSI/ABMS et d'autres projets financés par l'USAID

ont été notés comme des contributions importantes. Les directives pour le PIHI communautaire, développées avec le soutien de l'USAID et d'autres donateurs, constitueront un outil essentiel pour standardiser la manière dont le PIHI est mis en œuvre à l'échelle communautaire.

Il est trop tôt pour évaluer l'efficacité du financement direct octroyé par l'USAID aux ONG locales. Néanmoins, les responsables des organisations auxquels nous avons parlé étaient réceptifs à cette nouvelle approche et y voyaient un moyen d'affirmer leurs capacités en tant que partenaires de mise en œuvre. Le DDS de Borgou/Alibori a exprimé sa satisfaction avec les ONG et le travail effectué jusqu'à présent et affirmé qu'il existait une bonne collaboration entre elles et le MS.

Les responsables des ONG ont mentionné que l'assistance fournie par le projet APC avait été extrêmement utile au moment de définir les rôles des diverses organisations œuvrant en faveur du PIHI communautaire. L'APC dispense également des services d'assistance dans le développement des plans de travail, des budgets et des procédures de rapport des ONG afin de respecter les conditions fixées par l'USAID.

Le travail du projet HFG et les évaluations réalisées par SHOPS ont permis l'éclosion d'un dialogue concernant le rôle du secteur privé et ont contribué à l'enregistrement d'environ 100 cliniques privées.

Meilleures pratiques

La mise en œuvre de l'IFHP a permis d'introduire et d'étendre diverses pratiques exemplaires visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des services, tout en renforçant le système de santé au Bénin. Parmi les meilleures pratiques utilisées, nous retiendrons notamment :

- L'utilisation du TDR et du test au microscope pour améliorer le diagnostic et le traitement du paludisme à travers une CTA efficace entamée après la confirmation d'un cas de paludisme.
- ETAT qui permet de porter une attention médicale rapide sur les patients amenés à l'hôpital et présentant des symptômes de paludisme grave.
- Les RC formés et supervisés dans le but de dispenser des services PIHI au niveau communautaire comme moyen d'améliorer l'accès à des soins et des informations sanitaires essentiels.
- L'autorisation décentralisée et la délégation des tâches depuis les structures de santé de rang supérieur vers les établissements de niveau inférieur et les RC. Par exemple, les RC sont autorisés à traiter les enfants souffrant d'infections respiratoires aigües et de pneumonie à l'aide d'antibiotiques, tandis que le personnel de santé au niveau périphérique est formé pour offrir des méthodes contraceptives à longue durée d'action, telles que des implants et des DIU.

La GATPA et l'utilisation du partogramme pour suivre les progrès de l'accouchement constituent des pratiques exemplaires supplémentaires utilisées au Bénin ayant été renforcées par le passé grâce au renfort de l'USAID. Elles devraient par ailleurs bénéficier d'un appui supplémentaire à travers le projet ANCRE.

Genre

Certains aspects des normes en matière de genre ont été abordés dans divers documents. Toutefois, l'équipe d'évaluation a noté un parti pris dans ce domaine n'ayant pas été mentionné ailleurs. Les directives nationales nouvellement développées pour le PIHI communautaire ont établi des critères auxquels doivent satisfaire les candidats afin d'être sélectionnés comme RC. L'alphabétisation constitue un nouveau critère de sélection auquel les femmes sont moins susceptibles de satisfaire que les hommes. D'après les responsables programmatiques d'une ONG (Dedras) ayant été interrogées par l'équipe d'évaluation, les RC récemment recrutés pour les programmes du PIHI communautaire sont principalement des hommes, ce qui peut être un résultat involontaire du choix de l'alphabétisation comme nouveau critère. À Bassila, l'ONG a fait son possible pour retenir les RC féminins ne répondant pas à ce critère en affectant des femmes analphabètes à la mise en avant d'un PIHI communautaire promotionnel, plutôt qu'à la présentation d'un PIHI complet prévoyant la prestation de services. Toutefois, les RC travaillant avec le paquet promotionnel n'ont pas le droit de bénéficier de la prime de motivation mensuelle.

2. QUELS ONT ÉTÉ LES OBSTACLES ET LES LIMITATIONS RENCONTRÉS PAR LE PROGRAMME IFHP, NOTAMMENT LES FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ À CES DÉFAILLANCES ?

La mise en œuvre et les résultats de l'IFHP ont été affectés par divers obstacles liés à la conception du programme ou découlant de changements dans les plans d'exécution :

Multiplicité des projets verticaux visant à faciliter l'intégration des services de santé : L'IFHP a pour but d'appuyer la stratégie PIHI du MS, qui est fondée sur la prestation de services de santé intégrés. Néanmoins, le projet ARM3, le principal projet financé par l'USAID opérationnel depuis le lancement de l'IFHP, se focalise sur la lutte contre le paludisme et le RSS pour le SGIS et la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Lorsque le projet ANCRE commencera à soutenir les activités de prestation de services, il se focalisera sur la SMI, la planification familiale et le RSS. On observe un chevauchement des projets d'un point de vue géographique qui, s'ils sont bien gérés, peuvent faciliter la collaboration entre les différents acteurs. Néanmoins, les projets verticaux doivent atteindre des indicateurs et des résultats spécifiques, une situation qui souvent ne favorise pas l'intégration des services ou des systèmes.

Vide de deux ans entre les projets bilatéraux PISAF et ANCRE : Entre la validation du PAD en octobre 2012 et le lancement du projet ANCRE en octobre 2014, il n'y avait aucun projet de santé axé sur la prestation de services SMI et PF par le biais du secteur public. Bien que le PAD ait anticipé l'arrivée d'un projet SMI/PF pour le milieu de l'exercice comptable 2013 « dans le meilleur des cas », il a fallu attendre le dernier trimestre de l'année 2014 pour qu'un projet soit octroyé. L'obtention des résultats de l'IFHP dépend de la performance d'autres projets. Mais ANCRE, le principal projet SMI/PF qui est essentiel à la réussite globale des RI 1 et 2 de l'IFHP, n'existait pas durant les deux premières années du programme. ANCRE dispose d'un financement anticipé de 9,6 millions de dollars US s'étalant sur une période de quatre ans, ce qui peut être trop peu ou trop court selon le travail requis pour produire les résultats envisagés dans les systèmes de santé. Ces résultats requièrent en effet l'achat de matériels et de logiciels informatiques coûteux, ainsi qu'une amélioration de la prestation de services intégrés dans le secteur public et le secteur privé. Cela exige de recourir à des prestataires formés, ainsi

qu'à l'équipement et aux infrastructures adéquats permettant de dispenser des services de qualité.

Réduction du champ d'action du projet ARM3 : ARM3 a débuté avant le PAD actuel mais ce projet est une composante essentielle du programme IFHP et est incorporé au document d'évaluation du projet. D'après le PAD, « [ARM3] s'est vu octroyer 30 millions de dollars US sur la durée du projet mais ce montant sera partiellement réduit à 20 millions de dollars, libérant ainsi des fonds selon la direction en charge de la politique de l'USAID pour faciliter la mise en œuvre par le biais d'entités affiliées au gouvernement du pays d'accueil et de partenaires locaux. » Malgré la réduction planifiée du budget du projet figurant explicitement dans le PAD et les courriers de l'USAID confirmant ce changement, les consortiums de partenaires du projet ARM3 n'était pas préparé à ce que cette réduction intervienne en 2014. Des accords secondaires passés avec deux organisations internationales partenaires ont ainsi été résiliés et des agents du personnel licenciés. Plusieurs agents des départements et des zones du MS ayant été interrogés par l'équipe d'évaluation ont affirmé ne pas savoir pourquoi les activités d'ARM3 étaient réduites ni pourquoi un changement de stratégie avait été opéré.

Financement de gouvernement à gouvernement : Conformément à la politique d'USAID Forward concernant l'octroi de fonds d'aide au développement directement aux gouvernements des pays d'accueil, l'USAID/Bénin a prévu d'établir des accords de gouvernement à gouvernement avec plusieurs divisions du MS et d'autres institutions à l'échelle locale. Comme cela est stipulé dans le PAD, « Contrairement au précédent modèle reposant sur quelques accords de coopération de grande envergure, ce programme axera ses opérations et son soutien financier sur des agences gouvernementales du pays d'accueil ainsi que des organisations locales afin de faciliter une meilleure appropriation des mécanismes employés au niveau du pays. » Le projet LMG collaborera avec l'Institut Régional de Santé Publique pour concevoir des cours de formation visant à développer les capacités en termes de gestion de fonds émanant du gouvernement américain. Jusqu'à présent, aucun accord de ce type n'a été passé avec des unités du MS. Des accords de financement direct ont été passés avec des ONG locales recevant un soutien technique et managérial de la part du projet APC pour veiller à ce qu'elles respectent les exigences fixées par l'USAID en matière de gestion financière.

Lenteur des progrès concernant le renforcement du secteur privé : Le projet PSI/ABMS a étendu et renforcé les activités de marketing social et la franchise de cliniques ProFam avec l'aide de l'USAID et du projet SIFPO/PSI. PSI/ABMS a également bénéficié du soutien d'autres donateurs, tels que l'UNFPA, KfW, le Fonds mondial, le Royaume des Pays-Bas et l'UNICEF. L'USAID a financé d'autres activités dans le but d'encourager une collaboration accrue entre le MS et le secteur sanitaire privé, comme par exemple le projet d'évaluation du secteur de la santé privé et le recensement des structures de soins privées réalisés par SHOPS. Le projet HFG a œuvré à la création d'une Plateforme nationale du secteur privé devant servir d'interlocuteur entre le secteur privé et le MS. L'enregistrement de la plateforme comme association légale est en cours. ARM3 a facilité l'enregistrement des prestataires privés et a travaillé avec 350 établissements privés pour standardiser le diagnostic et le traitement du paludisme conformément aux directives nationales. Un atelier de formation supplémentaire destiné aux prestataires du privé a été suspendu dans la mesure où le MS a demandé à ARM3 de prioriser la formation ciblant les agents du secteur public. Les étapes ayant été entreprises sont importantes mais les résultats visés à grande échelle en termes de renforcement du

secteur privé décrits dans le PAD sous le RI 2 n'ont pour la plupart pas été réalisés. En dehors des cliniques du réseau de franchise sociale PSI/ABMS et de certains établissements dirigés par des organisations confessionnelles, aucune organisation n'est en mesure d'œuvrer comme point focal en termes de collaboration avec le secteur privé, celui-ci étant étendu et complexe. ANCRE a pour mandat d'améliorer la qualité des services offerts par le secteur privé et si possible de mettre en œuvre des activités en collaboration avec la Plateforme nationale du secteur privé nouvellement créée.

Des bénévoles non rémunérés comme ossature de la stratégie PIHI au niveau communautaire : Parmi les personnes interrogées par l'équipe d'évaluation, beaucoup ont exprimé leur inquiétude quant au fait que la stratégie PIHI à l'échelle communautaire, dans sa forme actuelle, n'était pas viable. Les bénévoles sont sélectionnés par les communautés pour œuvrer comme RC et sont censés être liés aux centres de santé du MS mais ils ne sont pas pour autant employés par le ministère et ne perçoivent pas de salaires réguliers. Le MS a récemment stipulé que les RC devaient percevoir une prime de motivation mensuelle de 10 000 francs CFA par mois (environ 16 dollars US) pour mener les activités du PIHI au niveau communautaire. Ce paiement est censé provenir des projets et des partenaires qui recourent aux RC dans le cadre de la mise en œuvre des activités. Par exemple, les ONG locales qui travaillent directement avec l'USAID à l'extension à grande échelle du PIHI communautaire versent les primes de motivation durant les réunions mensuelles avec les RC. À la fin des projets ou lorsque les donateurs réorientent leur travail, le MS n'a plus de fonds lui permettant de poursuivre le versement de ces paiements, en dépit du fait que la mise en œuvre de la stratégie PIHI au niveau communautaire constitue une priorité nationale visant à améliorer la couverture en soins de santé. L'identification de moyens viables de prolonger ces paiements à partir de sources locales est une question fondamentale à laquelle il est nécessaire de répondre pour assurer la survie de cette stratégie.

3. DANS QUELLE MESURE LE PROJET ARM3 A-T-IL CONTRIBUÉ À LA COUVERTURE ET AUX RÉSULTATS DES INTERVENTIONS ANTIPALUDIQUES AU BÉNIN ?

ARM3 a débuté en octobre 2011, un an avant l'approbation du PAD pour le programme IFHP, et doit arriver à terme en septembre 2016. ARM3 est financé par la PMI et est géré conjointement par les partenaires de cette initiative, l'USAID et le CDC. Il s'agit d'un projet essentiel du programme IFHP et du principal moteur de soutien de l'USAID/PMI en faveur du PNLP. En réalité, ce projet est une des sources de soutien technique et programmatique les plus importantes du PNLP, dans la mesure où d'autres donateurs, notamment la Banque mondiale et la Banque africaine de développement ont retiré leur soutien et réorienter leurs fonds pour appuyer les activités de financement axées sur les résultats.

La vision ambitieuse prônée par le PNLP est d'éliminer le paludisme comme problème de santé publique d'ici 2030. Dans la mesure où cette maladie représente plus de 40% des consultations ambulatoires au Bénin et constitue la principale cause de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans, cette vision sera difficile à réaliser.

Pour appuyer le PNLP dans sa stratégie nationale de lutte contre le paludisme, le projet ARM3 a fixé trois résultats : (1) améliorer les programmes de prévention du paludisme ; (2) améliorer le diagnostic et le traitement de cette maladie ; et (3) renforcer les capacités du système

national de santé pour lui permettre de dispenser et de gérer des interventions de qualité en termes de traitement et de prévention du paludisme.

Activités et résultats

ARM3 travaille au niveau national en étroite collaboration avec le PNLP sur le renforcement des politiques et des structures institutionnelles. Au niveau de la mise en œuvre, ARM3 collabore avec l'ensemble des départements et dans 34 zones sanitaires. Outre son travail auprès du secteur public, ARM3 collabore avec les prestataires du secteur privé pour améliorer le diagnostic et le traitement du paludisme conformément aux directives nationales. Il a par ailleurs scellé un partenariat avec CEBAC-STP, un réseau d'entreprises privées pour organiser des campagnes de prévention et de distribution de MILDA.

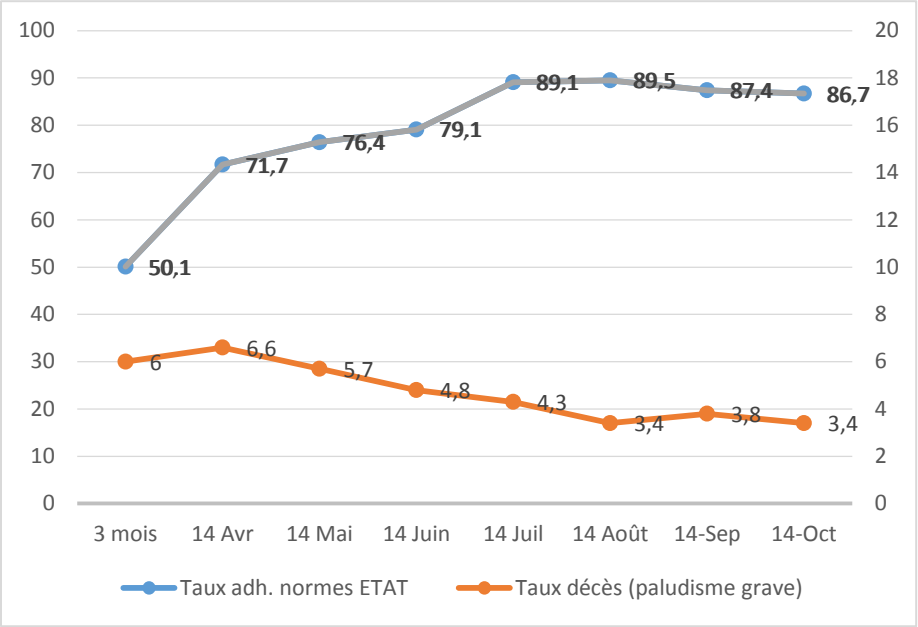
ARM3 a fait part de son assistance technique au PNLP et à la DSME afin de réviser et mettre à jour les politiques, les directives et les procédures nationales. La politique nationale sur le TPIg a ainsi été mise à jour sur la base des recommandations de l'OMS. ARM3 a aidé le PNLP à développer des procédures et des critères pour la distribution de MILDA. Les matériels de formation initiale et continue ont également été mis à jour.

Afin de développer les compétences du personnel de santé, ARM3 a soutenu un grand nombre d'activités de formation en matière de prévention, de diagnostic et de traitement du paludisme. La plupart des formations appuyées ciblaient le personnel de santé travaillant dans le secteur public mais des prestataires du secteur privé ont également été formés. Le projet a aussi dispensé son assistance dans le développement d'outils et de procédures de supervision, la formation de superviseurs et la conduite de visites de supervision. La formation et la supervision semblent améliorer les résultats si l'on observe les différents indicateurs : Par exemple, la proportion de femmes se rendant dans les cliniques CPN et y recevant le TPIg2 est passé de 28% en 2011 à 45% en 2014, soit une augmentation de 61%. La distribution et la promotion du recours aux MILDA constituent également une activité essentielle dans le cadre du Résultat 1 pour la prévention du paludisme. L'utilisation des MILDA est ainsi passée de 19,6% (EDS, 2006) à 75,5% (EDS, 2012).

Pour soutenir la stratégie du MS visant à accroître l'accès aux services, ARM3 a développé un programme de gestion intégrée des cas à l'échelle communautaire (iCCM) qui a été entrepris avec cinq ONG dans le Nord du pays. ARM3 a offert son assistance dans la préparation des matériels de formation, le développement d'un plan de mise en œuvre, la formation des formateurs et l'établissement de systèmes de supervision. Plus de 1 200 RC ont été formés au paquet complet iCCM pour le traitement et le diagnostic du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie. Le travail sur l'iCCM a pris fin en 2014 suite à la réduction des fonds du projet et l'établissement d'accords entre l'USAID et des ONG locales pour gérer les activités des RC.

Le protocole ETAT, introduit à l'origine par le projet PROSAF, a été étendu à l'échelle nationale et est employé dans environ 90% de tous les hôpitaux, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. ARM3 a mis en œuvre ETAT dans 25 hôpitaux à travers deux phases. Le recours à ETAT a permis une réduction de 48% du taux de décès dus à des cas de paludisme graves.

Figure 1. Adhérence au protocole ETAT pour les cas de paludisme graves et taux de décès dans 12 hôpitaux



Source : Rapport ARM3 ETAT

ARM3 a œuvré à l'amélioration de la collecte, de la gestion et de l'utilisation des données sur le paludisme afin d'accroître la précision et l'efficacité du suivi et de la surveillance dans ce domaine. ARM3 a fourni un soutien technique pour renforcer le système d'information de routine sur le paludisme (SIRP). Dans les structures de santé visitées par l'équipe d'évaluation, divers indicateurs de performance (taux de mortalité, taux d'abandon et de personnes perdues de vue, les ruptures de stocks en CTA et/ou en TDR) ont été calculés et enregistrés dans les fichiers individuels et les bases de données, comme cela est requis par le SIRP et le système de gestion logistique des informations (SGLI), le SGIS national et MEDISTOCK. D'après les rapports d'ARM3, la soumission de rapports par le SIRP est passée de 49% à 96% dans le secteur public et de 21% à 87% dans le secteur privé entre la base de référence de 2011 et décembre 2014.

CommCare, une application en santé mobile, a été pilotée dans deux zones de santé, Tchaourou et Bassila, afin de tester l'usage des téléphones mobiles pour rapporter les données sanitaires communautaires. À travers une évaluation, la phase pilote a permis d'observer les résultats suivants : Au total, 93% des personnes interrogées ont manifesté une bonne connaissance du système et du mode de transmission des rapports par le biais de CommCare. De plus, 84% des RC et 100% des statisticiens ayant utilisé cette application ont trouvé qu'il s'agissait d'un moyen rapide et efficace en matière de transmission de données. Le rapport de l'évaluation CommCare est disponible en anglais.[10]

[10] ARM3. Assessment Report of ARM3's Implementation of the Pilot CommCare Project in Tchaourou and Bassila in Northern Benin. March 2015.

L'amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement a été une des tâches principales à laquelle ARM3 s'est attelé. Le système MEDISTOCK pour la gestion des produits de première nécessité a été amélioré plusieurs fois et étendu à 34 zones sanitaires. Au total, 100% des responsables des zones sanitaires, 77% des responsables de pharmacies dans les zones sanitaires et 18% des statisticiens de zones ont été formés à l'utilisation de MEDISTOCK. Les personnes interrogées par l'équipe l'évaluation maîtrisant le système ont indiqué qu'elles aimaient ce dispositif. Toutefois, trois responsables de pharmacies au niveau des hôpitaux de zones visités par l'équipe d'évaluation ont affirmé que bien qu'ils aient été formés à MEDISTOCK, ils ne pouvaient pas l'utiliser, soit parce qu'ils n'avaient pas d'ordinateur, soit parce que l'ordinateur disponible n'était pas suffisamment puissant pour exécuter ce programme. Au niveau périphérique, où la gestion des approvisionnements se fait sur papier, 35% des agents du personnel occupant des responsabilités en matière de gestion de stock ont indiqué qu'ils n'avaient pas été formés à la gestion des approvisionnements. Bon nombre d'améliorations ont été apportées mais des interruptions continuent d'être observés dans la disponibilité des médicaments et des fournitures : Au cours de la deuxième année, 30% des établissements connaissaient des ruptures de stock en formules CTA et durant la troisième année, 39% des structures ont fait état de ruptures de stocks. Des ruptures de stocks en SP utilisée pour le TPIg sont également rapportées de manière périodique.

ARM3 a organisé le premier exercice de quantification pour les prévisions concernant les produits de première nécessité dans le domaine du paludisme pour 2014 et 2015 sur la base des taux de consommation. Dans la mesure où les prévisions fondées sur les niveaux de consommation sont utilisées de manière systématique, les interruptions d'approvisionnement et les ruptures de stocks devraient décliner.

ARM3 a développé une stratégie CCC visant à mobiliser les communautés et à accroître la visibilité de la prévention du paludisme. Les activités CCC soutenues par ARM3 incluent les aspects suivants :

- Diffusion de 8 débats différents et de nombreux spots publicitaires par le biais d'un partenariat avec 19 stations de radio. Ces messages ont été diffusés en 22 langues à travers le pays.
- Soutien à la commémoration des événements dans le cadre de la Journée mondiale contre le paludisme à Cotonou et au niveau départemental.
- Production et distribution de plus de 300 000 feuillets sur des sujets allant de l'utilisation et de l'entretien des MILDA au recours à la SP et aux CTA dans les cas non compliqués de paludisme.
- Diffusion et rediffusion de plusieurs spots télévisuels durant la deuxième année présentant un célèbre joueur de football de la Coupe d'Afrique des Nations afin de promouvoir l'usage régulier des MILDA. En recourant à une star du ballon rond pour délivrer ces messages, qui ciblent habituellement les femmes et les enfants de moins de cinq ans, l'objectif était d'atteindre les hommes.
- Formation de plus de 730 agents de santé de première ligne en communication interpersonnelle concernant le paludisme durant la grossesse.

- Soutien aux performances rendues dans le cadre des 60 représentations théâtrales communautaires par cinq troupes régionales sur des thèmes en rapport avec le paludisme, notamment la prise en charge des cas à l'échelle communautaire.

D'autres activités CCC menées avec le soutien d'ARM3 sont répertoriées dans l'annexe VIII. Une évaluation de l'efficacité des activités dans ce domaine est planifiée pour le mois de mai 2015. Toutefois, bien que cela ne soit pas entièrement attribuable à ARM3, le fait que les rapports de statistiques sanitaires annuelles du MS montrent une augmentation de l'utilisation des MILDA par les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes suggère un effet positif.

Tableau 5. Utilisation des MILDA

Indicateur [11]	**2011**	**2012**	**2013**
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une MILDA	64%	80%	71%
Pourcentage de femmes enceintes dormant sous une MILDA	60%	71%	76%

D'autres activités et réalisations d'ARM3 à ce jour sont résumées dans l'annexe VIII.

Défis

De nombreux défis ont affecté la mise en œuvre et l'atteinte des résultats du projet ARM3. Le paludisme est hautement endémique au Bénin et est responsable d'un fort taux de morbidité qui touche toutes les tranches d'âge de la population. Le paludisme est particulièrement dangereux chez les enfants de moins de cinq ans. Mais cette maladie a également un impact sur les taux de présence et de réussite scolaires chez les enfants plus âgés et réduit la capacité de production des adultes. D'après le PAD, le paludisme constitue « le principal défi au développement » au Bénin.

ARM3 a largement contribué à l'amélioration du diagnostic et du traitement du paludisme mais cette maladie demeure la principale cause de morbidité au Bénin. Cela suggère qu'une attention accrue doit être portée à la prévention et à la lutte contre cette maladie. Un des informateurs clés a d'ailleurs déclaré : « Nous continuons de distribuer des comprimés pour traiter le paludisme mais nous ne nous attaquons pas à la cause de la maladie de manière adéquate. » Une étude publiée en 2014 suggère que la stratification du pays en zones à transmission faible et élevée serait utile à la planification de stratégies d'un bon rapport coût-efficacité en matière de lutte contre le paludisme.[12]

Un autre défi majeur rencontré par ARM3 a été la réduction du champ d'action et du budget du projet de près de 10 millions de dollars US au milieu de l'année 2014. Comme décrit dans le PAD de l'IFHP, des fonds ont été réorientés vers des accords de gouvernement à gouvernement conformément à la stratégie de l'initiative USAID Forward. Ainsi, deux organisations partenaires du projet ont vu leur accord résilié et ont dû licencier une partie de leur personnel. Les accords qui avaient été récemment signés avec des ONG locales pour gérer

[11] Ministère de la Santé. *Annuaire des Statistiques Sanitaires*, 2011, 2012, 2013.
[12] Gnanguenon *et al. Transmission patterns of Plasmodium falciparum by Anopheles gambiae in Benin*. Malaria Journal 2014, 13:444.

les activités iCCM ont également été annulés. (De nouveaux accords ont été passés par l'USAID pour accorder un financement direct à des ONG locales en utilisant les fonds ainsi réorientés.) La responsabilité de certaines autres activités a été transférée au PNLP, à ANCRE et à l'APC. Voir l'annexe VIII pour un résumé de tous les changements intervenus durant les quatre premières années.

Les contraintes en ressources humaines représentent un défi constant pour ARM3 et d'autres partenaires de mise en œuvre travaillant dans le secteur de la santé. Le PNLP est décrit dans le PAD et le plan opérationnel de lutte contre le paludisme (POLP) comme ayant une faible capacité professionnelle s'agissant du nombre d'agents du personnel employés et du calibre de leur expertise technique. Par conséquent, la capacité du PNLP en matière de planification, de gestion et de coordination des activités parmi les partenaires est limitée et le processus d'approbation des révisions concernant les politiques demeure lent.

Les établissements sanitaires du MS sont également insuffisamment dotés en effectifs et le taux de rotation et de roulement du personnel est élevé. Le départ des agents du personnel ayant été formés aux versions révisées des protocoles en matière de TPIg ou de prise en charge des cas empêche les établissements de compter sur la capacité clinique nécessaire à la prestation de services de qualité. Malgré la formation d'un grand nombre de prestataires de santé, il existe un besoin permanent de former les nouvelles recrues ou de remettre le personnel à niveau à l'aide de mises à jour techniques. Par exemple, comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, ARM3 a appuyé la formation de 1 913 prestataires et la proportion des clientes en consultations prénatales recevant deux doses de SP a plus que doublé depuis le lancement du projet. À compter de janvier 2015, les directives TPIg ont été révisées à trois doses de SP pour toutes les femmes enceintes. Malgré la formation de 1 043 prestataires de soins à l'échelle nationale sur les directives révisées en matière de TPIg, l'équipe d'évaluation a découvert que bon nombre d'agents de santé suivaient les anciennes directives préconisant deux doses à moins que la femme ne soit séropositive, auquel cas il conviendrait de lui administrer trois doses.

Pour l'équipe d'évaluation, un des problèmes rencontrés en essayant de mesurer les progrès d'ARM3 (et d'autres projets dépendant du programme IFHP) concernant la réalisation des objectifs était le manque d'indicateurs quantifiables. Les documents du projet, le POLP et d'autres matériels ayant été analysés font état d'indicateurs de processus, comme le nombre de prestataires formés, mais ne mentionnent pas le nombre total de prestataires, ce qui rend difficile de déterminer si une large ou une faible proportion du personnel a été formée. Si un projet est considéré pour son étendue à l'échelle nationale, il est nécessaire de recourir à des indicateurs pour mesurer le degré selon lequel les activités ont atteint ce champ d'action.

Analyse des coûts du projet

Voir l'annexe VIII pour un résumé du budget d'ARM3 et les dépenses du projet d'octobre 2011 à décembre 2014.

4. DE QUELLES MANIÈRES LES PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE DE L'USAID/BÉNIN ONT-ILS COLLABORÉ ENTRE EUX, AVEC LA MISSION ET D'AUTRES PROJETS FINANCÉS PAR DES DONATEURS, ET QUELLES OCCASIONS DE COLLABORER ONT ÉTÉ MANQUÉES ?

L'USAID organise une réunion mensuelle rassemblant les chefs de missions et des examens trimestriels des programmes avec les partenaires de mise en œuvre pour faire part de mises à jour sur les progrès réalisés et discuter des défis rencontrés, ainsi que des réalisations et des prochaines étapes pour le trimestre suivant.

Le DDS et le directeur SMI de Borgou/Alibori a commenté qu'il existait un grand nombre de projets et de bailleurs de fonds, chacun ayant des priorités lui étant propres. Ils ont ajouté que le fait de travailler avec de multiples projets prenait du temps et ne se révélait pas particulièrement efficace, en raison du chevauchement ou de la duplication des efforts entrepris.

ARM3 est le seul projet possédant un bureau à Parakou (Borgou/Alibori) et il s'agit du seul bureau dont le projet dispose en dehors de Cotonou. La réduction du champ d'action d'ARM3 et les réductions d'effectifs qui ont suivi ont diminué la présence d'ARM3 dans les zones et les départements où le projet opère. En raison des distances et de l'état des routes, les quelques agents du personnel demeurant à Parakou ne peuvent pas avoir de contact individuel direct suffisant avec les collaborateurs du MS dans d'autres zones et départements.

Le manque de présence du personnel du projet dans les départements et les zones contribue également à la perception d'un mode de collaboration et de coordination inadapté entre les projets et entre les projets et le MS. Les responsables de départements et de zones ont d'ailleurs indiqué que des visites plus fréquentes de la part du personnel du projet et de l'USAID seraient utiles.

V. CONCLUSIONS ET RECOMMENDATIONS

Les conclusions et les recommandations suivantes répondent à la question d'évaluation n°5 : Sur la base des résultats de l'évaluation, quelles sont les recommandations pour la dernière année du projet ARM3 et pour le(s) programme(s) ultérieur(s), en mettant l'accent sur les stratégies et les activités prioritaires ?

1. Résultat : Les objectifs de l'IFHP ont été partiellement atteints, principalement, mais pas uniquement, sur la base des réalisations du projet ARM3 dans les services de lutte contre le paludisme et grâce à certaines améliorations dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement en antipaludiques.

- **Conclusion :** La période de deux ans ayant séparé les projets financés par l'USAID dans le domaine des services SMI-PF a limité les réalisations du programme IFHP jusqu'à présent s'agissant de l'amélioration des services de santé familiale intégrés.
- **Conclusion :** La mise en œuvre d'un nouveau projet SMI-PF est anticipée afin de pouvoir accorder un soutien qui aboutira à une amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services, ainsi qu'à une meilleure intégration des services SMI-PF et de lutte contre le paludisme.
    - **Recommandation :** Pour parvenir à l'intégration des services de santé familiale, l'USAID/Bénin et les PMO collaborent avec le ministère de la Santé pour déterminer de quelle manière former et superviser le personnel de santé et ainsi renforcer la prestation de services intégrés. Plutôt que d'assurer une formation et une supervision indépendante dans les domaines des soins antipaludiques ou prénatals ou bien en matière de PF, ces deux composantes doivent être révisées pour mettre en valeur la prestation de services s'attaquant à de multiples besoins sanitaires au cours d'une seule visite d'un client.

2. Résultat : Le système de gestion des informations sanitaires (SGIS) est difficile à manier et ne fournit pas de données épidémiologiques fiables.

- **Conclusion :** Des formulaires, des programmes et des procédures multiples sont utilisées en même temps en matière de rapport, créant ainsi des systèmes parallèles exigeant des efforts supplémentaires sans gain d'efficacité.
    - **Recommandation :** Une assistance technique spécialisée est nécessaire afin de revitaliser le SGIS. Plutôt que de créer des outils et des programmes fonctionnant pour seulement un ou deux services et étant adaptés aux exigences d'un bailleur de fonds ou d'un projet en matière de soumission de rapports, ou ne pouvant pas être utilisés en dehors de ce cadre, le MS doit développer un SGIS global pouvant assurer efficacement la planification, la gestion et le suivi de la performance.
- **Conclusion :** La conservation des dossiers et la soumission de rapports concernant les statistiques de services par un grand nombre d'établissements de santé ne sont pas satisfaisantes. Les statistiques de services ne sont pas enregistrées de manière régulière,

ni même consolidées ou conservées dans un espace dédié au sein de l'établissement, ce qui contribue à une mauvaise agrégation des données et au manque de précision des rapports transmis par la structures de santé au bureau de zone.

  - **Recommandation :** Il convient de simplifier les procédures, les directives de consignation, les outils de rapport et les délais de soumission.

3. Résultat : Le développement de directives nationales par le PIHI communautaire constitue une étape importante de la standardisation de la stratégie. Il convient néanmoins de résoudre certaines questions essentielles pour en assurer la pérennité et l'institutionnalisation à long terme.

- **Conclusion :** Les questions essentielles dans la stratégie PIHI communautaire qui entraveront les efforts entrepris si elles ne sont pas résolues sont les suivantes : des sources de paiement durables pour assurer la « motivation » mensuelle des RC, des mécanismes fiables d'approvisionnement des RC en médicaments, en produits et en fournitures, l'amélioration des compétences des RC en termes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, une collaboration efficace entre la zone sanitaire, le personnel des centres de santé et les RC.

  - **Recommandation :** Les projets ARM3, ANCRE, APC, les ONG locales et le MS doivent travailler de concert pour mettre au point des solutions pérennes et les mettre en œuvre durant les six prochains mois.

4. Résultat : L'utilisation de méthodes contraceptives demeure faible au Bénin, et bien en-dessous de l'objectif de 15% en TPC du gouvernement béninois et de l'IFHP.

- **Conclusion :** Des stratégies ayant pour but d'accroître l'accessibilité des services PF sont nécessaires afin d'accroître l'usage des méthodes et de réduire les besoins non satisfaits en matière de PF.

  - **Recommandation :** Les approches de prestation de services, telles que l'offre de services mobiles de proximité, doivent être mises en œuvre afin d'accroître la quantité de services PF dispensées au niveau des structures de santé et pour rendre ces services davantage accessibles dans les zones rurales.

  - **Recommandation :** Il est nécessaire de former le personnel de santé pour veiller à ce que des agents de santé qualifiés soient disponibles dans tous les établissements. Les ateliers de formation en PF doivent inclure le personnel des dispensaires, ainsi que les prestataires travaillant dans les maternités, afin de favoriser une meilleure intégration des services et d'en assurer une plus large disponibilité.

- **Conclusion :** Les changements causés par la préférence de certaines méthodes sont révélateurs du besoin plus important de prestataires formés, et du plus grand nombre de méthodes disponibles et de fournitures jetables nécessaires à leur utilisation.

  - **Recommandation :** Une formation des prestataires à l'insertion et au retrait des implants doit être assurée pour répondre à la demande accrue pour cette méthode.

- **Recommandation :** En plus d'assurer l'approvisionnement régulier des stocks d'implants, les responsables de la chaîne d'approvisionnement doivent inclure les fournitures afférentes nécessaires pour insérer et retirer les implants (Bétadine, gaze, pansements, champs stériles, etc.)

5. Résultat : Beaucoup d'établissements du MS ne satisfont pas aux normes nationales en termes d'espace, d'éclairage, de ventilation, de dotation en personnel, d'équipement, etc.

- **Conclusion :** Les conditions physiques d'un grand nombre d'établissements de santé publics visités n'étaient pas propices à la prestation de services de qualité.
  - **Recommandation :** Les évaluations des établissements devraient être réalisées dans les zones où l'USAID soutient des activités pour déterminer si une structure répond aux normes minimales requises en termes de qualité des services. Ces données peuvent être partagées avec l'établissement et les bureaux sanitaires des districts afin de développer des plans d'amélioration de la qualité.
  - **Recommandation :** À partir de l'évaluation de l'établissement, des plans et des spécifications devront être développés afin d'apporter les retouches nécessaires à ces structures et fournir l'équipement et les instruments permettant d'améliorer la qualité des services PIHI.

6. Résultat : Le paludisme demeure la principale cause de morbidité malgré les investissements importants ayant été réalisés dans les domaines de la prévention, du diagnostic et du traitement.

- **Conclusion :** L'extension à plus grande échelle et le renforcement du diagnostic et du traitement de manière continue constituent des aspects essentiels. Néanmoins, il sera également nécessaire de porter une attention toute particulière au paludisme et à la réduction de la charge de morbidité.
  - **Recommandation :** L'indicateur relatif au traitement préventif intermittent au cours de la grossesse (TPIg) pour le projet ARM3 et le programme IFHP doit être mis à jour pour refléter la révision de la politique qui prévoit d'administrer trois doses de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) à toutes les femmes enceintes.
  - **Recommandation :** Bien que les femmes enceintes et les enfants en bas âge soient particulièrement vulnérables au paludisme, cette maladie engendre également une baisse de la productivité parmi les adultes et les enfants scolarisés. Il est nécessaire de promouvoir un usage cohérent de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) par chacun comme élément de la lutte contre le vecteur.
  - **Recommandation :** Le projet ARM3 doit œuvrer de concert avec l'Initiative présidentielle de lutte contre le paludisme (PMI) et le PNLP pour définir des stratégies permettant de lutter efficacement contre le vecteur et pouvant être mises en œuvre à Malanville et Parakou, où il existe un risque plus élevé de transmission paludique et une exposition quasi-continue en raison des cultures de riz et de la présence d'exploitation maraîchères. Cette recommandation ne sous-entend pas qu'ARM3 doive mettre en œuvre de nouvelles stratégies de

contrôle du vecteur mais plutôt que ce projet recherche des stratégies potentiellement efficaces pouvant être testées et mises en œuvre dans le cadre d'un projet découlant d'ARM3, le cas échéant.

7. Résultat : L'inclusion de l'alphabétisation comme critère de sélection des RC peut résulter en un nombre moins élevé de femmes en mesure d'occuper cette fonction.

- **Conclusion :** Dans la mesure où le taux d'alphabétisation est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, en particulier dans les zones rurales, cette exigence peut résulter en un déséquilibre des genres parmi les RC dispensant l'intégralité du PIHI.
  - **Recommandation :** Les critères d'alphabétisation doivent être réexaminés afin de pouvoir de pouvoir prendre en compte les femmes ayant de faibles compétences dans ce domaine. Les utiliser comme agents de promotion du PIHI n'ayant pas droit à la prime de motivation mensuelle ne constitue pas une alternative adéquate.

8. Résultat : La coordination et la collaboration au sein des projets de l'USAID, ainsi qu'entre les projets et le MS, notamment au niveau des départements et des zones, doivent être améliorées.

- **Conclusion :** Avec les nouveaux projets appuyés par l'USAID qui commencent à mettre en œuvre des activités, le moment est venu pour les PMO d'améliorer la communication et la collaboration avec les autorités départementales et les zones.
  - **Recommandation :** Au niveau des départements et des zones, les partenaires de mise en œuvre doivent proposer d'occuper une fonction de secrétariat, le cas échéant, afin d'aider le DDS ou le coordinateur de zone à conduire des réunions trimestrielles de coordination avec les PMO appuyant les activités dans la région.

ANNEXE 1. CAHIER DES CHARGES

Projet d'amélioration du cycle programmatique en santé mondiale–GH Pro
Contrat N° AID-OAA-C-14-00067

Cahier des charges pour l'évaluation ou le travail d'analyse
2/20/2015

I. INTITULÉ : Évaluation du Programme intégré de santé familiale de l'USAID/Bénin
Numéro de la directive technique (attribué par GH Pro) : 049

II. Demandeur/Client :
X■ Pays de l'USAID ou mission régionale
Afrique : Bénin

III. Source(s) du compte de financement : (Cochez la (ou les) case(s) pour indiquer la source de paiement pour cette mission)

☐ 3.1.1 VIH
☐ 3.1.2 TB
■ 3.1.3 Paludisme
☐ 3.1.4 Pandémie de grippe et autres menaces émergentes
☐ 3.1.5 Autres menaces en santé publique
■ 3.1.6 SMI
■ 3.1.7 PF/SR
☐ 3.1.8 Approvisionnement en eau, installations sanitaires et hygiène
☐ 3.1.9 Nutrition
☐ 3.2.0 Autre (spécifier) :

IV. Estimation des coûts : GH Pro fournira un budget final sur la base de ce cahier des charges.

V. Période d'exécution : (Utilisez le menu déroulant pour indiquer les dates de commencement et de clôture anticipées. Choisissez le jour, le mois et l'année par le biais du menu déroulant.)
Date de commencement anticipée (le ou aux alentours du) : 23-fév-2015
Date de clôture anticipée (le ou aux alentours du) : 7-août-2015

VI. Lieu(x) choisis pour la période d'exécution : (Indiquez les lieux où le travail sera réalisé pour mettre en œuvre cette évaluation ou le travail analytique.)
Bénin (Cotonou et divers sites à l'intérieur du pays dans des zones sanitaires prioritaires et non prioritaires)

VII. Type de travail analytique (Cochez la case indiquant le type de travail analytique réalisé)
ÉVALUATION :
■ **Période d'exécution** (*Vérifiez les échéances de la collecte de données*)

■ Moyen terme (IFHP) ■ Final (ARM) ☐ Autre (spécifier): -

<u>Les évaluations de performance</u> sont axées sur des questions descriptives et normatives : ce qu'un projet/programme particulier a réalisé (soit à un point intermédiaire ou à la conclusion d'une période de mise en œuvre) ; de quelle manière il a été mis en œuvre ; comment il a été perçu et valorisé ; si les résultats escomptés ont été atteints ; et d'autres questions pertinentes relatives à la conception, à la gestion et au processus décisionnel opérationnel du programme. Les évaluations de performance incorporent fréquemment des comparaisons avant-après mais manquent généralement d'une analyse contradictoire définie de manière stricte.

VIII. CONTEXTE

Aperçu de l'intervention liée au projet/programme :
La mission de l'USAID/Bénin ne dispose pas d'une stratégie de coopération nationale en matière de développement (CDCS) mais a développé sa stratégie dans le cadre de la stratégie nationale de l'Initiative en santé mondiale (GHI) pour 2011-2015, qui sert de socle au Programme intégré de santé familiale (IFHP). Les activités santé de l'USAID/Bénin sont axées sur (1) l'amélioration des résultats obtenus par le secteur public dans le domaine de la santé ; (2) l'amélioration des résultats obtenus par le secteur privé dans le domaine de la prestation de services de santé familiale intégrés ; et (3) l'amélioration des comportements en termes de prévention et de recherche de soins par une population mieux informée. Deux principes transversaux de la GHI viennent appuyer cette mission : développement d'approches pérennes par le biais du renforcement des systèmes de santé (RSS) ; et focalisation sur les femmes, les jeunes filles et l'égalité entre les genres.

En alignement avec les réformes de 2011 de l'initiative USAID Forward, le document d'évaluation du programme IFHP a procédé à des changements en termes d'investissements dans les systèmes nationaux, aussi bien au niveau du gouvernement qu'à l'échelle de la société civile.

Deux révisions ont été insérées dans le document d'évaluation du programme (PAD) IFPH depuis son développement initial en 2012. La première révision, effectuée en avril 2013, incluait une composante supplémentaire en santé sexuelle et génésique des adolescents, tandis que la deuxième englobait une série de révisions concernant le financement planifié de gouvernement à gouvernement et les partenaires de l'Alliance pour le développement mondial. Ces ajustements ont eu un impact sur la capacité de la mission à générer le financement de son nouveau programme bilatéral en SMI/PF, le Nouveau projet de promotion des services de santé néonatale, infantile et génésique (ANCRE) et le soutien au PIHI communautaire par le biais d'ONG locales qui entrent tout juste dans leur première année de mise en œuvre. Chaque révision a également nécessité une modification des échéances et des subventions dans le cadre du PAD sur la base des révisions effectuées par rapport au budget et aux priorités établies. Le cadre de résultats, néanmoins, n'a pas changé à l'issue de ces modifications. Bien que ces programmes d'envergure n'en soient qu'à leur phase de lancement, le projet bilatéral de l'Initiative du Président américain de lutte contre le paludisme (ARM3) entre dans sa cinquième et dernière année et la mission planifie déjà le projet qui lui succédera.

Décrivez la théorie du changement du projet, du programme ou de l'intervention.
L'objectif de développement global du plan est de contribuer à l'amélioration de la santé des familles béninoises au cours des cinq prochaines années. L'impact de nos interventions sera évalué en analysant à quel point le soutien de l'USAID/Bénin permet à ce pays d'atteindre ses objectifs dans les domaines suivants : (1) la réduction du ratio de mortalité maternelle de 327 à 125 pour 100 000 naissances

vivantes ; (2) la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 125 à 60 pour 1 000 naissances vivantes ; (3) la réduction du taux de mortalité néonatale de 32 à 20 pour 1 000 naissances vivantes ; (4) la réduction de moitié de la proportion de décès attribués au paludisme parmi les enfants de moins de cinq ans en utilisant la base de référence de 2011 et (5) l'augmentation du taux de prévalence contraceptive de 7,9% à 15%.

Notre hypothèse de développement s'appuie sur le raisonnement selon lequel l'accès universel à des services de santé essentiels et de qualité identifiés dans le paquet d'interventions à haut impact (PIHI), dispensés par les sous-secteurs privés et publics, combinés à l'amélioration des comportements en termes de prévention et de recherche de soins par une population mieux informée, débouchera sur l'amélioration de la santé des familles béninoises. Nous pensons que la prestation de telles interventions à travers le leadership responsable du gouvernement et des organisations locales habilitées aboutira à des approches et des programmes durables et pouvant être étendus à grande échelle.

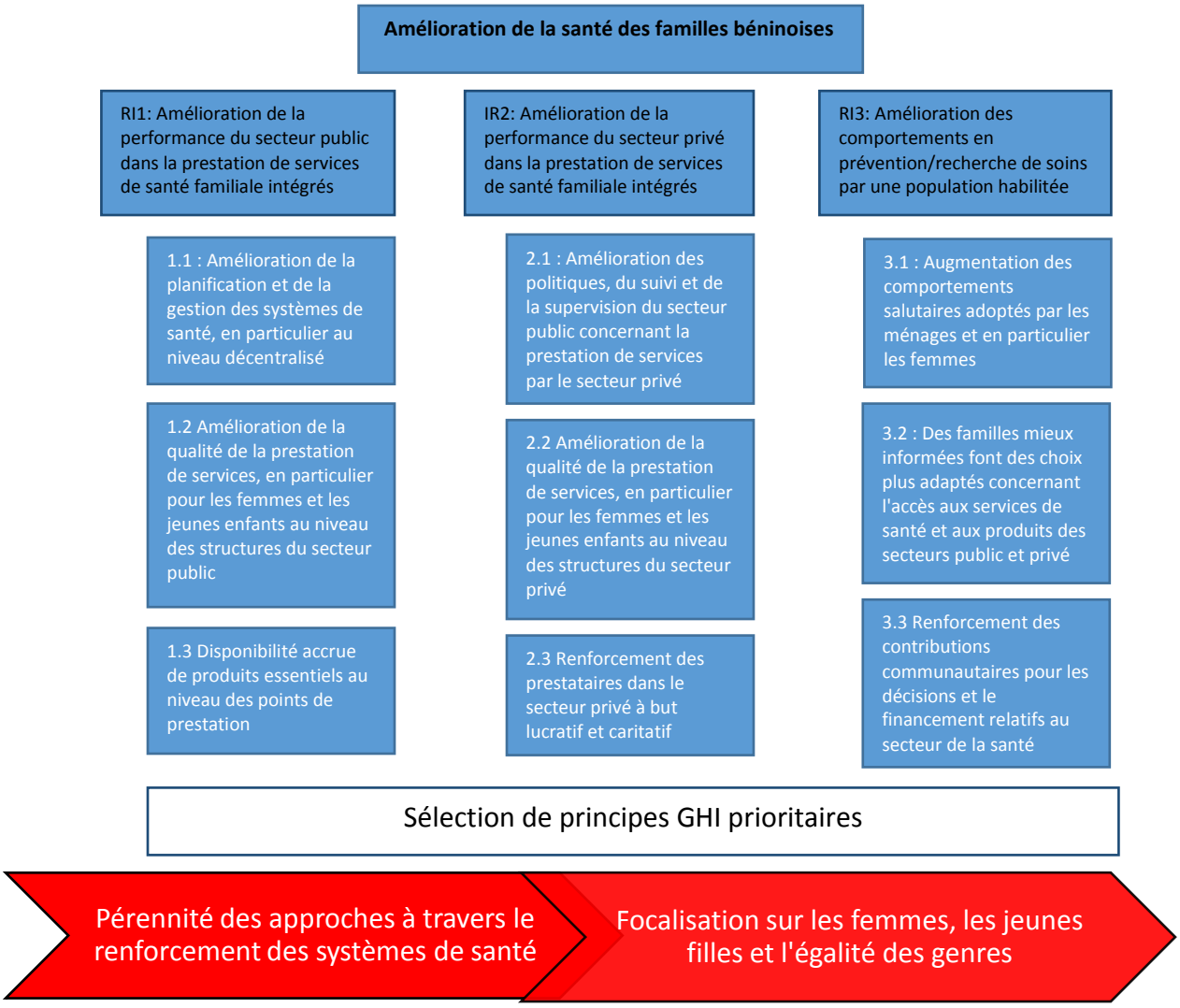
Pour améliorer les résultats obtenus par le secteur public, notre hypothèse est que les responsables et les agents de santé au niveau décentralisé doivent améliorer les modes de planification et de gestion, veiller à un transfert plus efficace des ressources, renforcer les systèmes d'information et prendre des décisions sur la base de données factuelles. Les prestataires de soins ont besoin de formations de qualité, d'un suivi, d'une supervision et d'un équipement fonctionnel. La gestion de l'inventaire des produits essentiels doit être améliorée, ainsi que les compétences en matière d'identification, de quantification, de planification et de commande.

Pour améliorer les résultats obtenus par le secteur privé, notre hypothèse est que le secteur public a besoin d'être davantage incité à faciliter son enregistrement et son accréditation. Les associations professionnelles doivent jouer un rôle essentiel dans ce processus. Le rôle de réglementation du secteur public doit être renforcé, notamment son mandat concernant l'intégration des protocoles, la supervision de la prestation de services et l'incorporation des rapports de services émanant du secteur privé. En échange, les prestataires du secteur privé doivent avoir accès à des offres du secteur public (formation, médicaments essentiels, etc.), ainsi qu'à des crédits et des sources d'expertise en matière de gestion d'entreprise. Les prestataires du privé ont aussi besoin d'un plus grand nombre de possibilités en termes de réseaux professionnels, ainsi que de mesures d'incitation pour dispenser des soins de qualité selon les normes en vigueur.

Pour améliorer les comportements d'une population habilitée en matière de recherche de soins, notre hypothèse est que des messages efficaces dans le domaine de la santé doivent atteindre les communautés, que les contraintes financières entravant l'accès aux services doivent être résolues et que la protection des consommateurs de soins doit être améliorée, tout en faisant en sorte que les services soient dispensés de manière plus respectueuse. Les communautés doivent être mieux informées et tenir le secteur public face à ses obligations.

Les résultats intermédiaires (RI) du cadre de résultats du programme sont les suivants : RI 1 : Amélioration des résultats obtenus dans le secteur public en matière de prestation de services de santé familiale intégrés ; RI 2 : Amélioration des résultats obtenus dans le secteur privé en matière de prestation de services de santé familiale intégrés ; RI 3 : Amélioration des comportements d'une population mieux informée en matière de prévention et de recherche de soins. Les deux premiers résultats ciblent directement le renforcement du système de santé dans le public et le privé.

Cadre stratégique ou de résultats pour le projet, le programme ou l'intervention (coller le cadre ci-dessous).



Quelle est la zone de couverture géographique et/ou quels sont les groupes ciblés pour le projet ou le programme faisant l'objet de l'analyse ?
Conçu avant le PAD, le projet ARM3 assure une couverture nationale mais est principalement axé sur les 25 zones de santé situées en dehors du département de Mono/Couffo. Toutefois, tous les projets sont alignés avec le PAD et sa concentration géographique sur 10 zones sanitaires de (1) Tchaourou, (2) Cove/Zagnanado/Ouinhi, (3) Kandi/Gogounou/Segbana, (4) Djougou/Ouake/Copargo, (5) Bassila, (6) Allada/Ze/Toffo, (7) Savalou/Bantè, (8) Abomey Calavi/So Ava, (9) Cotonou II et III, et (10) Athiémé/Lokossa. Parmi ces zones prioritaires, les six zones suivantes sont ciblées comme sites d'évaluation potentiels en raison de leur confluence avec les activités de santé communautaires financées par l'USAID/Bénin depuis 2009 et d'autres interventions visant à améliorer la qualité des services : (1) Tchaourou, (2) Cove/Zagnanado/Ouinhi, (3) Kandi/Gogounou/Segbana, (4) Djougou/Ouake/Copargo, (5) Bassila, et (6) Allada/Ze/Toffo.

Au niveau des zones de santé, l'évaluation couvrira le bureau de gestion sanitaire (coordinateur médical, statisticien, superviseurs et mobilisateurs communautaires), le dépôt de médicaments de la zone, les hôpitaux et les prestataires de soins publics et privés et les relais communautaires. Les départements de santé de niveau intermédiaire seront également inclus dans l'évaluation dans l'optique du renforcement des systèmes de santé. Il convient de noter que la cellule de lutte contre le paludisme est basée au niveau départemental.

En alignement avec le résultat intermédiaire concernant le renforcement des capacités en matière de leadership, de gestion et de gouvernance, des unités clés du ministère de la Santé (Programme national de lutte contre le paludisme, Direction de la santé publique, Direction de la santé maternelle et infantile, Direction de la planification et de la prospective et Direction des médicaments essentiels) occuperont un rôle essentiel dans le cadre de cette évaluation.

IX. CAHIER DES CHARGES

A. **But :** Pourquoi cette évaluation ou analyse est-elle réalisée (but du travail analytique) ? Veuillez donner la raison spécifique de cette activité, en la reliant à des décisions ultérieures devant être prises par l'USAID en matière de leadership, de partenaires gouvernementaux et/ou d'autres parties prenantes essentielles.

Pour procéder à une évaluation des résultats du Programme intégré de santé familiale de l'USAID/Bénin (IFHP) (2012-2015) qui s'intéresse aux domaines programmatiques suivants : lutte contre le paludisme, planification familiale (PF) et santé maternelle et infantile (SMI).

B. Public ciblé : À qui est destinée cette analyse ? Qui utilisera les résultats ? Si plusieurs publics sont ciblés, indiquez lesquels sont les plus importants.

La mission de l'USAID, les partenaires de mise en œuvre actuelle et le gouvernement béninois sont les principaux publics à qui est destinée cette évaluation.

C. **Applications et utilisation** : Comment les résultats seront-ils utilisés ? Quelles décisions ultérieures seront prises sur la base de ces résultats ?

Les résultats de l'évaluation serviront à concevoir le prochain document d'évaluation (PAD) du projet de santé familiale intégré et à planifier l'activité qui succédera au projet ARM3 (PMI). La mission cherche à définir une combinaison adéquate de projets qui décupleront l'efficacité et la performance des activités tout en soutenant un programme intégré en matière de santé.

D. **Questions d'évaluation :** Les questions d'évaluation devront être : a) alignées avec le but de l'évaluation et l'utilisation escomptée des résultats ; b) clairement définies de manière à générer des données factuelles et des résultats ; et c) tenir compte des contraintes temporelles et budgétaires. Incluez toutes les désagrégations (sexe, emplacement géographique, âge, etc.) et incorporez-les dans les questions d'évaluation. **La politique de l'USAID suggère de poser de 3 à 5 questions d'évaluation.**

	Question d'évaluation :
1.	Quels sont les meilleures pratiques et réalisations du programme IFHP, notamment les facteurs ayant contribué à ces réussites ? *L'IFHP a pour but d'améliorer la santé des familles béninoises à travers l'amélioration des résultats*

obtenus par le paquet d'interventions à haut impact, notamment dans le domaine de la lutte contre le paludisme, dispensé par les prestataires de soins des secteurs public et privé au niveau des cliniques et à l'échelle communautaire. Le renforcement des systèmes de santé et l'égalité des genres sont deux thèmes transversaux du cadre de résultats stratégiques. L'USAID/Bénin a besoin de savoir dans quelle mesure ses efforts de renforcement des systèmes de santé (RHS, SGIS, chaîne d'approvisionnement, produits de première nécessité, financement des soins et gouvernance) et en matière de genre au niveau central, intermédiaire et périphérique (établissement, travail de proximité et communauté) ont contribué à l'atteinte des résultats. Pour répondre à cette question, les évaluateurs ont besoin d'analyser les résultats des activités pour les deux secteurs et d'émettre des recommandations sur les endroits où la mission devrait focaliser ses efforts en matière de santé sexuelle et génésique et d'égalité des genres à l'avenir.

2. Quels ont été les obstacles et les limitations rencontrés dans le cadre du programme IFHP, notamment les facteurs ayant contribué à ces défaillances ?

Le PAD de l'IFHP a été modifié deux fois depuis sa validation initiale en septembre 2012. Chaque révision a également montré le besoin de modifier les échéances et les subventions dans le cadre du PAD sur la base des révisions effectuées par rapport au budget et aux priorités établies. Le cadre de résultats, néanmoins, n'a pas changé à l'issue de ces modifications. Décrivez la manière dont certains retards ont eu un impact sur la capacité du projet à atteindre les résultats souhaités et comment le changement de priorités a été géré par le personnel, les partenaires, le gouvernement du Bénin et d'autres parties prenantes.

3. Dans quelle mesure le projet ARM3 a-t-il contribué à la couverture et aux résultats des interventions antipaludiques au Bénin ?

Le projet visant à accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme au Bénin (ARM3), une composante essentielle de l'IFHP, touche à sa fin, avec 18 mois de mise en œuvre restants. Le but du programme est d'améliorer la couverture et l'utilisation d'interventions antipaludiques essentielles pour soutenir la stratégie du Bénin en matière de lutte contre le paludisme. Il vient se greffer au programme de l'USAID/Bénin en matière de santé maternelle et infantile, ainsi qu'à d'autres programmes de lutte contre le paludisme financé par les bailleurs de fonds. Ce programme cherche à atteindre les objectifs PMI de l'USAID/Bénin en termes de prévention et de traitement du paludisme. Ce projet a débuté en octobre 2011 et a été modifié en juin 2014 avec un transfert de certaines activités vers le Programme national de lutte contre le paludisme et des ONG locales alignées sur les orientations stratégiques planifiées de l'IFHP. En tant qu'activité majeure de l'IFHP, il est essentiel de répertorier de manière spécifique les réalisations et les difficultés d'ARM3 dans le but de concevoir le prochain plan stratégique. Les résultats devront spécifier tous les facteurs ayant contribué à la réussite ou aux difficultés du projet et noter comment l'examen annuel et la planification du processus du POLP ont affecté le niveau de performance. Les recommandations devront définir toute action ou tout changement spécifique devant être mis en œuvre durant la dernière année du projet et les activités prioritaires pour le projet qui lui succédera.

4. De quelle manière les partenaires de mise en œuvre de l'USAID/Bénin ont-ils collaboré entre eux, avec la mission et avec les autres projets financés par des donateurs et quelles ont été les occasions manquées en termes de collaboration ?

Il y a plusieurs partenaires de mise en œuvre, partie prenantes gouvernementales, donateurs et d'autres ONG locales ou internationales jouant un rôle dans le soutien accordé à l'IFHP de l'USAID/Bénin. La mission a essayé différentes approches pour favoriser la collaboration et

l'intégration des projets et souhaite obtenir des recommandations concernant les moyens de resserrer les relations et de renforcer la communication. Les recommandations concernant les futurs modes de collaboration doivent être spécifiques et comporter des approches novatrices utilisées par d'autres missions et des organisations du secteur privé pouvant être adaptées au contexte du Bénin.

5. Sur la base des résultats de l'évaluation, quelles sont les recommandations pour la dernière année d'ARM3 et le(s) futur(s) programme(s) qui lui succédera (succéderont), en soulignant les stratégies et les activités prioritaires.

Étant donné les niveaux de financement, la taille du personnel et les facteurs environnementaux, le prochain programme de santé intégré devra prendre soin de déterminer une combinaison adéquate d'activités et différents niveaux du système de santé pour tirer meilleur parti des résultats. L'USAID/Bénin souhaite œuvrer pour aboutir à un programme de santé familiale véritablement intégré dans les prochaines années, tout en veillant à la mise en œuvre aboutie d'ANCRE et au besoin de mettre en place les activités de transition pour le projet qui succédera à ARM3. Les réponses à cette question serviront à concevoir le prochain PAD et le projet qui succédera à ARM3. Dès lors, les recommandations formulées doivent être exploitables, spécifiques, pertinentes au contexte et fournir des options à court et à long terme, le cas échéant.

Autres questions [OPTIONNEL]
(***Note*** : Utilisez cet espace seulement si cela est nécessaire. Un trop grand nombre de questions aboutit à une évaluation inefficace.)
Les questions d'évaluation doivent prendre en compte les composantes programmatiques suivantes :

- Paludisme (PMI/ARM3)
- Paquet d'interventions à haut impact (PIHI)
- Renforcement du système de santé du secteur public sur la base de six blocs constitutifs
- Qualité des services dispensés par le secteur privé
- Genre
- Modifications du PAD de l'IFHP de l'USAID/Bénin durant la vie du projet.

E. **Méthodes** : Vérifiez et décrivez les méthodes recommandées pour ce travail analytique. La sélection des méthodes doit être alignée sur les questions d'évaluation et correspondre au temps et aux ressources mis à disposition pour cette activité d'analyse. Par ailleurs, veuillez inclure l'échantillon ou le cadre d'échantillonnage dans la description de chaque méthode choisie.

- **Analyse documentaire** (*liste de tous les documents recommandés pour l'examen)*

<u>Documents concernant les programmes santé de l'USAID</u>

- IFHP PAD (et amendements)
- Accords et modifications relatifs à ARM3
- Plans de travail et rapports annuels relatifs à ARM3
- Appel d'offres du projet ANCRE et plan de travail de l'accord de coopération
- Appel d'offres et plans de travail du PIHI communautaire
- Stratégie nationale GHI pour le Bénin 2011-2016.

<u>Rapports financés par l'USAID</u>

- Étude démographique et de santé, 2012
- Enquête auprès des établissements sanitaires, 2013 (en attente de validation)
- Évaluation des systèmes de santé, AZT HZ, 2012 (PISAF)

- Évaluation du secteur privé par SHOPS
- Rapports trimestriels de surveillance des indicateurs de routine sur le paludisme
- Enquêtes trimestrielles de vérification auprès des usagers des produits antipaludiques de première nécessité
- Évaluation des systèmes de santé, Département de Zou/Collines, 2011 (PISAF)

Documents et rapports externes

- Documents relatifs à la planification sanitaire du gouvernement béninois - PNDS 2008 - 2018, Paquet PIHI, Révision du plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2011-2018
- Enquête de l'UNICEF par grappes 2014 (en attente de validation)
- Rapports annuels concernant la gestion des informations sanitaires à l'échelle nationale (MS)

Entretiens avec les informateurs clés (énumérer les catégories d'informateurs clés et le but de l'enquête)

- Chef de l'équipe santé de l'USAID/Bénin
- Conseillers résidents de la PMI et spécialiste en logistique
- Directeurs/coordinateurs et chefs de services du PNLP, de la DSME, du Département national de santé publique, et du Département de planification et de prospective
- Équipes dirigeantes des partenaires de mise en œuvre : ARM3, ABMS/PSI (SIFPO), LMG, ANCRE, APC
- Coordinateurs médicaux départementaux, coordinateurs de la cellule de lutte contre le paludisme, coordinateurs médicaux des zones de santé, statisticiens, personnel des dépôts.

Groupes de discussion dirigée (énumérer les catégories de groupes et le but de l'enquête)
Le but des groupes de discussion dirigée est d'obtenir des informations concernant l'utilisation des services par les bénéficiaires cibles, les raisons de cette utilisation ou non utilisation des services, ainsi que les attitudes et les pratiques ayant trait aux questions de santé traitées par le programme IFPH et le projet ARM3, telles que l'utilisation des moustiquaires, le recours à la planification familiale, aux services SMI, etc. Parmi les intervenants figureront des membres de la communauté représentant les bénéficiaires ciblés du programme IFHP et du projet ARM3, notamment des femmes et leurs partenaires en âge de procréer, étant enceintes ou ayant été enceintes pendant la durée de vie du projet et des parents d'enfants de moins de cinq ans. Les intervenants hommes et femmes devront prendre part à des groupes de discussion séparés pour éviter toute influence des hommes sur les femmes en raison des différences de pouvoirs existant dans la culture locale.

Entretiens en groupes (énumérer les catégories de groupes et le but de l'enquête)
En utilisant un questionnaire semi-structuré pour obtenir les impressions des participants sur le(s) projet(s), l'efficacité de l'assistance technique fournie, et les recommandations formulées en vue de programmes ultérieurs, les intervenants seront répartis par grappes selon le type de travail et le niveau du système :

- Personnel des maternités et des dispensaires dans les établissements publics et privés
- Relais communautaires
- Personnel du projet.

Remarque : le personnel de gestion et les agents de première ligne ne doivent pas faire partie des mêmes groupes pour éviter toute influence des responsables sur leurs effectifs.

■ **Enquête de satisfaction des clients/participants ou enquête à la sortie des services** (*énumérer les personnes devant être interrogées et le but de l'enquête*)

Entretiens complets avec des patients/clients en soins prénatals et en visites ambulatoires concernant la qualité des services dispensés. Ces informations viendront complémenter les sources existantes des projets ANCRE et ARM3, ainsi que les évaluations de projets réalisées en 2012.

■ **Abstraction de données** (*énumérer et décrire les fichiers ou les documents contenant les informations recherchées et indiquer le but de l'enquête*)

Analyse des tendances concernant les services de lutte contre le paludisme à partir des bulletins trimestriels de surveillance dans ce domaine, enquêtes de vérification auprès des usagers et enquêtes menées auprès des structures de santé. Cela inclut la distribution de MII aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans, le traitement préventif intermittent du paludisme durant la grossesse (TPIg), la prise en charge correcte des cas de paludisme, la disponibilité des produits de première nécessité au niveau des points de prestation de services, et la complétude et la rapidité des rapports de routine sur la maladie.

☐ **Étude de cas** (*décrire le cas et la question à l'étude*)

L'équipe discutera de la possibilité d'une étude cas durant la réunion de planification, notamment concernant les points suivants :

- Les progrès réalisés concernant le test de confirmation du paludisme au niveau des établissements et à l'échelle communautaire.
- Les activités LMG qui améliorent l'approvisionnement en SP ou encore d'autres activités liées ou non à la lutte contre le paludisme.

X. PLAN ANALYTIQUE

Décrivez la manière dont les données qualitatives et quantitatives seront analysées. Incluez la méthode ou le type d'analyse, de tests statistiques, et quelles données seront triangulées (le cas échéant). Par exemple, une analyse thématique des données qualitatives issues des entretiens ou une analyse descriptive des données issues d'une enquête quantitative.

Une analyse qualitative et quantitative des réalisations par rapport aux objectifs et aux cibles des programmes IFHP et PMI/ARM sera réalisée. Cette analyse devra répondre aux questions de l'évaluation.

Les données quantitatives seront analysées en recourant principalement à des statistiques descriptives. Les données seront stratifiées selon des caractéristiques démographiques, telles que le sexe, l'âge et l'emplacement géographique. Dans le rapport, les évaluateurs décriront les tests statistiques utilisés.

Des examens thématiques des données qualitatives seront réalisés. Les données qualitatives seront utilisées pour compléter les résultats quantitatifs et leur donner un éclairage supplémentaire et répondre aux questions pour lesquelles d'autres données n'existent pas. Toutes les données qualitatives devront être répertoriées à l'aide de notes détaillées ou saisies sous un logiciel de type NVivo, Atlas ti ou une autre application ayant été approuvée.

L'utilisation de multiples méthodes quantitatives et qualitatives, ainsi que de données existantes (données issues des indicateurs de performance d'ANCRE et d'ARM3, de l'EDS et des grappes d'indicateurs multiples) permettront à l'équipe de trianguler les résultats afin de produire des

évaluations plus consistantes.

XI. ACTIVITÉS

Veuillez énumérer les activités anticipées, telles que la réunion de planification de l'équipe (TPM), les débriefings, les ateliers verticaux avec les partenaires de mise en œuvre et les parties prenantes, etc. Les activités et les produits livrables peuvent se chevaucher. Donnez autant de détails que possible.
Lecture et clarification préalables du cahier des charges et des aspects logistiques - Plusieurs documents sont disponibles pour faciliter cette évaluation programmatique. Ils comprennent notamment les plans de travail annuels d'ARM des quatre dernières années, le plan S&E et les rapports trimestriels d'activité. Les documents relatifs au PAD de l'IFHP et les plans de travail S&E du projet ANCRE sont également disponibles. L'EDS la plus récente date de 2012.

Cette lecture préalable est exigée de tous les membres de l'équipe qui devront répertorier les questions ou les impressions des autres membres et de la mission sur un document Google mis en commun avant la TPM. Un appel préliminaire avec la mission est recommandé afin de clarifier le but du cahier des charges et les questions d'évaluation, ainsi que toute question relative à la lecture préalable.

Réunion de planification de l'équipe (TPM) : L'équipe d'évaluation commencera son travail par une TPM de deux ou trois jours qui se tiendra au Bénin avant de procéder à l'évaluation. La TPM :

- Fera part du parcours, de l'expérience et des attentes de chaque membre de l'équipe retenu pour cette mission
- Formulera une compréhension commune de la mission et clarifiera les questions d'évaluation et le cahier des charges
- Clarifiera les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe
- Validera les objectifs et les résultats souhaités concernant cette mission
- Établira un esprit d'équipe, partagera des styles de travail individuels et validera des procédures permettant de résoudre les divergences d'opinion
- Examinera et finalisera les questions d'évaluation
- Examinera et finalisera les échéances de la mission avant d'en faire part aux autres unités
- Développera des méthodes, des instruments, des outils et des directives de collecte de données
- Examinera et clarifiera les procédures logistiques et administratives retenues pour cette mission
- Développera un plan de collecte de données
- Rédigera le plan de travail en matière d'évaluation qui sera soumis à l'approbation de l'USAID
- Développera une version préliminaire du rapport de l'équipe
- Sélectionnera les personnes chargées de la rédaction du rapport final.

Réunions de briefing et de débriefing : Durant l'évaluation, le chef d'équipe débriefera l'USAID. Ces échanges incluront tous les experts de l'équipe d'évaluation mais seront déterminés en consultation avec la mission. Ces débriefings concernent les aspects suivants :

- Le lancement de **l'évaluation** à travers un appel avec l'USAID/Bénin, GH Pro et le chef d'équipe pour initier l'activité d'évaluation et examiner les diverses attentes. La mission examinera le but, les attentes et le programme de la mission. GH Pro présentera le chef d'équipe et examinera le programme des déplacements.
- **Concertation** avec l'USAID/Bénin à la suite du TPM. Cette concertation inclura l'équipe d'évaluation, l'équipe santé de l'USAID/Bénin, le conseiller S&E du bureau du programme et d'autres membres de la mission, le cas échéant. L'équipe d'évaluation présentera un descriptif et

une explication du modèle et des outils de l'évaluation.

- Le chef d'équipe s'entretiendra chaque semaine avec la mission pour discuter des progrès de l'évaluation. À l'arrivée des résultats préliminaires, le chef d'équipe fera part de ces avancées durant ses échanges réguliers ou par courriel. ***Remarque :*** *Les résultats préliminaires ne constituent pas des données finales et sont amenés à changer au fur et à mesure que d'autres informations seront développées et analysées.*
- Un **débriefing final** sera organisé environ trois jours avant le départ, entre l'USAID/Bénin et l'équipe d'évaluation. Durant cette réunion, un condensé des données sera présenté. Celui-ci comprendra des données globales et des recommandations préliminaires. Pour le débriefing, l'équipe mettra au point une présentation **PowerPoint** des principaux résultats et des questions et recommandations clés. L'équipe d'évaluation devra incorporer les commentaires reçus par l'USAID durant le débriefing dans le rapport d'évaluation.
- Le **débriefing des parties prenantes avec les partenaires de mise en œuvre** aura lieu après le débriefing final avec la mission.

Travail sur le terrain, visites sur les sites et collecte de données : L'équipe d'évaluation conduira des visites sur les sites ARM et ANCRE dans le but de recueillir des données. Elles cibleront les départements de Borgou/Alibori et Zou/Collines. L'USAID/Bénin propose que les visites sur le terrain soient réalisées sur un échantillon convenu au préalable dans le cahier des charges. Les visites sur le site comprendront des entretiens avec des informateurs clés, des groupes de discussion dirigée et des enquêtes de satisfaction auprès des clients. L'équipe d'évaluation décrira et programmera les principales réunions et visites sur les sites avant d'entreprendre ses déplacements.

XII. LIVRABLES ET PRODUITS

Sélectionnez tous les livrables et produits requis dans le cadre du travail d'analyse. Pour ceux n'étant pas listés, ajoutez des rangées selon vos besoins et saisissez-les sous la partie « Autre » dans le tableau ci-dessous. Fournissez les échéances et les dates de livraison pour chaque produit.

Livrables/Produits	Échéances et dates de livraison
■ Briefing de lancement	2 mars 2015
■ Plan de travail avec échéances	6 mars 2015
■Protocole analytique avec outils de collecte de données	13 mars 2015
■ Concertation avec la mission et l'unité opérationnelle organisant cette activité	13 mars 2015
■ Briefings réguliers	Hebdomadaires
■ Données brutes	30 mars 2015
■ Débriefing avec la mission et l'unité opérationnelle organisant cette activité à l'aide d'une présentation PowerPoint	6-7 avril 2015
■ Version préliminaire du rapport	24 avril 2015
■ Rapport final en anglais	27 mai 2015
■ Rapport final en français	19 juin 2015
■ Chargement dans le DEC au format 508	21 juillet 2015

Estimation de la durée de l'examen par l'USAID

Nombre moyen de jours ouvrables dont l'USAID aura besoin pour examiner les livrables et/ou les approuver ? **10** jours ouvrables pour la version préliminaire du rapport

XIII. COMPOSITION, COMPÉTENCES ET DURÉE DE TRAVAIL DE L'ÉQUIPE

Équipe d'évaluation : Au moment de planifier cette activité analytique, veuillez prendre les aspects suivants en ligne de compte :

- Le personnel essentiel devra posséder l'expertise méthodologique et/ou technique nécessaire, et disposer d'une expérience au niveau du pays ou de la région, de compétences linguistiques, d'une expérience antérieure à la tête d'une équipe, d'aptitudes en matière de gestion, etc.
- Le chef d'équipe dans le cadre de l'évaluation devra être un expert externe disposant des compétences et de l'expérience adéquates.
- Les autres membres de l'équipe comprendront des assistants de recherche, des recenseurs, des traducteurs, des logisticiens, etc.
- Les équipes devront intégrer une palette adéquate de collaborateurs en matière de méthodologie et d'experts dans le domaine d'évaluation.
- Les évaluations seront réalisées par un spécialiste disposant d'une expertise méthodologique propre à l'activité planifiée. De la même manière, d'autres activités analytiques devront s'appuyer sur un spécialiste disposant de l'expertise méthodologique requise.
- Veuillez noter qu'il sera demandé à tous les membres de l'équipe de signer une déclaration attestant qu'ils ne sont confrontés à aucun conflit d'intérêts, ou de faire état de tout conflit d'intérêts éventuel.

Listez le personnel essentiel nécessaire dans le cadre de ce travail analytique et ses divers rôles. Vous pouvez énumérer les qualifications souhaitées pour chaque membre de l'équipe ou pour l'équipe dans son ensemble.

Intitulé du poste de l'agent clé du personnel 1 : Chef de l'équipe d'évaluation/spécialiste principal pour les programmes de santé publique (consultant local ou régional) (Remarque : Cette personne peut avoir des compétences solides listées pour d'autres agents essentiels. Si tel est le cas, une seule personne sera recrutée pour occuper ces deux postes.)

Rôles & Responsabilités : Le chef d'équipe sera responsable de (1) la gestion des activités de l'équipe, (2) de la livraison des produits dans des délais convenables, (3) de la liaison entre la mission et l'équipe d'évaluation et (4) de la conduite des briefings et des présentations.

- Finalisation et négociation du plan de travail de l'évaluation avec l'USAID/Bénin
- Établissement des rôles, responsabilités et fonctions de l'équipe
- Développement des instruments et du questionnaire servant à la collecte de données
- Animation de l'ensemble des réunions nécessaires aux États-Unis et au Bénin
- Conduite des arrangements logistiques sur le terrain
- Coordination des échéances pour veiller à la production des livrables selon les délais prescrits
- Coordination du processus d'assemblage des différents apports/résultats dans le cadre du rapport d'évaluation et finalisation de ce rapport.

Qualifications : Expertise dans des programmes intégrés de santé familiale (SMI, SR, PF, Paludisme) avec une connaissance approfondie des modèles programmatiques employés par l'USAID, ainsi que ses pratiques en matière de mise en œuvre et d'évaluation ; maîtrise du français à l'oral et de préférence une expérience antérieure en Afrique de l'Ouest. Cette personne devra justifier d'une expérience en matière d'encadrement d'équipes sur le terrain et être en mesure de produire des rapports d'évaluation concis et de haute qualité.

- Au moins dix ans d'expérience dans le domaine de la santé publique, avec une

connaissance et une expérience des interventions d'intégration des services de santé familiale (SMI/SR/PF/Paludisme)

- Excellentes compétences en matière de planification, de facilitation et d'entente
- Expertise programmatique dans les domaines du genre et de la santé
- Expérience préalable dans la direction d'une équipe d'évaluation
- Excellentes compétences interpersonnelles
- Excellentes compétences en matière de gestion de projets.

Intitulé du poste de l'agent clé du personnel 2 : Spécialiste technique PMI/Paludisme (consultant local ou international)
Rôles & Responsabilités : Cette personne fera partie de l'équipe d'évaluation et fournira son expertise technique sur le paludisme conformément aux directives de la PMI.
Qualifications : Au moins cinq ans d'expérience dans les programmes PMI/Paludisme, de préférence en Afrique francophone ; excellente maîtrise du français
Nombre de consultants nécessaires disposant de cette expertise : 1

Intitulé du poste de l'agent clé du personnel 3 : Expert en renforcement des systèmes de santé (RSS) (consultant local ou régional)
Rôles & Responsabilités : Cette personne fera partie de l'équipe d'évaluation et fournira son expertise technique sur le RSS et les six blocs constitutifs du système de santé. Son travail sera axé sur le RSS dans le domaine de la lutte contre le paludisme et les services PF/SR.
Qualifications : Au moins cinq ans d'expérience dans le renforcement des systèmes de santé ; connaissances techniques et programmatiques approfondies dans le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et les systèmes d'information ; maîtrise du français ; expérience en Afrique de l'Ouest
Nombre de consultants nécessaires disposant de cette expertise : 1

Intitulé du poste de l'agent clé du personnel 4 : Spécialiste en matière d'évaluation (consultant international, local ou régional)
Rôles & Responsabilités : Cette personne fera partie de l'équipe d'évaluation et assurera l'assurance qualité des activités sur le terrain par rapport aux questions liées aux protocoles, aux normes et à la mise en œuvre de l'évaluation, notamment les méthodes, le développement des instruments de collecte de données, les protocoles de collecte, la gestion des informations et l'analyse des données.
Qualifications :

- Au moins cinq ans d'expérience dans les procédures S&E de l'USAID, la gestion de projets et la gestion organisationnelle
- Connaissances, compétences et expériences approfondies concernant les outils d'évaluation qualitative et quantitative
- Expérience dans la conception et la mise en œuvre des travaux d'évaluation.

Nombre de consultants nécessaires disposant de cette expertise : 1

Autres postes avec rôles et responsabilités des agents (inclure le nombre d'individus nécessaires) :

- Deux à trois assistants de recherche (locaux) seront embauchés pour prendre part à la collecte de données qualitatives et quantitatives, à la saisie des informations, à l'analyse des données et à la

transcription des données qualitatives.

- Un assistant en logistique (local) sera embauché pour aider l'équipe à organiser les transports, les hébergements et les sites (le cas échéant), en prenant des rendez-vous et en fournissant d'autres types d'assistance nécessaires.

Remarque : Au fur et à mesure du recrutement, il est possible d'embaucher un assistant de recherche qui pourra offrir un soutien logistique au reste de l'équipe.

L'USAID participera-t-elle activement ou désignera-t-elle des parties prenantes comme membres actifs ? Cela nécessitera un engagement à plein temps durant l'évaluation et le travail d'analyse.

☐ Oui
■ Non

Matrice d'instructions concernant la durée de travail des effectifs :
Cette matrice vous permettra d'estimer le temps de travail nécessaire à la mise en œuvre de ce travail analytique. En cas de doutes, GH Pro peut vous aider à remplir ce tableau.

a) Pour chaque colonne, remplacez la partie « Intitulé du poste » par le poste occupé par l'agent du personnel nécessaire dans le cadre de l'activité d'analyse.
b) Immédiatement après chaque intitulé de poste, indiquez le nombre de personnes anticipées pour chaque poste.
c) Saisissez chaque activité, tâche et livrable nécessaire à la mise en œuvre de l'activité d'analyse.
d) Saisissez ensuite le nombre de jours de travail pour chaque activité/tâche/livrable correspondant à l'intitulé du poste.
e) En bas du tableau, comptabilisez le nombre de jours de travail pour chaque consultant dans la cellule « sous-total ». Multipliez ensuite les sous-totaux dans chaque colonne par le nombre d'individus qui occuperont cette fonction.

Temps de travail en nombre de jours pour chaque membre de l'équipe d'évaluation/analyse

Activité/Livrable		Évaluation/Équipe analytique				
		Chef d'équipe/ Spécialiste RSS	PMI/Spécialiste Paludisme	Spécialiste en évaluation	Assistant de recherche	Assistant de recherche/ Logistique
	Nombre de personnes →	1	1	1	2	1
1	*Briefing de lancement*	1	1	1		
2	*Étude documentaire et synthèse des données*	5	5	5		
3	*Préparation de l'équipe se réunissant dans le pays*					2
4	*Déplacement vers le pays*	2	2	2		
5	*Réunion de planification de l'équipe*	5	5	5	2	2
6	*Concertation avec la mission*	1	1	1		0,5
7	*Formation des agents de collecte de données*	2	2	2	2	2
8	*Préparation/Logistique pour les visites sur les sites*					2
9	*Collecte de données/Visites sur les sites*	12	12	12	12	12
10	*Analyse des données*	4	4	4	2	2
11	*Débriefing avec la mission à l'aide d'une présentation*	2	2	2		0,5
12	*Incorporation des remarques et commentaires de la mission*	1	1	1		

13	*Départ vers le pays*	2				0,5
14	*Version préliminaire du/des rapport(s)*	*8*	4	6		
15	*Contrôle qualité et mise en page du rapport de GH Pro*					
16	*Soumission du/des rapport(s) préliminaire(s) à la mission*					
17	*Examen du rapport par l'USAID*					
18	*Révision du/des rapport(s) sur la base des commentaires émis par l'USAID*	4		2		
	Finalisation et soumission du/des rapport(s)					
19	*Traduction du rapport vers le français*					
20	*Examen par rapport au format 508*					
21	*Chargement du/des rapport(s) d'évaluation sur le DEC*					
	Sous-total de la durée du travail	**49**	**39**	**43**	**18**	**23,5**
	Durée totale du travail	**49**	**39**	**43**	**36**	**23,5**

Si cette activité se déroule à l'étranger, une semaine de travail de six jours est-elle autorisée ?

■ Oui ☐ Non

Déplacements anticipés : Listez les déplacements anticipés au niveau international ou local et les membres de l'équipe concernés.

Des déplacements sont anticipés dans au moins deux départements situés à l'extérieur de Cotonou. La sélection des sites sera fondée sur les zones de confluence des activités et la disponibilité de données comparatives afin d'établir des tendances (Borgou/Alibori et Zou/Collines constituent de bons candidats).

XIV. LOGISTIQUE

Remarque : La plupart des équipes d'évaluation/analyse arrangent leur propre espace de travail, souvent à l'intérieur d'hôtels. Néanmoins, si l'accès à une structure est préféré, GH Pro peut en faire la demande. GH Pro ne peut pas fournir de cotes de sécurité. Nos consultants peuvent facilement obtenir accès aux structures.

Vérifier tout ce dont le consultant aura besoin pour accomplir cette mission, notamment l'accès aux structures de l'USAID, l'espace de travail GH Pro et les arrangements en matière de déplacements (en dehors de l'aller-retour vers le lieu de fonction).

☐ Accès aux structures de l'USAID

Spécifiez qui cherchera à bénéficier d'un accès :

■ Autorisation électronique en matière de sécurité (ECC) (voyageurs internationaux uniquement)

XV. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE GH PRO

GH PRO assurera la coordination et la gestion de l'équipe d'évaluation ainsi qu'un suivi en matière d'assurance qualité, notamment :

- Analyse du cahier des charges et recommandations des révisions, le cas échéant
- Apport d'une assistance technique concernant la méthodologie, le cas échéant
- Développement d'un budget pour l'activité analytique
- Recrutement et embauche de l'équipe d'évaluation avec l'aval de l'USAID
- Arrangement des déplacements internationaux et des hébergements pour les consultants internationaux
- Demande de cotes de sécurité et/ou d'accès aux structures (le cas échéant)
- Examen des méthodes, du plan de travail, des instruments d'analyse, des rapports et d'autres produits livrables dans le cadre du suivi de l'assurance qualité
- Rapport de production. Si le rapport est public, coordination de la version préliminaire et étapes de finalisation, édition et mise en page, format 508 exigé et soumission au DEC avant publication sur le site web de GH Pro. Si le rapport est interne, édition/mise en page pour distribution interne.

XVI. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'USAID

Vous trouverez ci-dessous une liste standard des rôles et des responsabilités de l'USAID. Ajoutez d'autres rôles et responsabilités le cas échéant.

Rôles et responsabilités de l'USAID

L'USAID fournira un leadership technique et des orientations globales à l'équipe d'analyse sur la durée de la mission et offrira son assistance dans les domaines suivants :

Avant le travail sur le terrain

- Cahier des charges.
  - Développement du cahier des charges.
  - Examen du cahier des charges par un comité composé de pairs.
  - Réponses aux questions concernant le cahier des charges et/ou la mission de manière globale.
- Conflits d'intérêts du consultant Pour éviter les conflits d'intérêts avérés ou soupçonnées, examinez les anciens employeurs listés sur le CV des consultants proposés et fournissez des informations supplémentaires concernant des conflits d'intérêts potentiels avec l'aide des responsables projets évalués et des informations concernant leurs membres affiliés.
- Documents. Identifiez et priorisez le matériel contextuel pour le consultant et fournissez-le à GH Pro, de préférence au format électronique, au moins une semaine avant le commencement de la mission.
- Consultants locaux. Participez à l'identification de consultants locaux potentiels, notamment en fournissant leurs coordonnées.
- Préparation des visites sur les sites. Fournissez une liste de l'emplacement des sites, des principaux contacts et comprenant la durée envisagée pour la visite qui sera utilisée afin de planifier le voyage à l'intérieur du pays et pour procéder à des estimations exactes des coûts des déplacements intérieurs.
- Hébergements et déplacements. Apportez des conseils concernant les hôtels les plus sûrs recommandés et les modes de déplacements à l'intérieur du pays (entreprises de

location de véhicules et autres moyens de transport).

Durant le travail sur le terrain

- Point de contact de la mission. Sur la durée du travail à l'intérieur du pays, veillez à ce que le point de contact soit constamment disponible et à ce qu'il fasse part de son leadership technique et de ses orientations concernant le travail de l'équipe.
- Espace de réunion. Fournissez des conseils concernant la sélection par l'équipe d'un espace de réunion pour les entretiens et les groupes de discussion dirigée (c.-à-d. un espace de l'USAID si disponible ou un autre bureau/hôtel connu)
- Arrangements relatifs aux réunions. Aidez l'équipe à organiser et à coordonner les réunions avec les parties prenantes.
- Prise de contact avec les partenaires de mise en œuvre. Présentez l'équipe d'analyse aux partenaires de mise en œuvre et à d'autres parties prenantes et, le cas échéant, préparez et envoyez une lettre de présentation informant de l'arrivée de l'équipe et/ou d'une réunion anticipée.

Après le travail sur le terrain

- Examen dans des délais convenables. Procédez à l'examen des versions préliminaires et des rapports finaux et approuvez les produits livrables dans les délais prescrits.

XVII. RAPPORT ANALYTIQUE

Fournissez tous les conseils et spécifications souhaités dans le cadre du rapport final. (Voir la note concernant la *Manière de procéder : Préparation des rapports d'évaluation*)

A. Format du rapport d'évaluation

Le format du rapport sera restreint aux produits Microsoft et une police d'écriture de taille 12 devra être utilisée dans le corps du rapport avec des marges d'un pouce en bas et en haut de page et sur chaque côté. Le rapport ne devra pas dépasser 30 pages, hors références et annexes.

Le format du rapport d'évaluation se décline de la manière suivante :

- Résumé analytique : décrire de manière concise les principaux résultats, conclusions et recommandations (pas plus de quatre pages)
- Liste des abréviations
- Table des matières (1 page)
- Introduction : but, public et résumé des tâches (1 page)
- Contexte : brève description du programme, des stratégies et des priorités de l'USAID et du but de l'évaluation (2 à 3 pages)
- Conception et méthodologie : description des méthodes et du modèle d'évaluation, notamment les contraintes, les limites et les lacunes (1 page)
- Résultats/Conclusions/Recommandations dans des sections séparées : pour chaque objectif (15 à 20 pages)
- Problématique : fournir une liste des principaux problèmes techniques et/ou administratifs identifiés (1 à 2 pages)
- Orientations à venir/Recommandations sur la base des lacunes observées et du modèle d'innovation devant être étendu à plus grande échelle (2 à 3 pages)
- Références (notamment les documents bibliographiques, les réunions impliquant les parties

prenantes, les entretiens avec les informateurs clés et les groupes de discussion dirigée)

- Annexes comprenant :
  - Le cahier des charges de l'évaluation
  - Toutes les déclarations faisant état de divergences d'opinion importantes des bailleurs de fonds, des organismes de mise en œuvre, et/ou des membres de l'équipe d'évaluation
  - Les méthodes d'évaluation et l'ensemble des outils utilisés dans la conduite de l'évaluation, tels que les questionnaires, les listes de vérification, les instruments d'enquête et les guides de discussion
  - Les sources d'information, identifiées et listées de manière correcte
  - Les informations biographiques concernant chaque membre de l'équipe d'évaluation
  - Les formulaires de divulgation de conflits d'intérêts pour tous les membres de l'équipe d'évaluation, attestant de l'absence de conflit ou décrivant un conflit d'intérêt existant.

B. Contenu du rapport d'évaluation

Le rapport d'évaluation devra représenter une démarche réfléchie, pointue et bien organisée visant à évaluer de manière objective les réussites et les échecs du projet et leurs explications :

- Les rapports d'évaluation devront répondre à toutes les questions d'évaluation incluses dans le cahier des charges.
- Le rapport d'évaluation devra inclure le cahier des charges en annexe. Toutes les modifications apportées au cahier des charges, qu'il s'agisse des exigences techniques, des questions d'évaluations, de la composition de l'équipe d'évaluation, de la méthodologie choisie ou des échéances devront être acceptées par écrit par le responsable technique.
- Les méthodes d'évaluation devront être expliquées en détail et l'ensemble des outils utilisés dans la conduite de l'évaluation, tels que les questionnaires, les listes de vérification, les instruments d'enquête et les guides de discussion, seront inclus en annexe dans le rapport final.
- Les limites de l'évaluation seront révélées dans le rapport, en portant une attention particulière aux limitations associées aux méthodes d'évaluation (parti pris dans la sélection, erreurs de mémoire, différences inobservables avec des groupes de comparaison, etc.)
- Les résultats devront être spécifiques, concis et appuyés par des données factuelles fiables sur le plan qualitatif et quantitatif.
- Les recommandations doivent être appuyées par un ensemble de résultats spécifiques.
- Les recommandations doivent être exploitables, pratiques et spécifiques et désigner des responsables pour chaque action à entreprendre.

La méthodologie et le rapport d'évaluation seront en conformité avec la politique d'évaluation de l'USAID et la liste de vérification de l'USAID servant à examiner le contenu des rapports d'évaluation.

XVIII. PERSONNES À CONTACTER À L'USAID

	Contact principal	**Contact secondaire 1**	**Contact secondaire 2**
Nom :	Harriet Ahokpossi	Michelle Kouletio	Carrie Rasmussen
Poste :	Spécialiste en gestion de programmes	Conseillère PMI de l'USAID	Chef de l'équipe santé
Bureau/Mission de	USAID/Bénin	USAID/Bénin	USAID/Bénin

l'USAID			
Courriel :	hahokpossi@usaid.gov	mkouletio@usaid.gov	crasmussen@usaid.gov
Téléphone mobile (optionnel)	-	97974778	-

XIX. MATÉRIEL DE RÉFÉRENCE

Documents et matériels nécessaires et/ou utilisés pour la mission du consultant et n'étant pas énumérés ci-dessus.

Tous les documents et matériels de référence se trouvent dans un dossier Google partagé.
https://drive.google.com/a/usaid.gov/?tab=mo#folders/0B0SqtxfW9bGEN1ZtbG1RbExsY0k

ANNEXE II. PERSONNES INTERROGÉES

USAID/Bénin
Kevin Armstrong, Directeur de mission
Carrie Rasmussen, Directrice du Bureau Santé
Harriet Ahokpossi, Responsable des programmes de santé
Michelle Kouletio, Conseillère PMI pour l'USAID
Ricardo Missihoun, Spécialiste Produits & Logistique
Rose Anagonon, Assistante administrative
Omonyêlé Adjognon, Spécialiste de la gestion des subventions
Marie-Noèl Maffon, Spécialiste, Programmes et communication
Peter Thomas, Conseiller résident du CDC
Michael Humes, Conseiller SMI/Paludisme, AFR/SD

ARM3
Gilbert Andrianandrasana, Chef de mission
Jean Fortuné Dagnon, Responsable S&E
Jeanne Togbenou, Responsable CCC
Inoussa Akadiri, Responsable de la prise en charge des cas
Urbain Amegbedji
Ramani Saliou, Coordinateur des diagnostics
Lorens Zinsalo, Assistante S&E
Prudent Assogba, Coordinateur de la gestion de la chaîne d'approvisionnement sur le terrain
Ghislaine Djidjoho, Pharmacienne, Gestion de la chaîne d'approvisionnement

ANCRE
Mathias Yameogo, Chef de mission
Marie-Agnes Agboton-Zoumenou, Conseillère en politique et plaidoyer
Marthe Agbogbe Akogbeto, Conseillère SMNI
Mahefa Rajoelison, Conseillère pour le secteur privé
Alphonse Guedeme, Conseiller S&E

PSI/ABMS
Margaret Wilson, Directrice exécutive
Evariste Zingan, Directeur adjoint chargé des opérations
Felix Agbakou, Directeur administratif et financier
Aristide Hontonou, Coordinateur, Recherche qualitative
Jules Hountondgi, Coordinateur, Survie de l'enfant

Clinique ProFam
Rafiou Baguidi, Clinique Baguidi « L'As de cœur, » Parakou
Lahanatou Bio Mama, Clinique Beau Bébé, Parakou
Alexis Gbaguidi, Clinique coopérative d'Abomey
Pascal Deffodji, Clinique ProFam, Savalou

Partenaires et communautés favorisant la promotion des efforts entrepris
Jean Affo, Coordinateur de projet au niveau du pays

Financement et gouvernance en matière de santé
Pascal Soglohoun, Coordinateur

Leadership, gestion & gouvernance
Gilles Bokpe, Responsable de projet au niveau du pays
Léandre Sohounde, Conseillère S&E

Ministère de la santé
Niveau national
Lucien Toko, Directeur adjoint, Direction nationale de la santé publique
Thierry Tossou, Directeur adjoint, Direction de la santé maternelle et infantile
Mariam Okê Sopoh, Coordinatrice, Programme national de lutte contre le paludisme
Mariam Okê Sopoh, Coordinatrice, Programme national de lutte contre le paludisme
Filémon Tokponnon, Programme national de lutte contre le paludisme
Bella Dos Santos-Hounkpe, Programme national de lutte contre le paludisme
Lamine Adognon Gtabi, Programme national de lutte contre le paludisme
Cherifatou Adjibabi, Programme national de lutte contre le paludisme
Christine Goajo, Programme national de lutte contre le paludisme
Boniface Denakpo, Programme national de lutte contre le paludisme

Département de Borgou/Alibori
Fatioulaye Issa Djibril, Directeur de la santé, Départment de Borgou/Alibori
Fabien N'tia, Chef, SMI, Département de Borgou/Alibori
Abdou Hakim GOUDA, Section Santé, SPIRS, Département de Borgou/Alibori
Sœur Mireille Aguessi, Directrice de l'Hôpital Saint Martin de Papané (Hôpital de Zone, Tcharourou)
Abdou Moumouni Bah l'Imam. Sœur Mireille Aguessi, Directrice de l'Hôpital Saint Martin de Papané (Hôpital de Zone, Tcharourou)
Emile Kouthon, Obstéricien-gynécologue à l'Hôpital Saint Martin de Papané (Hôpital de Zone, Tcharourou)
Lydie Dedewanou, Responsable médical de district, Centre de santé 1, Tchaourou
Benoît Godonou, Infirmier en chef, Centre de santé 1, Tchaourou
Matinou Mama, Statisticienne, Centre de santé 1, Tchaourou
Sidonie Alla, Sage-femme diplômée d'État, Centre de santé 1, Tchaourou
Joel M. Lokoklounon, Responsable, Centre de santé II, Tchatchou

Département d'Atacora/Donga
Jacob Namboni, Directeur de santé, Département d'Atagora/Donga
Jean N'tcha, Chef, SMI, Département d'Atagora/Donga
Chastine Chabi, Responsable, Centre de prévention et de traitement du VIH/SIDA, Département d'Atagora/Donga

Mamodou Bio Mande, Responsable CCC, Centre de prévention et de traitement du VIH/SIDA, Département d'Atagora/Donga, Bienvenu Doho Dehogbe, Programme national de lutte contre le paludisme
Magloire Houeho, Chef par intérim, CAME, Atacora
Parfait Koriko, Responsable de dépôt, CAME, Atacora
Edwige Zinzindohoue, Infirmière, CS 2 Djougou
Fati Boni Biao, Sage-femme diplômée d'État, CS 2 Djougou
Victoire Tchetou, Sage-femme diplômée d'État, CS 1 Copargo
Samuel Dagbenon, Infirmier diplômé d'État, CS 2 Manigri
Emma Mensah, Sage-femme diplômée d'État, CS 2 Manigri
Joseph Tchanati, Infirmier, CS 2 Badjoudè
Lucie Makataoue, Aide-infirmière CS 2 Badjoudè
Marie Noelle Legba, Sage-femme diplômée d'État, CS2 Pabégou
Anne Wele, Infirmière diplômée d'État, CS 2 Pénéssoulou
Atïbatou Soumanou, Aide-infirmière CS 2 Pénéssoulou
Lambert Loko, Directeur, Hôpital de zone, Bassila
Pérec Gandaho, Médecine générale, Hôpital de zone, Bassila
Urbain Boko Y, Spécialiste en soins infirmiers, Hôpital de zone, Bassila
Benjamin Houngnibode, Hôpital de zone, Bassila
Modeste Houemenou, Médecine générale, CS 1 Bassila
Vicencia Yamongbe, Sage-femme diplômée d'État, CS 1 Bassila
Sourakatou Salifou, Coordinateur de zone médicale, Djougou, Copargo, Ouaké
Bachirou Balawe, Responsable de l'entrepôt de zone, Djougou, Copargo, Ouaké
Aboubakar Isso, Responsable des stocks à l'entrepôt de zone, Djougou, Copargo, Ouaké
Romeo Sogan, Djougou, Copargo, Ouaké

Département de Zou/Collines
François Kossouho, Directeur de santé, Département de Zou/Collines
Evariste Djossou, Infirmier diplômé d'État, Centre de santé I, Zagnanado
Estelle Azon, Infirmière diplômée d'État, Centre de santé I, Zagnanado
Ginette Fernando, Sage-femme diplômée d'État, Centre de santé II, Agonlin Houégbo
Bertille Yevide, Infirmière, Centre de santé II, Agonlin Houégbo
Josiane Hounhinto, Responsable du dispensaire, Centre de santé II, Ouinhi
Justine Kinha, Responsable de la maternité, Centre de santé II, Ouinhi
Romuald Sokadjo, Chef de l'administration, Hôpital de zone, Cové
Anagonou Assogba, Statisticienne-Infirmière générale, Hôpital de zone, Cové
Louis Lokossi, Responsable de la pharmacie, Hôpital de zone, Cové

ONG Dedras
Raoul Balogoun, Directeur de projet
Zull-Kiff, Responsable de projet, PIHI-C, Bassila
Fortuné A. Challa, Responsable de projet, PIHI-C, Kandi

ONG Sian'son
Salomon Balogoun, Directeur exécutif
Kalid Biga, Responsable de projet, PIHI-C, Dgougou

Hubert Torou, Responsable S&E, PIHI-C, Tchaourou
Halima Coulibaly, Responsable de projet, PIHI-C, Tchaourou

UNICEF
Adama Ouedraogo, Chef de section, Survie de l'enfant et développement

UNFPA
Koudaogo Ouedraogo, Représentant résident

OMS
Télesphore Houansou Npo
Dina Vladimirovna Gbenou

Participants aux discussions dirigées (identités tenues confidentielles)
5 clients au CS 1 Zagnanado
22 clients au CS 1 Copargo
11 clients au CS 2 Manigri

ANNEXE III. INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNEES

EVALUATION DE LA PERFORMANCE DU PROGRAMME INTEGRE DE SANTE FAMILIALE ET DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME DE L'USAID / BENIN

Introduction: Nous procédons à une évaluation de l'aide fournie par le gouvernement des États-Unis (USG) pour la santé familiale et des services paludisme au Bénin. Nous vous serions reconnaissants si vous souhaitez passer un peu de temps à répondre à quelques questions au sujet de votre expérience dans la prestation des services de soins de santé IFH / paludisme.

Consentement et confidentialité: Ce sondage est totalement anonyme (votre nom ne sera pas utilisé), et vous ne seront pas identifiés. Votre participation est volontaire. Vous n'avez pas à répondre à toutes les questions que vous ne souhaitez pas répondre. Vos réponses seront analysées avec beaucoup d'autres de fournisseurs de soins de santé et les patients à travers le pays pour se assurer que les ressources de USG et le partenariat avec les installations Bénin de soins de santé parvienne à ceux qui en ont besoin.

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES NIVEAUX DEPARTEMENTAL ET PERIPHERIQUE

1. Date de la visite / ___/ ___/ ____

2. Nom de l'enquêteur :

3. Nom de l'établissement

4. Département:

5. Commune

6 Zone sanitaire:

7 Nom du Répondant: ……..... Téléphone ……

8 Catégorie de Personnel de Santé [___]

1. Médecin spécialiste, 2. Médecins généralistes, 3, Chirurgien, 4, Dentiste, 5. Pharmacien, 6. Sage-Femme d'État spécialiste, 7. IDE Spécialiste, 8. IDE, 9. Sage-Femme d'État, 10. Infirmier Breveté 11. Autres

1a. Savez–vous que l'USAID appuie la Santé Familiale Intégrée?

Oui [___] (1) Non [___] (2)

Si Oui, comment percevez-vous cet appui?

PRESTATAIRES SERVICES

Centres de santé & cliniques ProFam

Quelles sont les meilleures pratiques et réalisations de l'IFHP, notamment les facteurs ayant contribué à ces réussites ?

A. RESULTATS DES INTERVENTIONS A IMPACT ELEVE

1.1. Consultation prénatale (CPN, Paludisme de la femme enceinte, vaccination)

1.1.1 Quelle proportion des consultations prénatales est réalisée par du personnel qualifié?

1.1.2 Quelle proportion des femmes vues en CPN ont reçu trois(3) doses de SP pendant la grossesse?

1.1.3 Quelle proportion des femmes vues en CPN ont reçu trois(3) doses de vaccin antitétanique pendant la grossesse?

1.2. Accouchement par du personnel qualifié

1.2.1. Est-ce que les salles d'accouchement des CS visités sont conformes (espace suffisant, oxygène, éclairage, aération, source de lumière, propreté, matériels de réanimation du nouveau-né, eau et solution de décontamination)?

1.2.2.

1.2.3. Quelle proportion d'accouchements réalisée avec remplissage du partogramme?

1.2.4. Quelle proportion d'accouchements réalisée en respectant le protocole de la GATPA (ocytocine dès la sortie du bébé, traction contrôlée du cordon, massage utérin)?

1.3. PF

1.3.1. Quelles sont les méthodes modernes de contraception offertes par le centre de santé (cocher oui ou non)

- Pilule Oui =1 [___] Non =2 [___]
- Contraceptif injectable Oui (1) [___] Non=2) [___]
- Condom Oui (1) [___] Non=2) [___]
- MAMA Oui =1) [___] Non=2 [___]
- Implant Oui (1) [___] Non=2[___]
- DIU Oui (1) [___] Non=2 [___]
- Collier Oui (1) [___] Non=2 [___]

1.4. SONU Complet

Est-ce que l'HZ visité offre le paquet SONU complet ? Oui (1) [___] Non(2) [___]

Si non, pourquoi?

1.5. **Vaccinations infantiles**

Le centre de santé applique-t-il la vaccination des <1an selon les stratégies requises suivantes

- stratégie fixe Oui (1) [___] , Non(2) [___]
- stratégie avancée, Oui (1) [___] Non=2) [___]

Si non, pourquoi?

- rattrapage des cas manqués, Oui (1) [___] Non=2) [___]

Si non, pourquoi?

1.6. **Paludisme < 5ans**

Est-ce que le TDR est systématisé avant tout traitement anti-palustre dans votre CS?

- Oui (1) [___] Non (2) [___]

1.7. **IRA < 5ans**

Nombre de cas de pneumonies traitées chez les enfants avec un antibiotique approprié et par un personnel qualifié ou un Relais communautaire

1.8. **Malnutrition (mesures préventives dans PCIME, stratégie nationale de PEC de la malnutrition aigüe)**

- Avez-vous des activités de prévention de la malnutrition en direction des mères des enfants <5ans? Oui=1 [___] Non=2 [___]
- Si non pourquoi?
- Si oui, demander le rythme et vérifier les équipements (anthropométrique « pèse bébé, pèse personne, toise, ruban etc. », audio visuels, culinaire, boîte à images, vidéo)
- L'équipe qui s'occupe de ces activités a-t-elle été formée? Oui =1 [___] Non=2 [___]

1.9. **Quels sont les principaux défis qui restent à lever avec votre expérience de mise en œuvre des interventions de santé familiale et de lutte contre le paludisme?**

1.10. **Comment procédez-vous pour lever ces défis?**

1.11. **Quelle méthode avez-vous en place pour le suivi des cibles des interventions de la mère et de l'enfant?**

1.12. **Est-ce que vos patients respectent les traitements et RDV de suivi?**

Oui= 1 [___] Non=2 [___]

- Si non pourquoi ?

B. MEILLEURES PRATIQUES & APPROCHES

1.13. **Selon vous quelles sont les meilleures pratiques héritées des projets santé financés par USAID ?**

1.14. **Quelles sont les meilleures approches novatrices apprises avec les projets santé financés par USAID?**

C. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

1.15. **Pouvez-vous nous résumer le volet CCC des interventions de l'USAID?**

1.16. **Selon vos commentaires, Pouvez-vous nous citer quelques-unes des activités de ce volet?**

1.17. **Quelles sont les activités CCC que vous considérez comme une réussies?**

1.18. **Que souhaiteriez-vous que l'on prenne en compte dans les futures interventions en matière de CCC?**

DDS, MCZ et/ou
RESPONSABLE DE FORMATION SANITAIRE /DEPOT/PHARMACIE

D. RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE ET GENRE

D1. CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

1.19. **Voulez-vous nous montrer les outils que vous utilisez pour gérer vos stocks de médicaments?**

1.20. **Quel système d'alerte avez-vous en place pour prévenir les ruptures de stock des médicaments?**

1.21. **Avez-vous enregistré une rupture de stock sur les produits suivants dans les trois (3) derniers mois:**

1.22.

- ***Planification familiale***

• Pilule	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Contraceptif injectable	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Condom	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Implant	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• DIU	Oui =1 [___]	Non =2 [___]

- ***Santé maternelle***

• SP	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Fer – Acide Folique	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Ocytocine	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• misoprostol	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Vaccin antitétanique	Oui =1 [___]	Non =2 [___]

- ***Paludisme***

• TDRs	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• CTAs	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• MILDA	Oui =1 [___]	Non =2 [___]

- ***Santé infantile***

• Orasel/Zinc	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Vaccin antirouge	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Antibiotiques	Oui =1 [___]	Non =2 [___]

- ***Infection Prevention***

• Gants d'examen	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Eau de javel	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Boîtes de sécurité	Oui =1 [___]	Non =2 [___]
• Autoclave ou Poupinel	Oui =1 [___]	Non =2 [___]

4) Que faites-vous en cas de rupture de stock ?

5) Le responsable de la gestion des stocks a-t-il été formé sur les nouveaux outils de gestion des stocks?

Oui=1 [___] Non=2 [___]

6) Comment vous débarrassez-vous des médicaments périmés ?

D2. Système de gestion de l'information sanitaire

<u>Niveau périphérique</u>

1.23. **Quelle(s) difficulté(s) éprouvez-vous à l'utilisation du système de collecte et de gestion de l'information sanitaire?**

1.24. **Selon quel rythme acheminez-vous les rapports statistiques et d'activités?**

D3. RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

1.25. **Indiquez le nombre d'agents présents sur les postes suivants:**

Les normes d'effectifs des ressources humaines en santé et les nombres actuelles

Personnel par catégorie professionnelle	CS Arrond (2)		CS Commune (1)		Hosp Zone		Centre Hosp Departement	
	Normes d'effectifs	Actuelles	Normes d'effectifs	Actuelles	Normes d'effectifs	Actuelles	Normes d'effectifs	Actuelles
Médecins Spécialistes	0		2		8		29	
Médecins Généralistes	0		1		6		6	
Chirurgiens-Dentistes	0		0		1		2	
Pharmacien	0		0				1	
Sage-Femme d'État spécialistes	0		2		3		4	
Infirmière d'État spécialistes	0		3		14		23	
Infirmière d'État	1		2		10		12	
Sage-Femme d'État	1		2		8		0	
Infirmière Breveté	4		3		10		4	
Ing./Tech.Sup/Tech.B Analyses Biomédicales	0		3		7		14	
Ing./Tech Sup en Imagerie Médicale	0		1		4		4	
Aides-soignants	4		6		20		6	
Technicien ou assistant d'hygiène	1		1		2		2	
Tech. Sup Action Sociale & Prothésistes Dentaires	0		1		4		3	
Personnel Administratif	5		9		35		31	
EFFECTIF de personnel par structure sanitaire	**16**		**36**		**132**		**92**	
Nombre de Formations Sanitaires publiques à couvrir dans le pays	**578**		**82**		**34**		**1**	

1.26. **Quel est le nombre de personnel féminin dans équipe?**

1.27. **Quel est le nombre de staff qui lors des deux dernières années a bénéficié des formation/recyclage sur les thèmes suivants:**

Cadre	Paludisme		PMCI		Santé Maternelle		Planning Familial		RSS	
	PC Nouveau Protocol	Prevention	Diarrhea	IRA	CPN	GATPA	Conseil	l'Offre	GCA	SNIGS
Médecins Spécialistes										
Médecins Généralistes										
Pharmacien										
Sage-Femme d'État spécialistes										
Infirmière d'État spécialistes										
Infirmière d'État										
Sage-Femme d'Etat										
Infirmière Breveté										
Ing./Tech.Sup/Tech.B Analyses Biomédicales										
Ing./Tech Sup en Imagerie Médicale										
Aides-soignants										
Technicien ou assistant d'hygiène										
Personnel Administratif										
COGES										
Relais										

D4. FINANCEMENT DE LA SANTE

1.28. **Quelle est la source de dépenses familiales en matière de santé? (Budget familial; mutuelle de santé Assurance, Sécurité Sociale)**

D5. MEILLEURES PRATIQUES & APPROCHES

1.29. **Selon vous quelles sont les meilleures pratiques héritées des projets santé financés par USAID?**

1.30. **Quelles sont les meilleures approches novatrices apprises avec les projets santé financés par USAID?**

2. NIVEAU DDS/ZS/RESPONSABLES SANTE FAMILIALE

Quels sont les obstacles rencontres et les limites la mise en œuvre des projets de santé familiale intégrée y compris les facteurs qui ont contribué a leurs insuffisances?

2.1 Obstacles et Limites

2.1.1 Quelles sont les conséquences du fractionnement des projets de l'USAID avec des financements émiettés, prédéterminés et fixes (niveau central)?

2.1.2 Que vous suggère l'expression « Effet projet » (général)

2.1.3 Si son effet est négatif, que proposez-vous pour l'éviter dans le futur?

2.1.4. Dans les projets de l'USAID, que pensez-vous que nous devons faire pour privilégier le "faire faire" au "faire" afin de faciliter l'appropriation/capitalisation des acquis du projet (niveau central)?

2.1.5. Comment rationaliser l'utilisation des ressources humaines, financières et techniques, mis à disposition par les projets?

2.1.6. Le défaut d'intégration du secteur privé (niveau central)

2.1.7. Que pensez-vous de l'affirmation suivante:
« Les prestataires et le système sanitaire ne sont pas souvent bien préparés pour accueillir et assurer les nouvelles stratégies expérimentées par les projets » (périphérie)

2.1.8. Pensez-vous que les actions/activités, procédures, stratégies, systèmes de collecte et de gestion de l'information sanitaire, outils, voire perdiems se déroulent de façon harmonieuse entre les divers partenaires?

2.1.9. Quelles sont selon vous les conséquences sur l'offre des soins et les interventions des projets, attribuables aux grèves persistantes?

2.1.10. Avez-vous noté des difficultés de collaboration sur les projets financés par l'USAID
(niveau central DDS et ZS)
Oui=1 [___] non=2 [___]
Si oui, les quelles ?

2.1.11. Quelles solutions suggérez-vous pour résoudre ces difficultés?

2.1.12 Comment percevez-vous les changements intervenus dans les activités financées par l'USAID?
2.1.13. De quelle manière ces changements ont-ils affecté votre plan de travail?
2.1.14. Y-a-t-il eu des changements dans:

- La supervision des agents de santé ? oui=1 [___] non=2 ___]
- les prestations de services? oui=1 [___] non=2 ___]
- le monitoring des activités? oui=1 [___] non=2 ___]
- le renforcement du suivi de l'approvisionnement oui=1 [___] non=2 ___]

De quelle manière:

2.2. Capacités et Implication des ONG

2.2.1. Selon vous, les ONG partenaires ont elles les capacités techniques de la gestion financière et de Gouvernance selon les normes de l'USAID? (Bureau ARM3 de Parakou, DDS, médecin-chef CS et MCZ)

Est-ce que les ONG sont réellement impliquées dans la mise en œuvre du PIHI?
oui=1 [___] non=2 ___]

Si oui de quelle manière et quelles activités ont-elles réalisé?
Si non, pourquoi?

2.3. Révision du projet

2.3.1. Pour quelles raisons ARM3 a-t-il démarré en retard? (ARM3, DDS, ZS)

2.3.2. Pour quelles raisons les priorités du projet ont-elles été réaménagées en juin 2014? (ARM3, DDS, ZS)

2.3.3. Quelles conséquences avez-vous constaté lors des retards de démarrage opérationnel et financier des projets? (ARM3, DDS, ZS)

Comment les changements de priorités ont-ils été vécus et gérés par l'équipe du projet, les partenaires « ONG, Structures Gouvernementales décentralisées, etc.

3. De quelle manière ARM3 a t'il contribué à la couverture et à la performance des interventions de lutte contre le paludisme au Bénin?

(À quel point le projet ARM3 a-t-il contribué à la couverture et aux résultats des interventions antipaludiques au Bénin?)

3.1. Performance d'ARM3

3.1.1. Quelles sont les réalisations d'ARM3 à ce jour? (PNLP, DDS, ZS)

3.1.2. Selon vous quels ont été les défis? (PNLP, ARM3, DDS, ZS)

3.1.3. Quels sont les facteurs qui ont contribué aux succès et/ou aux échecs d'ARM3? Justifiez vos réponses (PNLP, ARM3, DDS, ZS)

3.1.4. Quelles interventions jugez-vous indispensables dans le prochain projet ARM3-2? Justifiez vos choix (PNLP, ARM3, DDS, ZS)

3.2. Suggestions & Recommandations

3.2.1. Que proposez-vous pour qu'ARM3 atteigne ses objectifs pour le temps qu'il lui reste?

PNLP

ARM3

IFHP

DDS / ZS

3.2.2. Quelles sont les leçons que vous tirez de la mise en œuvre d'ARM3 depuis son démarrage?

PNLP

ARM3

IFHP

DDS / ZS

EVALUATION DE LA PERFORMANCE DU PROGRAMME INTEGRE DE SANTE FAMILIALE ET DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME DE L'USAID / BENIN

***Introduction* :** Nous réalisons une évaluation d'assistance pour le gouvernement américain dans le cadre des services de santé familiale et de lutte contre le paludisme au Bénin. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous consacrer un peu de temps pour répondre à quelques questions concernant votre expérience avec ces services de santé.

Consentement et confidentialité : Cette enquête est entièrement anonyme (votre nom ne sera pas utilisé) et vous ne serez pas identifié. Votre participation se fait à titre volontaire. Vous n'avez pas à répondre à des questions qui vous gênent. Vos réponses seront analysées avec beaucoup d'autres ayant été émises par des prestataires de soins et des patients à travers le pays pour garantir que les ressources du gouvernement américain et le partenariat avec les structures de santé au Bénin parviennent aux établissements en ayant besoin.

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ORGANISATIONS NON-GOVERNEMENTALES (ONG)

1. Date de la visite ____/ ___/ ____
2. Nom de l'enquêteur _____
3. Nom de l'ONG _____
4. Département: _____
5. Zone: _____
6. Nom du Répondant: ……..... n^0 de tél_____
7. Profil du répondant _____

1. Comment appréciez-vous la collaboration entre ARM3 et votre ONG?
2. Y a –il eu des problèmes/obstacles ? [___] oui=1 [___] non=2
   - 2.1. Si oui lesquels?
   - 2.2. Comment ont-ils été résolus ?
3. Comment appréciez-vous l'appui de vos interventions par APC?
4. Y a –il eu des problèmes/obstacles ? [___] oui=1 [___] non=2
   - 4.1. Si oui lesquels?
5. Comment appréciez-vous la collaboration entre la zone sanitaire et votre ONG?
6. Y a –il eu des problèmes/obstacles ? [___] oui=1 [___] non=2
   - 6.1. Si oui lesquels?
   - 6.2. Comment ont-ils été résolus?
7. Comment appréciez-vous la collaboration entre la communauté et votre ONG?
8. Y a –il eu des problèmes/obstacles? [___] oui=1 [___] non=2

8.1. Si oui lesquels?

8.2. Comment ont-ils été résolus?

9. De quelle manière USAID renforce-t-elle la collaboration entre ceux qui sont chargés de la Mise en Œuvre des activités PIHI à la base communautaire?

10. Quelle(s) difficulté(s) éprouvez-vous à l'utilisation du système de collecte et de gestion de l'information sanitaire?

11. Selon quel rythme acheminez-vous les rapports statistiques et d'activités ?

12. Quelle(s) difficulté(s) éprouvez-vous avec la chaine d'approvisionnement des intrants y compris les MILD?

13. Quel est l'effectif de votre personnel ? /___/___/

14. Énumérez les différentes catégories de personnel

15. Quel est le % du personnel féminin dans l'équipe?

16. Pensez-vous que les actions/activités, procédures, stratégies, systèmes de collecte et de gestion de l'information sanitaire, outils, voire per diems se déroulent de façon harmonieuse entre les divers partenaires?

17. Quels sont les principaux défis qui restent à lever avec votre expérience de mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme (comme Prévention, Prise en charge, Approvisionnement en médicament, référence des cas graves)?

17.1. Comment procédez-vous pour lever ces défis?

18. Quels sont les principaux défis qui restent à lever avec votre expérience de mise en œuvre des interventions de santé familiale (comme PF, VIHI/SIDA, PTME, etc…)

18.1. Comment procédez-vous pour lever ces défis?

19. Quelle méthode avez-vous en place pour le suivi des cibles des interventions de la mère et de l'enfant?

20. Avez-vous enregistré une rupture de stock de vos produits dans les trois (3) derniers mois: [___] oui=1 [___] non=2

20.1 Si oui, quels produits?

20.2. Comment a-t-elles été résolus?

21. Paludisme < 5ans

Est-ce que le TDR est systématisé avant tout traitement anti-palustre?

[___] oui=1 [___] non=2

22. IRA < 5ans

Combien de cas de pneumonie chez l'enfant ont été traités avec les antibiotiques appropriés par des agents de santé formés ou par des agents de santé communautaire dans le cadre des programmes financés par l'USAID? /__/__/__/

23. Quelles sont les mesures préventives dans PIHI de la malnutrition aigüe sur lesquelles votre ONG intervient?

24. Avez-vous des activités de prévention de la malnutrition en direction des mères d'enfants <5ans ? [___] oui=1 [___] non=2

24.1. Si oui lesquelles?

24.2 Si non pourquoi?

25. Quelles sont les leçons que vous tirez de la mise en œuvre des activités PIHI à base communautaire?

26. Quelles recommandations avez-vous pour le programme futur de l'USAID en matière de la santé communautaire?

Guide de Groupe de Discussion Focalisée

Participants:

Note: L'animateur doit ventiler les participants par sexe et par âge après avoir organisé les groupes pour la discussion focalisée.

Zone: _____ Commune: _____

Communauté: _____

Date:

Questions de discussion pour des groupes de 8 à 12 clients du Centre de Santé : L'équipe d'enquête devrait assurer participants aux groupes de discussion qu'ils ne seront pas identifiés dans un rapport et que leur expérience est une rétroaction importante pour assurer des services axés clients la qualité sont disponibles dans leurs propres communautés et à travers le pays.

Introduction: «Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à ce groupe de discussion importante. Commençons par nous présenter en utilisant nos prénoms. Lorsque nous aurons terminé ce tour d'introductions Je vais demander au groupe quelques questions. Vous aurez tous l'occasion de parler. Vous n'êtes pas obligé de répondre à chaque question ».

Q1. Comment avez-vous bénéficié des services de santé familiale et/ou du paludisme au centre de santé _____?

Probe : Avez-vous tous été en mesure d'obtenir des services?
Probe : Y at-il d'autres avantages qui sont fournis?

Q2. Y at-il des difficultés ou des obstacles à l'utilisation des services de santé familiale, le paludisme ou des autres services? Parlez-nous-en.

Probe : Problèmes avec la prestation de services ?
Probe : Coûts ? Temps / distance de venir à l'établissement de santé ?
Probe : Ces difficultés commun? Avez-vous tous connu ces difficultés ou des difficultés similaires ?
Probe : Y at-il d'autres difficultés ou défis ?

Q3. Avez-vous remarqué des changements dans les services de santé familiale et le paludisme au cours des deux dernières années? Si oui, se il vous plaît nous dire à propos de ces changements.

Probe: Pourquoi et quand ces changements ont eu lieu?

Q4. Les communautés ont été impliquées dans la gestion ou de l'organisation des services de soins et de soutien?

Probe: Faites les Communautés ont une voix dans les services de la façon dont sont fonctionner?

Q5. Comment avez-vous été informé des services offerts par le centre de santé?

Probe: [Radio, Télévision, Voisin, Parent, Agent de santé, Relais communautaire, Conjoint, COGECS, Autres]

Q6. Quand vous étiez avec l'agent de santé, vous a-t-il mis à l'aise pour recevoir la prestation? qu'a-t-il fait en particulier?

Probe: [reçu seule, a bien accueilli, a posé des questions, a rassuré de la confidentialité des discussions, a rassuré de la disponibilité des produits (Par exemple, contraceptifs), autre]

Probe: Etiez-vous à l'aise pour poser des questions à l'agent de santé lors de la séance?

Q7. Quelle appréciation faites-vous du temps d'attente la denier consultation?

Probe: temps de arrive, temps de départ

Q8. Combien avez-vous dépensé habituellement les prestations au centre de santé?

Probe: Pour le transport, la consultation, les médicaments et / ou la méthode contraceptive choisie, autre?

ÉVALUATION DE PERFORMANCE DU PORTEFEUILLE/PROGRAMME

DIRECTIVES D'ENTRETIEN POUR LES RESPONSABLES
(Conseiller USAID/PMI /COP ARM3/COP ANCRE-MOH UNICEF WHO UNFPA CTB)

Veuillez informer l'interviewé que la discussion concerne l'ensemble des Opérations de l'USAID (USAID/Portfolio en l'occurrence les projets : IFHP =>ANCRE, ARM3, LMG, PIHI etc.).

Il est demandé à l'interviewé de bien vouloir indiquer/spécifier le(s)quel(s) des projets le concerne.
1ère partie est générale du portfolio et la seconde partie sera plus spécifique

1. Date de l'interview :	
2. Interviewer :	
3. Nom et Fonctions de la (ou des) personne (s) interviewée(s):	
4. Quelle est la mission de votre institution en matière de Integrated Family Health Program (IFHP) including : MCH, RH, FP, la lutte contre le Paludisme, Leadership and gouvernance. et Paquet Intégré d'intervention à Haut Impact (PIHI), Health Financing (HF), Social marketing and private sector? … etc.	
5. Dans le cadre de la réduction de la morbidité et mortalité (OMD 4&5) Comment collaborez-vous avec le MS : la Direction de la Santé Mère & Enfant (DSME), le Programme Élargi de vaccination (PEV), le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), etc.?	
6. Quels sont les documents normatifs (politique, base line documents) qui ont été financés/élaborés par votre institution dans le cadre de l'appui au MS?	
7. Quels sont selon vous les documents normatifs qui manquent encore au pays?	
8. Quelles études ont été réalisées dans le pays au cours des 5 dernières années en lien avec le soutien de votre institution au secteur de la santé? NB : Demander les rapports des études qui ont été réalisées.	
9. Votre institution appuie-t-elle des interventions directes au niveau opérationnel?	
10. Quels sont selon vous les bienfaits de l'intégration des activités (SME/SR/PF PEV, Lutte contre le Palu, Nutrition, WASH, etc.). des Programmes dans la réduction de la mortalité–Morbidité des groupes cibles? Le cas échéant, ces bienfaits ont-ils été documentés?	
11. Quels sont les effets pervers des programmes financés dans le domaine de la santé?	
12. Quelles leçons tirez-vous de la mise en œuvre de ces interventions?	
13. Quelles sont selon vous, les activités relatives à la santé Mère Enfant/SR /PF PEV et Lutte contre le Palu et Nutrition WASH qui doivent nécessairement figurer dans les programmes futurs?	

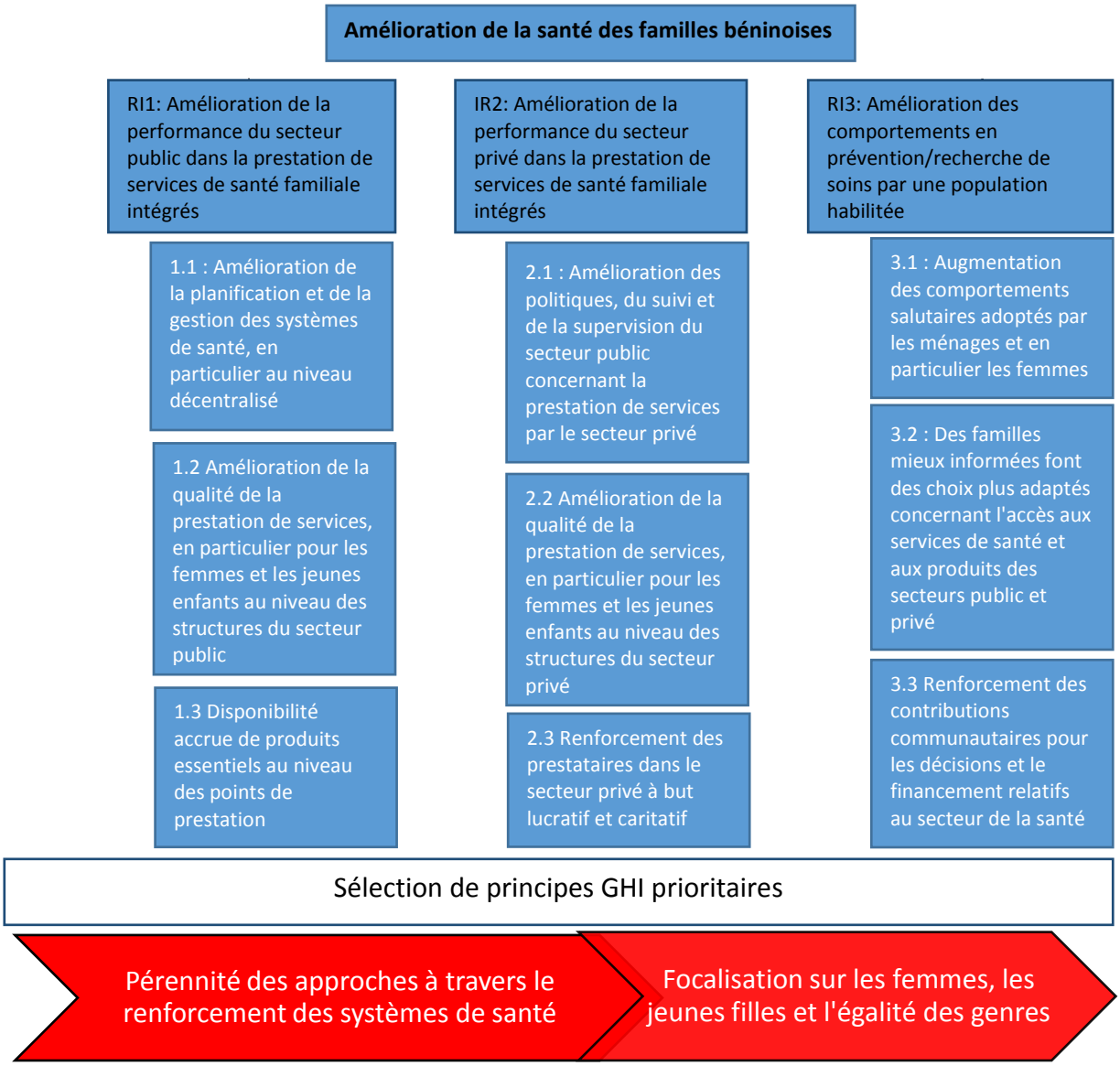
14. Quelles sont, selon vous les lacunes qui restent à combler en matière d'appui au secteur sanitaire à titre indicatif: En matière de documents normatifs: En matière de capacités de mise en œuvre: En matière de niveau de couverture des bénéficiaires: En matière de gestion des risques liés à l'activité: En matière de SME/SR/PF PEV: En matière de Lutte contre la Paludisme: En matière de : Nutrition WASH:
15. Existe-t-il dans le pays des exemples d'initiatives de SME/SR/PF-PEV Lutte contre le Paludisme/Nutrition /WASH réalisées par d'autres partenaires qui pourraient inspirer vos appuis futurs?
16. Comment, selon vous, peut-on améliorer la collaboration entre votre Institution et les autres partenaires qui interviennent dans la santé?

17. Dans quelle mesure le projet ARM3 a contribué à la couverture et la performance des interventions antipaludiques au Bénin?
18. Quelles sont les meilleures/bonnes pratiques et réalisations d'ARM3, y compris les facteurs qui ont contribué à ces succès? (1st Question of Evaluation)
19. USAID/Bénin a besoin de savoir dans quelle mesure ses efforts de renforcement des systèmes de santé (RHS, SGIS, chaîne d'approvisionnement / produits de base, financement des soins de santé et la gouvernance) et genre aux niveaux central, intermédiaire et périphérique (établissements et de la communauté) contribuent à la performance.
20. Peut-on examiner les résultats des activités à la fois pour les secteurs public et privé en matière IFHP & ARM3 et faire des recommandations sur les endroits où la mission USAID/Benin devrait concentrer ses efforts HSS et de genre à l'avenir?
21. Quels ont été les obstacles rencontrés et les limites de l'IFHP, ARM3 y compris les facteurs qui ont contribué à ces lacunes?
22. Selon vous, a) quel(s) projet(s) peuvent être jugés de réussis? b) lesquels peuvent être jugés de moins satisfaisant?

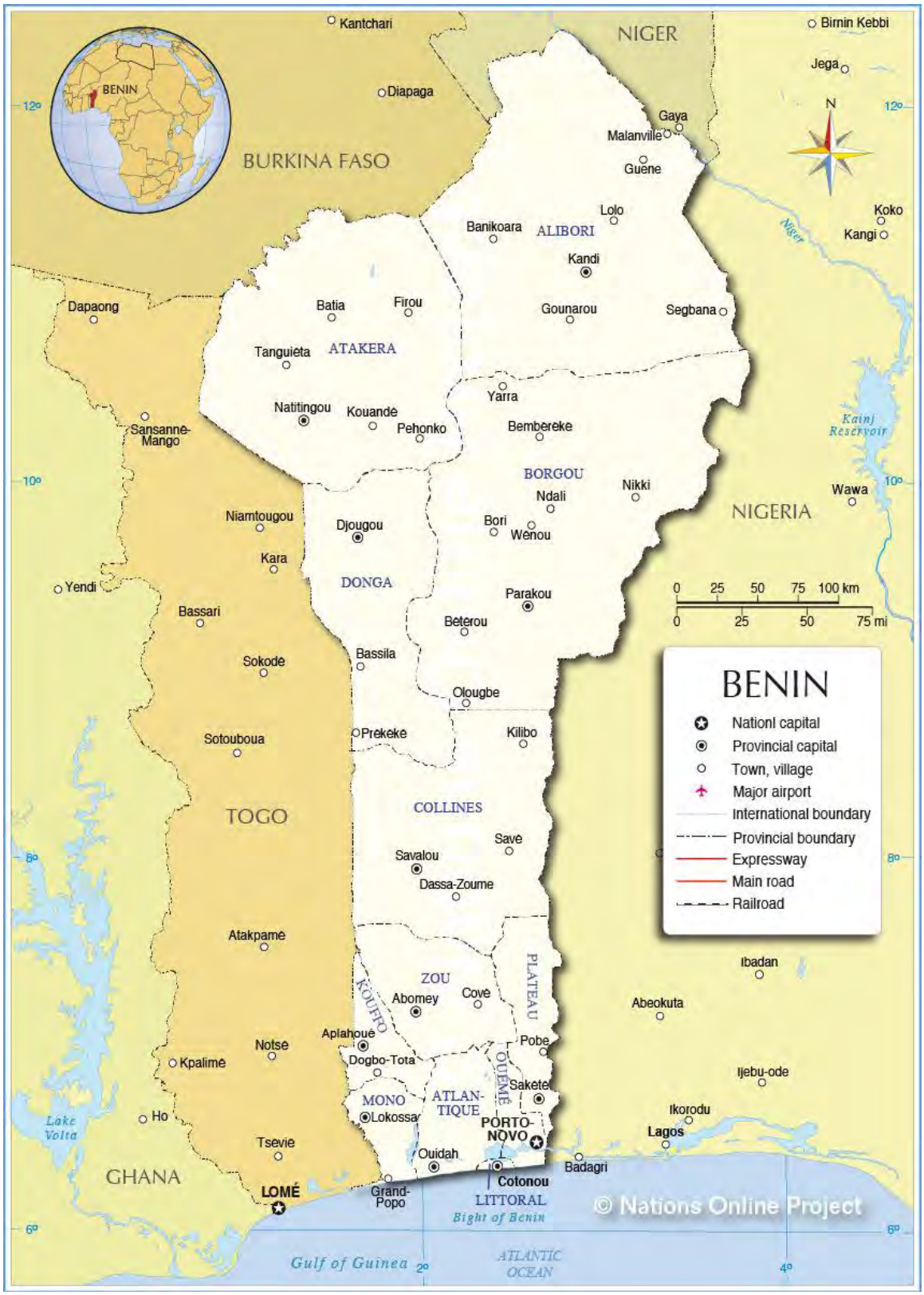
ÉTABLISSEMENTS ET ONG ÉCHANTILLONNÉS

Département	Zone de santé	Centre de santé 1	Centre de santé 2	ProFam	ONG	TOTAL
Donga			Djougou			8
			Pabegou			
		Copargo	Badjoude			
			Penessulu			
	Basilla	Basilla	Manigri			
Collines				Bon Secur (Savalou)		1
Zou	Cové	Ouinhi				5
		Zagnanado	Agonlin H	Clin Coop (Abomey)		
Borgou	Papane	Tchaourou	Tchatchou	Clin Beau Bebe Clin Baguidi (Parakou)	Dedras Sian'son	7
TOTAL	**3**	**5**	**7**	**4**	**3**	**21**

ANNEXE IV. CADRE DE RESULTATS DE L'USAID/BENIN POUR L'IFHP



ANNEXE V. PLAN DU BENIN



ANNEXE VI. STATUT GLOBAL DU PIHI DANS LES STRUCTURES ÉCHANTILLONNÉES

STATUT GÉNÉRAL DU PIHI DANS LES SITES VISITÉS

Dans la mesure où l'USAID n'a pas activement soutenu les services SMI-PF pendant plus de deux ans, ces informations ne sont fournies qu'à titre de références et n'ont pas pour but de refléter le travail du programme IFHP.

Santé maternelle

- 83% des clientes en consultations prénatales (CPN) ont été vues par des prestataires de soins qualifiés.
- 67% des clientes en CPN ont reçu deux doses TPI de SP. En janvier 2015, la politique nationale a été modifiée à trois doses pour toutes les femmes enceintes. Néanmoins, bon nombre de prestataires interrogés n'ont pas connaissance de cette mise à jour et pensent que seules les femmes séropositives sont censées recevoir trois doses.
- 56% des clientes en CPN ont reçu au moins deux doses TPI de vaccin antitétanique. Un grand nombre de femmes ne cherchent pas à obtenir de soins prénatals durant le premier trimestre de leur grossesse. Par conséquent, elles ne peuvent pas recevoir trois doses de vaccin antitétanique comme cela est prévu dans le calendrier de vaccination.
- Le partogramme est utilisé dans 81% des cas d'accouchement.
- La GATPA est pratiquée dans 82% des accouchements. Bien que son utilisation soit largement rapportée auprès des prestataires que nous avons interrogés, la fréquence de cette utilisation varie, avec un site indiquant que la GATPA n'est utilisée que dans 31% des accouchements. Il existe diverses raisons expliquant le faible recours à la GATPA (ainsi qu'à d'autres pratiques exemplaires). Néanmoins, le manque de personnel formé ou la mutation d'agents formés vers d'autres établissements sont des explications fréquemment données.
- Au niveau des établissements visités, 56% des maternités ne satisfont pas aux normes nationales. Bon nombre de maternités sont délabrées, mal éclairées ou ventilés et insuffisamment maintenues en état. On trouve quelques exceptions, comme la maternité du centre de santé de Ouinhi (voir photo ci-dessous), qui a été rénovée et équipée avec le soutien de la Coopération technique belge.
- Les SONU n'étaient pas disponibles dans les centres de santé publics visités en raison d'un manque de personnel formé et d'équipement. Deux des quatre cliniques ProFam visitées peuvent dispenser des SONU de base. Des SONU complets sont disponibles dans deux des trois hôpitaux visités. L'hôpital de zone de Tchaourou ne possède pas suffisamment d'équipement et ne peut pas compter sur un personnel disposant des connaissances et des compétences adéquates.

Santé néonatale et infantile

- Dans les structures de santé publique visitées, le personnel de soins a indiqué que plusieurs stratégies étaient utilisées pour la vaccination des enfants :
  -- 82% utilisent des services de vaccination fixes (basés au niveau des établissements).
  -- 67% dispensent des services de vaccination de proximité.
  -- 24% dispensent ces services par le biais d'activités de ratissage.
- Les taux de couverture de vaccination rapportés varient énormément :

	EDS 2012	MS 2013	Enquêtes en grappes à indicateurs multiples 2015
BCG	88	112,6	89,4
Rubéole	70	96	65,1
Penta 3	74	101	71

Les données présentées dans le tableau ci-dessus concernant les taux de couverture de trois vaccins sélectionnés indiquent que les différences entre les deux enquêtes réalisées auprès de la population (DHS (2012) et enquêtes par grappes (2015)) ne sont pas significatives. Toutefois, lorsque ces statistiques de l'EDS et les enquêtes en grappes sont comparées avec les données EPI du MS pour 2013, on constate une différence importante. L'EDS et les enquêtes en grappes sont réalisées auprès de la population, tandis que les statistiques du MS sont produites au niveau des points de prestation de services et sont par conséquent plus susceptibles de comporter des erreurs. L'importante variation entre les résultats du MS en termes de couverture et ceux de

l'EDS et des enquêtes en grappes appelle à une investigation plus poussée afin de renforcer les procédures de collecte et d'enregistrement des données employées par le MS.

- Une seule des quatre cliniques ProFam visitées dispense des services de vaccination infantile lorsqu'un enfant est amené au niveau des services. Les autres cliniques ProFam n'offrent pas de services de vaccination infantile et réfèrent éventuellement les clients vers des structures publiques (bien qu'aucune donnée factuelle n'ait été fournie).
- Concernant le diagnostic et le traitement du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans, le personnel de santé rapporte que l'utilisation du TDR et des CTA est systématique. Toutefois, 11% des sites visités ont indiqué qu'ils avaient été confrontés à des ruptures de stocks de TDR au cours des trois derniers mois, tandis que 33% ont rapporté des ruptures de stocks en CTA.
- Les relais communautaires utilisent également les TDR et les CTA, bien que deux ONG gérant des activités PIHI au niveau communautaire aient indiqué que certains d'entre eux n'avaient pas de stocks en TDR et/ou en CTA depuis trois mois.
- Le personnel de santé interrogé a indiqué que 41% des enfants atteints de pneumonie étaient traités avec les antibiotiques adéquats. 59% des unités de soins visitées ont connu des ruptures de stocks en antibiotiques au cours des trois derniers mois. Dans la zone de santé de Kandi, 53 enfants sur 388 (13,6%) souffrant d'IRA ont été traités par les relais communautaires à l'aide d'antibiotiques.
- Pour la prévention et le traitement de la malnutrition, 78% des établissements ont indiqué avoir réalisé des activités, principalement en matière de counseling et d'éducation sanitaire ; 39% disposent d'un calendrier pour les activités relatives à la nutrition. 56% du personnel de santé interrogé a indiqué avoir été formé à la prévention et au traitement de la malnutrition. Les prestataires de services ont rapporté que toutes les mères étaient conseillées en rapport avec l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation des enfants et des nouveau-nés. Bon nombre d'agents de santé interrogés ont affirmé qu'il y avait un nombre croissant d'enfants souffrant de malnutrition bien qu'aucune donnée ne vienne étayer ces déclarations. Toutefois, les données de l'EDS et des enquêtes en grappes montrent fréquemment que les pratiques en termes de nutrition ne sont pas optimales.

Planification familiale

- La plupart des structures de santé du MS visitée par l'équipe ont indiqué qu'elles offraient un large éventail de méthodes contraceptives réversibles, notamment des méthodes naturelles, et des méthodes à courte et longue durée d'action. 89% des établissements ont rapporté avoir actuellement toutes les méthodes en stock. Dans les centres de santé du MS, les services PF sont dispensés dans la maternité mais pas au niveau du dispensaire. Si les sages-femmes sont prises par les CPN ou occupées avec un accouchement, les clientes PF doivent attendre, revenir ultérieurement ou être référées vers une autre structure.
- Plusieurs établissements de santé gérés par des organisations confessionnelles ont passé des accords permettant au MS de désigner ces structures comme des établissements publics. Par exemple, l'Hôpital Saint Martin de Papané à Tchaourou est désigné comme

hôpital de zone du MS et dispense les mêmes services que ceux habituellement exigés dans ce type de structure. Toutefois, en tant qu'établissement catholique, il ne dispense que des méthodes PF naturelles. Les clientes qui obtiennent d'autres soins à l'hôpital doivent se rendre à un autre endroit pour recevoir des méthodes de planification familiale.

- Malgré la large disponibilité des services PF, le TPC au niveau des établissements visités où une estimation rapide a été possible était compris entre 3% et 7%, soit bien en-dessous de la moyenne nationale de 7,9% (EDS, 2012).
- L'affiche murale « *Connaissez-vous vos choix en matière de planification familiale ? » qui* est censée être mise en évidence au niveau des sites soutenus par l'USAID n'était pas disponible dans toutes les structures que nous avons visitées.
- Les relais communautaires sont autorisés à distribuer des préservatifs et des pilules. Les responsables programmatiques au niveau de deux ONG ont indiqué que les relais communautaires nouvellement recrutés ne distribuaient pas ces méthodes contraceptives dans la mesure où ils n'avaient pas encore été formés à la PF. Les ONG ont affirmé qu'il n'y avait pas de formateurs PF disponibles à l'intérieur des départements et des zones.
- Les quatre cliniques ProFam visitées ont indiqué qu'elles offraient une gamme complète de méthodes contraceptives modernes. Aucun propriétaire de trois des cliniques ne connaissait la proportion des revenus tirés de la PF. Un responsable a estimé cette proportion à moins de 1%. Un autre l'a estimé à 40%, tandis qu'un troisième n'en avait aucune idée.
- Le projet PSI/ABMS mène des programmes axés sur la jeunesse et assure le fonctionnement d'une ligne d'assistance téléphonique. Ces activités sont financées par le Royaume des Pays-Bas. L'équipe d'évaluation a brièvement pu observer le fonctionnement de cette ligne d'assistance durant une visite au bureau de PSI/ABMS à Cotonou mais n'a pas pu visiter les Centres Jeune Amour et Vie.

Communication pour le changement de comportement

- Dans les établissements sanitaires visités, le personnel de santé a répondu que le counseling et la communication interpersonnelle étaient utilisés, en particulier durant les consultations prénatales et les consultations en matière de santé infantile.
- Au niveau communautaire, les relais communautaires réalisent des visites au niveau des foyers pour conseiller les clients sur le PIHI, en particulier dans les domaines de la lutte contre le paludisme et de la santé infantile (diarrhée, IRA).
- Les participants aux trois groupes de discussions dirigées au niveau des structures publiques ont affirmé que leur traitement par le personnel était mieux qu'auparavant. Ils ont en outre mentionné que les prestataires étaient à présent plus respectueux et dispensaient les services de counseling en privé.

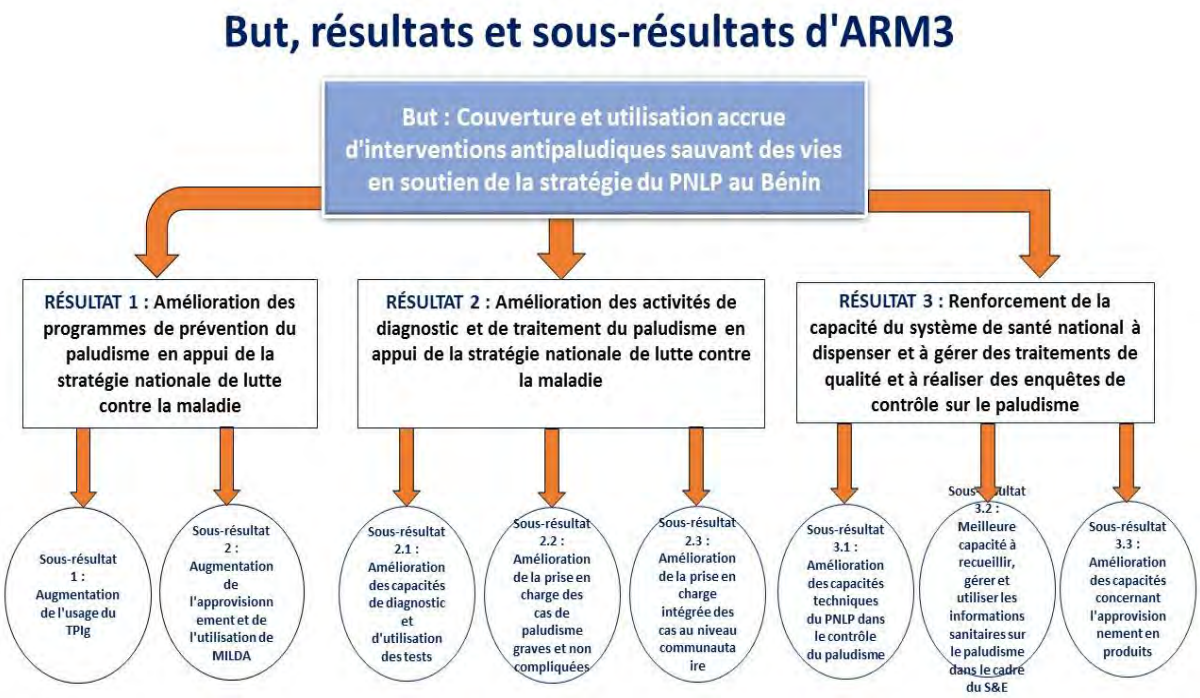
ANNEXE VII. PERSONNEL DE SANTÉ DU MS AU NIVEAU DES STRUCTURES VISITÉES

Les colonnes grisées indiquent le nombre d'agents du personnel par catégorie devant travailler dans les divers types d'établissements, conformément aux normes nationales. Les colonnes non grisées montrent l'étendue du personnel pour les établissements visités. [13]

Catégorie professionnelle	Centre de santé 2		Centre de santé 1		Hôpital de zone	
	Standard	Réel	Standard	Réel	Standard	Réel
Médecins Spécialistes	0	0	2	0 - 1	8	0 - 2
Médecins Généralistes	0	0	1	0 - 1	6	1 - 4
Chirurgiens-Dentistes	0	0	0	0	1	0
Pharmacien	0	0	0	0		0 - 3
Sages-femmes d'État spécialistes	0	0	2	0	3	0 - 2
Infirmières d'État spécialistes	0	0	3	0	14	0 - 2
Infirmières d'État	1	0 - 2	2	1 - 4	10	5 - 12
Sages-femmes d'État	1	1 - 2	2	1 - 3	8	3 - 7
Infirmières brevetées	4	1 - 2	3	0 - 1	10	9 - 10
Ing./Tech.Sup/Tech.B Analyses biomédicales	0	0 -1	3	1 - 2	7	3 - 5
Ing./Tech Sup en Imagerie médicale	0	0	1	0	4	1 - 2
Aides-soignants	4	1 - 5	6	2 - 8	20	21 - 27
Techniciens ou assistants d'hygiène et agent d'entretien	1	0 - 1	1	0 - 1	2	3 - 5
Tech. Sup Action Sociale & Prothésistes Dentaires	0	0	1	0	4	0
Personnel administratif	5	0 - 2	9	0 - 6	35	27 - 29
TOTAL	**16**	**2 – 14**	**36**	**10 - 22**	**132**	**92 - 94**

[13] Ministère de la Santé. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé, 2009-2018.

ANNEXE VIII. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR ARM3



ANALYSE DES COÛTS DU PROJET ARM3

ANALYSE DES COÛTS DU PROJET, DU PLAN DE FINANCEMENT ET DES DÉPENSES

Coûts du programme

Le coût initial d'ARM3 est estimé à 37,098 millions de dollars US (Tableau 1a), selon les sources fournies. Le coût du programme est présenté en dollars US, tandis que les salaires du personnel local et les approvisionnements locaux font l'objet de devis et de paiements en devise locale (FCFA).

Bien que le partenariat avec le MS apporte une contribution en nature (fournitures, bureaux et personnel), aucune estimation quantitative n'était disponible. Un montant de 7 099 949 dollars US est noté comme contribution au partage des coûts. Il est convenu que la contribution du MS par le biais des employés du secteur public et/ou de la convention publique doit être prise en compte dans le coût initial et réel du programme.

Tableau 1A : Coûts du programme au moment de l'évaluation (Millions de dollars US)

SOURCES	Coûts d'évaluation (Millions de dollars US)	TOTAL (Millions de dollars US)	% Sources
USAID /PMI	29,998	29,998	80,86%
Gouvernement béninois	NA	NA	NA
Autre[14]	7,100	7,100	19,14%
TOTAL	**37,098**	**37,098**	**100,00%**

Coût réel du programme au moment de l'évaluation (Mars 2015)

L'analyse du coût du programme a été réalisée en juin 2014. Au moment de cette évaluation, le coût réel du programme était estimé à 21 155 296 dollars US, par rapport à un coût initial de 37 098 millions, à la suite d'une réduction des activités se chiffrant à 10 millions de dollars US (26,95%) par l'USAID. Le montant réel de l'accord de coopération MDCI s'élève à 19 998 millions de dollars US. Le tableau 1b présente le coût réel du programme à compter de mars 2015.

Tableau 1B : Coûts du programme au niveau de la mission, mars 2015 (Millions de dollars US)

SOURCES	Coût réel (Millions de dollars US)	TOTAL (Millions de dollars US)	% Sources
USAID/PMI	19,998	19,998	94,53%
Gouvernement béninois	NA	NA	NA
Autre[15]	1,007	1,007	4,76%
	150	150	0,71%
TOTAL	**21,155**	**21,155**	**100,00%**

Montants et dates des dépenses (en dollars US)

L'examen du budget approuvé d'ARM3 entre l'an 1 et l'an 3 montre les résultats suivants :

[14] Contribution requise en matière de partage des coûts
[15] Contribution requise en matière de partage des coûts de 1,007 millions de dollars US et de 150 000 dollars US pour le coût des MILDA

- An 1 : budget approuvé de 5 842 972 dollars US par rapport à des dépenses s'élevant à 2 948 834 dollars US, soit 49,53% en dessous du budget
- An 2 : budget approuvé de 10 312 925 dollars US par rapport à des dépenses s'élevant à 5 787 650 dollars US, soit 43,88% en dessous du budget
- An 3 : budget approuvé de 7 371 097 dollars US par rapport à des dépenses s'élevant à 6 712 899 dollars US, soit 8,93% en dessous du budget
- An 4 : budget approuvé de 2 480 974 dollars US par rapport à des dépenses s'élevant à 3 177 277 dollars US, soit 28,07% au-dessus du budget.

De la première année à la troisième année, on observe une sous-utilisation du budget octroyé. Le pourcentage de changement est basé sur le plan de travail approuvé par rapport aux dépenses, ce qui influence la réalisation des activités planifiées. Pour la quatrième année, le changement de pourcentage est fondé sur la comparaison du budget réduit par rapport aux budgets approuvés pour l'an 4.

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX CHANGEMENTS CONCERNANT ARM3

Catégorie	Changements
Activités et responsabilités	An 1 : - Surveillance de sites sentinelles : La méthodologie proposée visant à passer un contrat avec l'INRSP par le biais du MCDI n'a pas été jugée acceptable au vu des règles de l'USAID en matière de passation de marchés. Par conséquent, l'USAID a dû dispenser ces services directement. An 2 : - Durant la deuxième année, ARM3 a pris en main la mise en œuvre des activités iCCM du projet BASICS financé par l'USAID et instauré un projet pilote en matière de santé mobile dans les deux zones de santé de Tchaourou et Bassila. La responsabilité du projet ARM3 dans la mise en œuvre du projet iCCM/santé mobile a pris fin à la fin du mois de décembre 2014. - Les formations au système de gestion des informations logistiques ont débuté durant la deuxième année. An 3/Changements liés à la réduction des activités d'ARM3 : - Les activités CCC au niveau communautaires ont été réduites à la fin de la troisième année et JHU-CCP a quitté le consortium du projet ARM3 à la fin du mois de juin 2014. De futures activités CCC au niveau communautaire seront gérées par le biais de nouvelles subventions avec des ONG locales afin de prendre en charge les activités du PIHI communautaire. - Pour la quatrième année et la cinquième année, le MCDI a continué d'être responsable de l'apport d'une assistance technique dans la conception du plan et de la stratégie CCC de lutte contre le paludisme pour le PNLP, tout en contribuant aux campagnes nationales de communication sur la maladie, notamment dans le cadre de la Journée mondiale contre le paludisme. Conformément au Plan opérationnel de lutte contre le paludisme, le MCDI a continué d'être responsable de la conduite de l'étude d'évaluation dans le domaine de la CCC, qui sera achevée en mai 2015. - Depuis juillet 2014, la validation du financement des activités, de la supervision et de la formation au niveau des zones de santé, ainsi que l'approbation des accords entre les zones de santé et les hôpitaux, sont déléguées au PNLP. - Au cours de la troisième année, le soutien en matière de gestion, notamment la préparation du Plan technique annuel intégré et des coûts opérationnels, a été transféré au PNLP dans le cadre d'un accord de gouvernement à gouvernement. - À compter de juillet 2014, toutes les activités ARM3 liées au SIRP, notamment la collecte, la validation et la production de données relatives au bulletin de surveillance trimestriel ont cessé. Le PNLP est directement responsable de leur gestion dans le cadre d'un accord passé de gouvernement à gouvernement. - À compter de juillet 2014, ARM3 n'était plus responsable du renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en antipaludiques des zones sanitaires. Le PNLP a bénéficié d'un financement direct pour cette activité dans le cadre d'un accord de gouvernement à gouvernement afin de développer les capacités et d'assurer la pérennité de l'approche. - Depuis la troisième année, ARM3 met en œuvre les enquêtes régionales de vérification auprès des usagers (qui se distinguent des enquêtes du même type ayant été réalisées à l'échelle nationale durant la première année). An 4 : - Le PNLP a fait part de sa réticence à effectuer des changements dans le protocole TPIg sans examen/validation de la communauté académique. Au départ, les recommandations de l'OMS n'étaient pas soutenues. Mais en fin de compte, et avec un certain retard, les protocoles ont été approuvés au premier trimestre de la quatrième année.

Catégorie	Changements
	- La mise à jour des modules sur le paludisme a été retardée dans la mesure où le PNLP n'avait pas considéré la révision de ces documents comme une priorité absolue. Cela a retardé le processus d'approbation de la première aux deuxième et troisième années.
Coût	- 30 millions (financement réduit de 10 millions à 19 997 901 dollars US en raison de la réduction des activités d'ARM3)
Plan de financement	- Les activités des quatrième et cinquième années ont été priorisées à la suite de la réduction du champ d'activité pour l'an 3.
Programme de mise en œuvre	- Les activités ont été soit priorisées soit éliminées à la suite de la réduction du champ d'activité pour l'an 3. - La mise en œuvre de l'iCCM a été initialement planifiée pour la première année. En raison de la réduction des activités, sa mise en œuvre était supposée s'achever à la fin du mois de juin 2014. L'USAID a ensuite approuvé une extension qui a permis à la composante iCCM d'être mise en œuvre jusqu'à la fin de la troisième année (septembre 2014) comme cela était prévu à l'origine.
Partenaires	- Africare et JHU-CCP ont quitté le consortium en raison de la réduction des activités.
Employés et consultants	- La réduction des activités d'ARM3 a abouti au licenciement de 25 agents du personnel d'Africare et de JHU-CCP et à une diminution des activités pour les quatrième et cinquième années. - Le coordinateur technique d'ARM3 a quitté le projet à la fin de la troisième année.
Entrepreneurs et fournisseurs	Aucun changement
Bénéficiaires locaux	- Au total, 1 120 743 bénéficiaires au niveau communautaire, notamment 211 438 enfants de moins de cinq ans, ont été ajoutés au projet à travers l'apport de la composante iCCM.

ACTIVITÉS ARM3 SÉLECTIONNÉES ET RÉALISATIONS À CE JOUR, ORGANISÉES SELON TROIS RÉSULTATS :

1. Développement des capacités des programmes de prévention du paludisme pour favoriser un recours accru au TPIg et un meilleur approvisionnement et une meilleure utilisation des MILDA :

- Des documents normatifs sur le TPIg (politique, stratégie, directives et manuels) ont été examinés, validés et disséminés.
- Une stratégie encourageant la participation du secteur privé dans la prévention et le traitement du paludisme a été rédigée et validée par le PNLP.
- Une formation de remise à niveau sur la prévention du paludisme et le TPIg a été réalisée auprès de 2 718 agents du personnel et 1 998 relais communautaires ont été formés au TPIg.
- Des MILDA ont été distribuées aux populations vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans) par le biais des services de consultations prénatales par les relais communautaires et un partenariat à l'échelle du secteur privé.

2. Renforcement des capacités dans le diagnostic et le traitement du paludisme :

- Des documents normatifs ont été examinés, validés et disséminés. Parmi ces documents figurent notamment des directives, le manuel concernant l'utilisation du TDR au niveau des établissements et à l'échelle communautaire, les directives relatives à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PECIME) et à la prise en charge des cas de paludisme par le PNLP, les directives et les manuels de formation du MS concernant la prise en charge des cas de paludisme durant la grossesse et les directives nationales du PNLP sur la prise en charge des cas et les modules de formation sur la PECIME.
- Des formations et des cours de remise à niveau ont été organisés pour :
    - 24 superviseurs en formation de proximité et en supervision formative concernant le diagnostic du paludisme et les nouvelles directives concernant cette maladie
    - 224 prestataires de soins (126 cliniciens et 98 techniciens de laboratoires) en diagnostic et en prise en charge des cas de paludisme
    - 51 techniciens de laboratoires à l'utilisation du test microscopique et du TDR
    - 72 prestataires de soins à la PECIME en milieu clinique
    - 13 prestataires de soins et 15 facilitateurs au traitement des cas graves de paludisme
    - 1 376 agents de santé reformés à la prise en charge des cas par CTA, notamment 1 121 agents dans le secteur public et 156 agents dans le secteur privé
    - 99 prestataires de soins à la prise en charge des cas graves de paludisme en recourant à ETAT
    - 20 prestataires de soins à l'approche collaborative
    - 1 214 relais communautaires reformés à l'iCCM et à l'utilisation du TDR
    - 1 200 relais communautaires au diagnostic, au traitement et à la référence des cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée au niveau communautaire en utilisant les directives et les normes approuvées par le MS et en recourant au TDR, tout en assurant le suivi des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés
- Mise en œuvre d'un projet pilote en santé mobile pour les relais communautaires et les structures de santé partageant les données en temps réel (« partage de cas ») sur la prise en charge des cas de paludisme et les stocks de médicaments.

3. Soutien au développement des capacités du système de santé pour fournir et gérer des services de traitement et de prévention de qualité dans le domaine du paludisme ; recueillir, gérer et utiliser des informations sanitaires en matière de S&E et de surveillance par rapport à cette maladie ; et gérer la chaîne d'approvisionnement en produits essentiels

- Conduite d'une formation des responsables opérationnels du SIRP, du SGIS et de MEDISTOCK V4+ reposant sur : (i) la formation à l'utilisation du système et (ii) l'approvisionnement en équipement de bureau, en outils informatiques et en consommables au niveau des structures de santé pour veiller à l'obtention de données statistiques fiables et de qualité
- Au moment de la visite, ce système était efficace mais n'était pas utilisé par tous les

établissements.

- Apport d'un soutien technique et financier par le PNLP pour concevoir et mettre en œuvre son plan de travail annuel intégré.
- Configuration des réunions des groupes de travail techniques sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement (4), la CCC (2) et la prise en charge des cas (1) et développement et validation du plan stratégique S&E du PNLP.
- Soutien à l'évaluation des systèmes d'information sanitaire existants.
- Espace de travail sécurisé au sein du PNLP pour l'hébergement d'un système de gestion intégrée des données ayant trait au paludisme et apport d'un soutien technique pour le SIRP.
- Publication des bulletins du SIRP.
- Conduite d'une supervision à l'échelle nationale des données relatives au personnel des zones de santé.
- Soutien à l'examen annuel des données SIRP des zones de santé à travers l'organisation de trois ateliers régionaux.
- Organisation d'un atelier destiné à former des statisticiens de six départements sanitaires, le PNLP et le SGS sur LOGISNIGS.
- Conduite de visites de supervision formative du personnel recueillant les informations sanitaires en évaluation (3), en gestion de la chaîne d'approvisionnement (6), CCC (2) et prise en charge des cas (1).
- Soutien à l'examen des plans d'action de la CAME et formulation de recommandations.
- Conduite d'une analyse ABC et formation du personnel de la CAME sur l'analyse ABC.
- Formation du conseil d'administration de la CAME sur les pratiques de bonne gouvernance et le suivi stratégique.

ANNEXE IX. DECLARATIONS DE CONFLITS D'INTERETS DU CONSULTANT

Accord de l'USAID en matière de confidentialité et de conflits d'intérêts - Projet d'amélioration du cycle programmatique en santé mondiale

Dans le cadre de cet accord, les données sensibles sont marquées ou non marquées, orales, écrites ou sous toute autre forme, « des informations sensibles mais non classées, » des informations sensibles relatives à la passation de marchés ou à la sélection des sources d'approvisionnement, et des informations de nature médicale, personnelle, financière, émanant d'une enquête, servant à l'obtention d'un visa, nécessaires à l'application de la loi, ou toute autre information qui, en cas de divulgation, pourrait porter préjudice à un groupe ou à un individu ou déboucher sur un traitement inéquitable, ou pouvant avoir un impact négatif sur la politique et les relations étrangères, ou sur la mission de l'USAID.

Reconnaissant le caractère exécutoire de ce document, j'accepte les obligations contenues dans cet accord, en considération de l'accès qui m'est accordé à des données sensibles. De manière plus spécifique, je comprends et reconnais que :

1. Il m'a été donné accès à des données sensibles de l'USAID afin de faciliter la réalisation de travaux m'ayant été confiés en échange d'une rémunération ou d'une autre forme de compensation. De par mon accès à ces données sensibles, une confiance particulière m'a été accordée par le gouvernement des États-Unis. En tant que tel, je me dois de préserver les données sensibles m'ayant été révélées et ne pas les divulguer à des personnes n'ayant pas besoin d'y avoir accès pour mener à bien des tâches officiellement ordonnées par l'USAID.
2. Avant de révéler des informations sensibles, je dois déterminer si le récipiendaire doit « prendre connaissance » de ces données ou y « avoir accès » pour atteindre les objectifs fixés par l'USAID.
3. J'accepte de me conformer à toutes les dispositions de la loi sur l'intégrité de la passation de marchés (Procurement Integrity Act), 41, U.S.C. 2101 - 2107, et plus particulièrement de ne pas divulguer d'informations relatives à la sélection des sources d'approvisionnement ou à des appels d'offres concernant des fournisseurs à toute personne ou entité n'étant pas autorisée par les réglementations de l'agence à recevoir ce type d'information.
4. Après examen de mon emploi (passé, présent et éventuel) et de mes intérêts financiers, ainsi que ceux des membres de mon foyer, je certifie qu'à ma connaissance, je ne rencontre aucun conflit d'intérêts potentiel ou avéré qui pourrait réduire ma capacité à accomplir les tâches m'ayant été attribuées de manière impartiale et objective.
5. Toute violation de cet accord pourra aboutir à l'annulation de mon accès aux données sensibles, qui, si cette annulation entrave effectivement mon aptitude à réaliser les tâches m'ayant été confiées, pourra aboutir à mon licenciement ou à la cessation de toute autre relation avec les départements ou agences m'ayant accordé cet accès.
6. Je n'utiliserai pas de données sensibles, durant ma mission à l'USAID ou par la suite, pour en tirer des avantages personnels ou pour nuire à l'USAID, et ne révèlerai pas ni ne rendrai disponible tout ou partie des informations sensibles à une personne, une firme, une entreprise, une association, ou toute autre entité, pour quelque raison ou but que ce soit, directement ou indirectement, en dehors de ce qui peut être exigé pour le bien de l'USAID.

7. 7. L'usage frauduleux d'informations sensibles peut constituer une ou des violation(s) de la loi pénale américaine. De plus, les agents affiliés au niveau fédéral (notamment certains fournisseurs) violant ces normes de confidentialité peuvent encourir des procédures disciplinaires, une amende allant jusqu'à 5 000 dollars US, ou les deux. Plus particulièrement, la loi pénale américaine (18 USC § 1905) protège les informations confidentielles contre leur divulgation non autorisée par des employés du gouvernement. Il existe également une exemption à la loi sur la liberté de l'information (Freedom of Information Act (FOIA)) protégeant ces informations contre toute révélation au grand public. Enfin, les normes d'éthique qui engagent sur le plan légal chaque employé du gouvernement interdisent également la divulgation non autorisée d'informations sensibles (5 FR 2635.703).
8. Toutes les données sensibles auxquelles j'ai accès ou auxquelles je peux obtenir accès en signant cet accord demeurent, aussi bien maintenant qu'à l'avenir, la propriété du gouvernement des États-Unis d'Amérique et restent sous son contrôle. J'accepte de retourner toutes les informations sensibles étant entrées ou pouvant entrer en ma possession (a) sur demande d'un représentant autorisé du gouvernement américain ; (b) au terme de ma période d'emploi ou de toute autre relation avec le département ou l'agence m'ayant donné accès aux i
9. Nonobstant les dispositions précitées, il ne me sera pas interdit de révéler ou d'utiliser des données sensibles qui :
   (i) sont ou deviennent généralement disponibles au public autrement que comme une conséquence de ma divulgation non autorisée de ces informations ; (ii) me sont rendues disponibles d'une manière ne contrevenant pas aux lois en vigueur ; ou (iii) doivent être révélées dans le cadre d'une loi, d'une décision judiciaire ou de toute autre procédure juridique.

ACCEPTATION

Les parties soussignées acceptent les modalités de cet accord.

_____

_____

Signature Date

_____

Nom Fonction

Sensitive Data; or (c) upon the conclusion of my employment or other relationship that requires access to Sensitive Data.

9. Notwithstanding the foregoing, I shall not be restricted from disclosing or using Sensitive Data that: (i) is or becomes generally available to the public other than as a result of an unauthorized disclosure by me; (ii) becomes available to me in a manner that is not in contravention of applicable law; or (iii) is required to be disclosed by law, court order, or other legal process.

ACCEPTANCE

The undersigned accepts the terms and conditions of this Agreement.

Barbara J. Jones	01/13/2015
Signature	Date
Barbara J. Jones	Consultant
Name	Title

Sensitive Data; or (c) upon the conclusion of my employment or other relationship that requires access to Sensitive Data.

9. Notwithstanding the foregoing, I shall not be restricted from disclosing or using Sensitive Data that: (i) is or becomes generally available to the public other than as a result of an unauthorized disclosure by me; (ii) becomes available to me in a manner that is not in contravention of applicable law; or (iii) is required to be disclosed by law, court order, or other legal process.

ACCEPTANCE

The undersigned accepts the terms and conditions of this Agreement.

Signature Date 1/3/2015

Jaime Benavente

Name Title

Sensitive Data; or (c) upon the conclusion of my employment or other relationship that requires access to Sensitive Data.

9. Notwithstanding the foregoing, I shall not be restricted from disclosing or using Sensitive Data that: (i) is or becomes generally available to the public other than as a result of an unauthorized disclosure by me; (ii) becomes available to me in a manner that is not in contravention of applicable law; or (iii) is required to be disclosed by law, court order, or other legal process.

ACCEPTANCE

The undersigned accepts the terms and conditions of this Agreement.

Read & Approved

Signature M. Guh

Date 02/09/2015

Name

Title

Sensitive Data; or (c) upon the conclusion of my employment or other relationship that requires access to Sensitive Data.

9. Notwithstanding the foregoing, I shall not be restricted from disclosing or using Sensitive Data that: (i) is or becomes generally available to the public other than as a result of an unauthorized disclosure by me; (ii) becomes available to me in a manner that is not in contravention of applicable law; or (iii) is required to be disclosed by law, court order, or other legal process.

ACCEPTANCE

The undersigned accepts the terms and conditions of this Agreement.

Signature Tenna Date 4/2/2015

Name TEPA Tenna Title Research Assistant

Sensitive Data; or (c) upon the conclusion of my employment or other relationship that requires access to Sensitive Data.

9. Notwithstanding the foregoing, I shall not be restricted from disclosing or using Sensitive Data that: (i) is or becomes generally available to the public other than as a result of an unauthorized disclosure by me; (ii) becomes available to me in a manner that is not in contravention of applicable law; or (iii) is required to be disclosed by law, court order, or other legal process.

ACCEPTANCE

The undersigned accepts the terms and conditions of this Agreement.

Signature _____ Date 2015, Feb 23rd.

KESSOU LEON KOKOU

Name Title Consultant.

Du Projet d'amélioration du Cycle Programmatique de Santé Mondiale (GH Pro)
1299 Pennsylvania Avenue NW, Suite 1152
Washington, DC 20006
Téléphone: (202) 625-1190
Fax: (202)517-9181
www.ghpro.com