

RAPPORT FINAL

Evaluation rétrospective d'une grappe de projets Muskoka

Agence Française de Développement



pluricitē
GROUPE

Statut

L'objet de l'évaluation rétrospective est de formuler une opinion motivée sur la pertinence, l'efficacité, l'impact et la viabilité des projets financés au regard du contexte, de la politique et des procédures d'intervention du groupe AFD. L'évaluateur a examiné les réalisations des projets en fonction des objectifs qui étaient fixés. Il a, par ailleurs, procédé à l'examen du processus d'exécution et de fonctionnement des projets dans leurs différentes phases de mise en œuvre et de suivi.

Cette évaluation est financée par l'Agence Française de Développement. Les observations, appréciations et recommandations exprimées dans ce rapport le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

1. METHODOLOGIE DE L’EVALUATION	3
1.1. Objet et conduite de la mission.....	3
1.2. Référentiel de l’évaluation	6
1.3. Méthodologie de l’évaluation	7
2. FICHE-RESUME PAR PROJET	11
2.1. Projet PASME 1 au Sénégal	11
2.2. Projet PASMI au Bénin.....	15
2.3. Projet RUBAN en République centrafricaine	18
3. REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES	21
3.1. QE1 – Pertinence	21
3.2. QE2 – Cohérence	22
3.3. QE3 – Efficience	24
3.4. QE4 – Efficacité.....	25
3.5. QE5 - Durabilité	27
4. LEÇONS ET RECOMMANDATIONS	28
4.1. Recommandations sur le montage opérationnel du projet et la phase d’instruction	29
4.2. Recommandations sur la conception des projets et périmètre des actions financées.....	31
4.3. Recommandations opérationnelles en phase d’exécution	32
5. RECIT DETAILLE ET ANALYTIQUE DES PROJETS - SENEGAL	34
5.1. Présentation du contexte et de son évolution	35
5.2. Description du projet.....	35
5.3. Instruction (de l’identification à l’octroi du financement)	40
5.4. Exécution (de la signature de la convention de financement jusqu’à l’achèvement du projet).....	44
5.5. Synthèse de l’exécution du projet et principaux résultats	55
5.6. Analyse de la performance du projet	63
6. RECIT DETAILLE ET ANALYTIQUE DES PROJETS - BENIN	69
6.1. Présentation du contexte et de son évolution	69
6.2. Description du projet.....	70
6.3. Instruction (de l’identification à l’octroi du financement)	77
6.4. Exécution (de la signature de la convention de financement jusqu’à l’achèvement du projet).....	78



6.5.	Synthèse de l'exécution du projet et principaux résultats	84
6.6.	Faits marquants intervenus post-achèvement.....	90
6.7.	Analyse de la performance du projet	91
7.	RECIT DETAILLE ET ANALYTIQUE DES PROJETS - REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE.....	95
7.1.	Présentation du contexte et de son évolution	95
7.2.	Description du projet.....	95
7.3.	Instruction (de l'identification à l'octroi du financement)	102
7.4.	Exécution (de la signature de la convention de financement jusqu'à l'achèvement du projet).....	103
7.5.	Faits marquants intervenus post-achèvement.....	112
7.6.	Synthèse de l'exécution du projet et principaux résultats	112
7.7.	Analyse de la performance du projet	118
8.	ZOOM SUR LA DIMENSION RENFORCEMENT DE CAPACITES DANS LES PROJETS.....	122
8.1.	Synthèse	122
8.2.	Champ thématique couvert et niveaux d'intervention	122
8.3.	Méthodologies utilisées	127
8.4.	Évolution des connaissances et des pratiques de soins post-formation.....	128
8.5.	Analyse de la performance des actions de renforcement de capacités sur les trois projets.....	130

1. Méthodologie de l'évaluation

1.1. Objet et conduite de la mission

La présente étude porte sur l'évaluation d'une grappe de trois interventions en matière de lutte contre la mortalité maternelle et infantile s'inscrivant dans le cadre de l'engagement Muskoka (G8 2010) :

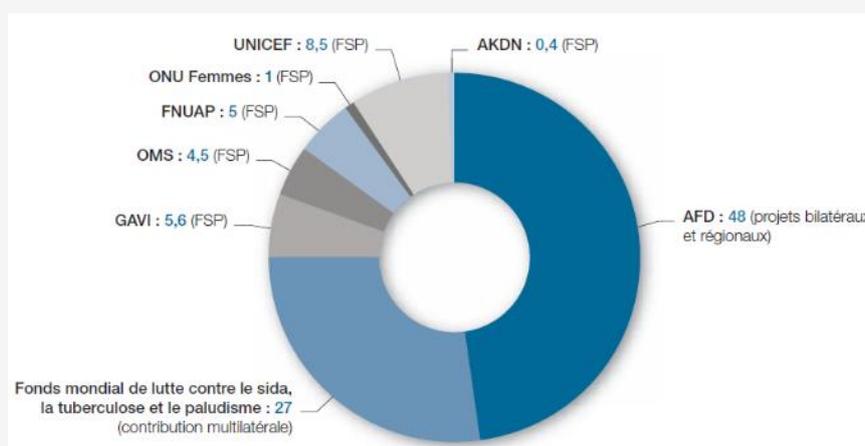
- Le projet d'Amélioration de la Santé de la Mère et de l'Enfant dans la Région de Louga au **Sénégal** (PASME1)
- Le programme d'appui à la santé maternelle et infantile au **Bénin** (PASMI)
- Et le projet de relance de l'offre de soins et de la qualité des services de santé maternelle et infantile à Bangui, **Centrafrique** (RUBAN)

Zoom sur l'engagement Muskoka

Face à l'ampleur des défis sanitaires et sociaux en Afrique et compte-tenu des faibles résultats en 2010 des OMD 4 « Réduction de la mortalité infantile » et 5 « Réduction de la mortalité maternelle et accès aux soins de santé de la reproduction », **les pays du G8 se sont engagés lors du sommet de Muskoka en juin 2010 à apporter 5 milliards de dollars additionnels pour la période 2010-2015**, en plus des 4,1 milliards de dollars

déjà consacrés en aide au développement « à l'appui de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans ». La déclaration G8 de Muskoka¹ souligne que « l'amélioration de la santé des mères et des enfants de ce groupe d'âge passe par des interventions globales et intégrées à fort impact, à l'échelle communautaire, qui ciblent la gamme complète des soins – avant et pendant la grossesse, accouchement, petite enfance ». La déclaration cite également une série de principes fondamentaux dont la durabilité des résultats, l'importance de miser sur des interventions éprouvées et rentables, de concentrer l'action sur les pays ayant les plus grands besoins, de soutenir les politiques et plans nationaux en matière de santé, et de rehausser la cohérence des activités de développement par une coordination et harmonisation améliorées, l'accroissement de la responsabilisation et enfin la consolidation du suivi/évaluation.

L'engagement de la France s'est traduit par 500 millions d'euros supplémentaires soit 100M€ par an sur la période 2010-2015, représentant 9% du total de l'initiative et se positionnant comme 4ème contributeur parmi les membres du G8. Cet engagement a été mis en œuvre au travers de deux canaux :



Ventilation des engagements annuels Muskoka par instrument – Rapport E&Y (montants par an et en M€)

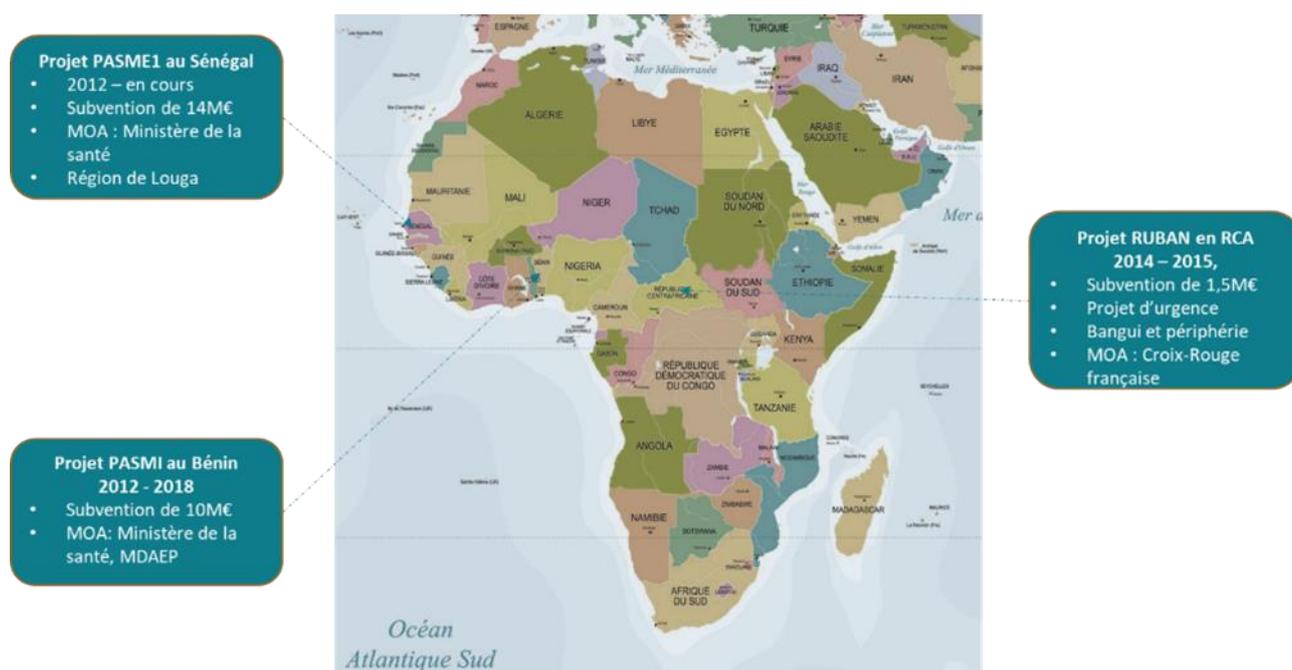
- **Le canal bilatéral, mis en œuvre par l'AFD à hauteur de 48M€/an.** Il est à noter que ce ciblage sectoriel de 48M€/an dédiés à la santé maternelle et infantile s'est appliqué à enveloppe constante des subventions annuelles déléguées à l'AFD (environ 200M€/an), permettant donc de « sanctuariser » un quart des financements annuels du programme 209 de la Loi de finances budgétés pour l'AFD pour la SMI soit une augmentation massive pour le secteur jusqu'en 2015.
- **Le canal multilatéral à hauteur de 52M€ annuels piloté par la direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats (DGM) du MAEDI,** financé en grande partie sur le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) et mis en œuvre par sept organisations internationales :
 - o 4 agences des Nations unies (OMS, FNUAP, UNICEF, ONU FEMMES) mettant en œuvre un programme commun à hauteur de 19M€ par an soit 95M€ sur 5 ans.
 - o L'Alliance du vaccin (GAVI) recevant une contribution annuelle complémentaire de 5,5M€
 - o Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMLSTP) recevant 60M€ annuels supplémentaires (passant de 300 à 360M€/an)
 - o La Fondation Aga Khan pour le développement (AKDN) à hauteur de 500 000€ par an.
 Les actions du canal multilatéral étaient initialement centrées sur les 6 piliers du renforcement des systèmes de santé² (RSS).

¹ <https://www.canada.ca/fr/nouvelles/archive/2010/06/declaration-g8-muskoka-reprise-rennaissance.html>

² Renforcement du leadership et de la gouvernance des actions de santé, renforcement du système d'information sanitaire (SIS), renforcement du financement de la santé, renforcement des ressources humaines, renforcement de l'accès aux produits et technologies médicales essentiels, renforcement de la prestation de services

Le périmètre géographique Muskoka choisi pour la mise en œuvre des engagements français correspond essentiellement aux pays pauvres prioritaires de l'aide française, ciblant principalement les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale³.

Les trois projets mis en œuvre au travers du canal bilatéral de l'engagement Muskoka et objet de l'évaluation ont été choisis afin de couvrir un champ large d'opérations : variété de contextes d'intervention (urgence pour la Centrafrique, orienté développement pour le Bénin et le Sénégal), diversité géographique (un pays du Sahel, un pays du golfe de Guinée et un pays d'Afrique centrale), différentes modalités d'intervention avec une maîtrise d'ouvrage locale assurée par le Ministère de la santé pour deux projets et par la Croix-Rouge française pour la RCA, et différents états d'avancement et durée (projets « fast-track » ou plus longs, deux projets clôturés et un projet encore en cours).



Programme	PASMI, Bénin	RUBAN, Centrafrique	PASME1, Sénégal
Intitulé	Programme d'appui à l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Bénin	Relance de l'offre de soins et de la qualité des services de santé maternelle et infantile à Bangui, Centrafrique	Projet d'Amélioration de la Santé de la Mère et de l'Enfant dans la Région de Louga, Sénégal
Durée	2012-2018	2014-2015	2013-présent
Contexte géographique	Golfe de Guinée	Afrique centrale	Sahel
MOA	Ministère de la santé	Croix-Rouge Française	Ministère de la santé
Échelon géographique	National	Local	National et régional
Aide	Subvention 10 m€	Subvention 1,5 m€	Subvention 14 m€
Objectifs spécifiques	- Améliorer l'accessibilité à des soins obstétricaux et néonataux de qualité	- Assurer la disponibilité de services de santé de qualité pour les	- Renforcer les capacités des équipes nationales et de la

³ 18 pays éligibles pour le canal bilatéral : 16 pays pauvres prioritaires (Afghanistan, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Haïti, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, RCA, RDC, Sénégal, Tchad et Togo) ainsi que l'Afghanistan et Haïti. 12 pays pauvres prioritaires pour le canal multilatéral mis en œuvre par les Agences onusiennes, recentré sur 9 pays depuis 2020 : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo. Ce périmètre est élargi pour les autres agences.

	Renforcer la disponibilité de la planification familiale	femmes enceintes et allaitantes, ainsi que pour les enfants de moins de cinq ans de la zone de Bangui ; - Poursuivre le renforcement de la formation des personnels de santé - Contribuer à la prise en charge et à la réduction de l'incidence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans ; - Contribuer à la cohésion sociale en favorisant la disponibilité de services essentiels de santé mentale et d'appui psychosocial communautaire.	Région médicale de Louga en charge des programmes de santé de la reproduction - Améliorer la qualité de la prise en charge de la grossesse, des accouchements compliqués et des nouveau-nés, dans la région de Louga en particulier - Accroître l'offre et la demande en services de santé de la mère et de l'enfant et de planification familiale, particulièrement chez les populations les plus vulnérables
--	--	---	--

L'évaluation doit combiner :

- Un **exercice d'évaluation ex-post de trois projets individuels**, en interrogeant la pertinence, efficacité, cohérence et durabilité des interventions. Il doit permettre **l'amélioration des interventions** et du dialogue avec les maîtrises d'ouvrage.
- Une **évaluation "en grappe"** de ces trois projets, afin d'en tirer des conclusions et recommandations transversales, dans une optique de production de connaissances utiles à l'amélioration des futures interventions de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile.

1.2. Référentiel de l'évaluation

Le référentiel de l'évaluation a été validé à l'issue de la phase d'analyse documentaire. A noter que plusieurs évaluations ont été menées sur la mise en œuvre du fonds Muskoka. En particulier, l'évaluation conjointe à mi-parcours du fonds Muskoka réalisée par E&Y en 2014 soulignait la légitimité des interventions financées au regard des besoins importants en matière de santé maternelle et infantile et le renforcement des systèmes de santé appuyés, tout en pointant certaines faiblesses : absence de réflexion stratégique sur le mix optimal d'interventions, faibles synergies entre le canal bilatéral et multilatéral, difficultés de financement structurelles des pays, et complexité à relier les évolutions SMI aux interventions financées compte-tenu de la faiblesse des dispositifs de suivi/évaluation mis en place. Si les projets analysés ont tous été instruits avant la publication de cette étude et n'ont donc pas pu intégrer dans leur définition les recommandations proposées, le référentiel évaluatif a cependant tenu compte de ces constats dans le choix des cinq grandes questions retenues :

Critère OCDE	
Pertinence	Q1. La conception du projet était-elle pertinente au regard du contexte d'intervention de l'AFD dans les pays, les besoins et difficultés structurelles des différents bénéficiaires ?
Cohérence	Q2. Dans quelle mesure les interventions proposées s'inscrivent-elles en cohérence avec les actions d'autres bailleurs dans le champ de la SSRMNIA, et en particulier mises en œuvre au même moment par le canal multilatéral de l'engagement Muskoka ?
Efficience	Q3. Dans quelle mesure la mise en œuvre opérationnelle du projet a-t-elle été efficace ?
Efficacité	Q4. Dans quelle mesure les interventions financées ont-elles atteint les résultats attendus et ont contribué à l'amélioration de l'offre et la demande en matière de SSRMNIA ?
Durabilité	Q5. Dans quelle mesure les conditions de durabilité des interventions financées ont été ou sont-elles prises en compte, et les principaux résultats durables et observables sur le terrain post-achèvement ?

Des critères de jugement et sources d'information ont été précisés sur chaque question. Le référentiel détaillé est annexé au présent rapport.

1.3. Méthodologie de l'évaluation

1.3.1. Calendrier et phases de l'évaluation

L'évaluation, d'une durée de 8 mois et démarrée en septembre 2020, s'organise autour de trois grandes phases :

1. Une **première phase, de cadrage (septembre-novembre 2020)** permettant d'échanger avec les principaux interlocuteurs à l'AFD et au MEAE sur les trois projets étudiés et la thématique SSRMNIA, et de réaliser une première analyse documentaire. Cette première phase a permis de rassembler et consulter l'ensemble des documents pertinents pour l'évaluation, d'identifier les parties prenantes, de reconstruire la logique d'intervention des 3 projets au travers des cadres logiques et d'approfondir le cadre de l'évaluation et les questions évaluatives et critères de jugement.
2. Une **deuxième phase de collecte (novembre 2020 – mars 2021)** qui a permis au travers d'une analyse documentaire approfondie et 3 missions terrain au Bénin, Sénégal et Centrafrique d'établir un récit détaillé et analytique des projets évalués et d'évaluer leur mise en œuvre et résultats. Cette phase a conduit à la production d'un premier rapport d'analyse documentaire puis **d'un rapport provisoire** incluant les résultats des missions sur le terrain, **objet de cette note**.
3. Une **troisième phase, de conclusions et recommandations (avril 2021)**, a permis de finaliser les travaux d'analyse et projeter des recommandations à la fois sur les 3 projets étudiés et « en grappe ». Cette phase s'est appuyée sur les retours du groupe de pilotage de l'évaluation ainsi que du groupe de référence constitué spécifiquement pour l'étude. Un atelier de co-construction des recommandations a également été organisé avec les services de l'AFD afin de dégager des recommandations pour les futures interventions de l'AFD sur la thématique, réunissant des représentants de l'équipe SAN (chefs de projets et équipe de direction) ainsi qu'un représentant de la cellule passation de marchés de l'AFD. Cette dernière phase s'est clôturée par la remise d'un rapport final d'évaluation.

1.3.2. Présentation des principaux outils d'évaluation

L'équipe d'évaluation s'est appuyée sur une analyse documentaire approfondie, des entretiens individuels de cadrage et de collecte ainsi que trois missions terrain au Sénégal, Bénin, et Centrafrique.

Compte-tenu des contraintes sanitaires, seule la mission au Sénégal a pu être réalisée par l'équipe d'évaluation directement sur le terrain. Les missions au Bénin et Centrafrique ont été réalisées grâce à l'appui d'experts locaux mobilisés localement et par la conduite d'entretiens en distanciel par l'équipe française.

Le détail des entretiens et de l'analyse documentaire menés est précisé en annexe du présent rapport. Les éléments principaux d'analyse sont retracés ci-dessous :

» Entretiens de cadrage hors projets

5 entretiens transversaux ont été menés en phase de cadrage, destinés à bien saisir les enjeux de l'évaluation et des trois projets dans le cadre de l'engagement Muskoka.

Interlocuteur	Poste	Responsable/Modalité
Christophe Paquet	Ancien responsable de la division santé, aujourd'hui au département évaluation, AFD	Equipe d'évaluation/Visio
Philippe Walfard	Ancien Directeur adjoint de SAN en charge de Muskoka, AFD	Equipe d'évaluation/Visio
Sylvie Bourdenet	Point focal Evaluation/SAN et chef de projet santé, AFD	Equipe d'évaluation/Visio

Kolia Bénié et Marie Soulier	Chargée du suivi de la SMNRIA et des projets AFD et Responsable du pôle genre, éducation et jeunesse, MEAE	Equipe d'évaluation/Visio
------------------------------	--	---------------------------

» Bilan pour le Sénégal

Le travail de collecte documentaire a nécessité un temps important, sur un projet de près de 10 ans qui a subi un turn-over important tant des chefs de projet AFD que des responsables côté bénéficiaires. Un nombre important d'éléments a toutefois pu être collecté en amont de la mission ainsi que durant la mission terrain. L'absence d'un système formalisé de suivi/évaluation sur le projet a cependant fortement limité la collecte de données statistiques relatives aux indicateurs de santé maternelle et infantile et aux volumes d'activités des structures dans la Région médicale. Peu d'éléments ont également été capitalisés sur le volet renforcement de capacités (supports de formation ou rapports de formation et supervision par exemple), limitant l'analyse d'impact et de durabilité du projet.

11 entretiens ont été réalisés pour le Sénégal en amont et aval de la mission terrain. L'équipe d'évaluation a pu s'entretenir avec l'ensemble des chefs de projet ayant suivi le projet PASME 1 (hors responsable de l'instruction désormais à la retraite), complété par un entretien avec l'Agence AFD à Dakar.

Une **mission de terrain de 5 jours** hors transport a été organisée du 24 au 29 janvier 2021 (2 jours à Dakar et 3 jours à Louga), menée par deux consultants de l'équipe d'évaluation (un expert évaluation et une consultante en santé et droits sexuels et reproductifs). La mission s'est bien déroulée et a permis de réaliser près de **30 entretiens sur le terrain, 3 visites d'observation de structures sanitaires et la visite de deux des trois chantiers d'infrastructure financés actuellement par le projet.** En dehors de la DIEM qui n'a pas pu être rencontrée, l'équipe d'évaluation considère que la mission est une réussite et a permis de rencontrer les grandes catégories d'acteurs souhaitées. Malgré le renouvellement des postes et l'ancienneté du projet, il a presque toujours été possible d'identifier des interlocuteurs présents pendant les années du projet.

➔ La phase de collecte s'est bien déroulée sur le projet sénégalais, et la mission terrain s'est révélée essentielle pour l'analyse du projet et de ses effets dans la durée. La collecte d'informations s'est déroulée dans les meilleures conditions possibles, avec les limites inhérentes à un projet lancé il y a plus de 10 ans : informations plus limitées sur les toutes premières années du projet avant l'arrivée du coordinateur actuel du projet Docteur Sonko, et absence de système de suivi/évaluation et de capitalisation rendant difficile l'analyse d'impact des activités en dehors des entretiens bénéficiaires.

» Bilan pour le Bénin

La mission terrain a permis de recueillir plusieurs documents complémentaires à ceux collectés et analysés lors des précédentes phases de l'évaluation. Les sources documentaires collectées et analysées informent de manière satisfaisante le travail d'évaluation, malgré des éléments manquants (programmes de travail 2017 et 2018, rapports de la coordination en 2013, 2015 et 2018, rapport d'audit 2017). Les difficultés rencontrées dans la collecte de certains documents et l'hétérogénéité de ceux-ci en termes de dénomination et de format (Word, PDF, scans) des fichiers informatiques interrogent cependant sur la robustesse des systèmes de gestion documentaire et de connaissances des participants au projet, y compris la coordination et l'AFD.

14 entretiens ont été conduits en distanciel en amont ou à l'occasion de la mission terrain. Ils ont particulièrement permis de renseigner l'évaluation à partir des points de vue de l'AFD et de l'assistance technique. Des entretiens-clés avec le ministre de la santé et avec le représentant résidant de l'OMS ont été conduits avec la participation de l'expert local. Malgré plusieurs tentatives et l'aide de l'AFD, il n'a pas été possible de s'entretenir

avec les chefs de projet pour les périodes 2011 et 2015-2018, ainsi qu'avec la conseillère régionale en santé mondiale.

La mission terrain au Bénin a été confiée à un expert local béninois spécialisé en évaluation, sous la coordination constante de l'équipe d'évaluation. La mission s'est bien déroulée, **de la mi-février à début mars**, et a permis de réaliser **plus de 30 entretiens**. S'il n'a pas toujours été possible de retrouver les responsables en place lors du projet, toutes les structures bénéficiaires du PASMI ont été rencontrées. **5 visites d'observation ont également été réalisées dans un échantillon d'établissements de santé bénéficiaires du projet** : un CHU (CHU-MEL), deux hôpitaux de zone (Abomey-Calavi / Sô-Ana et Menontin), un centre de santé (Missessin) et un centre de transfusion sanguine (CHU HKM). Les observations voulues ont pu être réalisées dans de bonnes conditions : état général, état sanitaire, équipements fournis dans le cadre du PASMI (présentation des PV de réception), etc.

➔ La mission terrain a été adaptée aux contraintes de la pandémie COVID, par le recours accru à un expert local expérimenté, encadré par l'équipe d'évaluation depuis la métropole. Elle a permis de recueillir dans de bonnes conditions les avis de l'ensemble des parties prenantes béninoises du projet, et d'éclairer l'évaluation à partir de la situation actuelle d'un échantillon d'établissements de santé.

» Bilan pour la Centrafrique

L'essentiel des documents collectés et analysés l'ont été lors des phases de cadrage et d'analyse documentaire. Compte-tenu de l'ancienneté du projet, il n'a pas été possible de récupérer auprès des centres de santé des documents détaillés du contenu et de la portée des dotations en équipement, matériel et consommables, des formations et des actions de sensibilisation. Ce sont donc pour l'essentiel des entretiens réalisés en distanciel et les rapports de la maîtrise d'ouvrage qui ont informé le travail de l'équipe de consultants sur ces points. La documentation collectée apparaît aussi exhaustive et qualitative que ce qui pouvait être raisonnablement espéré compte-tenu de l'ancienneté du projet et de la situation de crise humanitaire dans laquelle s'est déroulé le projet. Il n'a pas été possible de récupérer de documents pertinents auprès des acteurs autres qu'AFD et Croix-Rouge française, mais les éléments recueillis lors des entretiens de la mission terrain corroborent généralement le récit du projet tel qu'établi dans la note d'analyse documentaire.

12 entretiens ont été conduits en distanciel en amont ou à l'occasion de la mission terrain. Ils ont particulièrement permis de renseigner l'évaluation à partir des points de vue de l'AFD et de la maîtrise d'ouvrage.

La mission terrain au Bénin a été confiée à un expert local centrafricain spécialisé en évaluation dans le domaine de la santé publique, sous la coordination constante de l'équipe d'évaluation. La mission s'est déroulée dans un contexte sécuritaire détérioré, causé par des troubles et affrontements consécutifs aux élections présidentielles qui se sont déroulées en décembre 2020 et janvier 2021. L'ancienneté du projet a également compliqué la mission, avec plusieurs interlocuteurs contactés qui avaient changé de poste ou pris leur retraite et qui n'ont pas souhaité répondre aux questions de l'évaluateur. En outre, il s'est avéré impossible d'identifier les bons interlocuteurs aux niveaux intermédiaires du système de santé centrafricain (circonscriptions sanitaires, région sanitaire et secrétariat général du ministère). Au final, **6 entretiens individuels, 1 entretien groupé (volontaires CRCA) et 2 visites de centres de santé** ont été réalisés dans le cadre de la mission terrain. Concernant les centres de santé, seul le centre Fatima n'a fait l'objet d'aucun entretien faute de réponse du chef de centre. Les quatre autres ont été couverts via des entretiens avec les responsables de structures et/ou des visites. Aucun interlocuteur n'a également souhaité recevoir l'expert au niveau de l'hôpital communautaire de Bangui.

➔ En raison des contraintes sanitaires et sécuritaires, la mission terrain a été confrontée à des difficultés importantes dans l'identification, le contact et la rencontre de certains interlocuteurs. L'appréciation des

résultats de RUBAN sur les niveaux intermédiaires du système de santé en est probablement appauvrie. La RCA demeure un pays confronté à une profonde et longue crise humanitaire, au contexte extrêmement fragile. Il demeure donc possible que les entretiens prévus, s'ils avaient effectivement eu lieu, auraient pu apporter des informations de nature à faire évoluer la vision du projet et les analyses évaluatives.



2. Fiche-résumé par projet

2.1. Projet PASME 1 au Sénégal

Sénégal | Projet PASME 1 « d'appui à la Santé de la Mère et de l'Enfant dans la région de Louga » (CSN 1366)



Dates clés : 2012 – 2021 (en cours). 5 ans initialement prévus.

- **Mai 2013** : Signature de la convention
- **2014** : Début véritable du projet avec la mise en place de l'Unité de Coordination
- **2015 et 2017** : 2 avenants à la convention de financement venant modifier le mode opératoire du projet (changement de structures d'exécution)
- **2014 – 2018** : Début et fin des activités soft, vrai démarrage en 2015/2016 avec la mise en place de l'assistance technique
- **2019 – 2021** : Démarrage de la construction des infrastructures (en cours – 50%)
- Date d'achèvement technique du projet prévue en **Mars 2022** (avenant 4)

Données clés du financement

- Montant engagé : **14M€**
- Montant décaissé à fin décembre 2020 : **6,5M€ soit 47%**

Contexte au moment de l'instruction

Malgré une croissance économique moyenne de l'ordre de 4% entre 1990 et 2010, l'économie sénégalaise est fragilisée par une croissance démographique élevée (+2,6% par an) et fait face à des enjeux importants en matière de santé maternelle et infantile malgré l'amélioration de ses indicateurs depuis plusieurs années. Face à ces différents enjeux, le pays s'est fixé des objectifs ambitieux en matière de SMI et affiche en 2010 comme priorité la réduction de la morbidité et de la mortalité des femmes et des enfants par le renforcement des programmes de santé. Le projet PASME 1 s'est inscrit dans ce contexte et dans le cadre de l'engagement Muskoka. **Il est le premier projet santé octroyé au Sénégal par l'AFD depuis de nombreuses années.**

Intervenants et mode opératoire

Maître d'ouvrage du projet : Ministère de la santé | **Structures d'exécution (en fin de projet) :** Unité de coordination et Région Médicale de Louga | **Assistance technique :** Oui (appui en renforcement de capacités, expert équipement, expert architecture)

Principaux bénéficiaires :

Niveau central :

- Anciennement la **Direction Générale de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE)**, direction de la Direction Générale de la Santé en charge de la coordination stratégique de la politique de la santé de la mère et de l'enfant, aujourd'hui DSME (Direction de la santé de la mère et de l'enfant)
- **Direction de la Population, de la Planification et du développement Humain (DPPDH)** qui assure la conception, coordination et le suivi-évaluation de la politique de population au Sénégal.
- **Centre National de Transfusion Sanguine**

Niveau local :

- **Région médicale de Louga**, niveau intermédiaire en charge sur chacun de ses 8 districts de la mise en œuvre de la stratégie nationale (en tant qu'entité administrative)
- **Centres de santé de la Région médicale de Louga** (infrastructures existantes et à construire, dont le CHR de Louga)

Objectifs spécifiques

- Renforcer les capacités des équipes nationales et de la Région médicale de Louga en charge des programmes de santé de la reproduction
- Améliorer la qualité de la prise en charge de la grossesse, des accouchements compliqués et des nouveau-nés, dans la région de Louga en particulier
- Accroître l'offre et la demande en services de santé de la mère et de l'enfant et de planification familiale, particulièrement chez les populations les plus vulnérables (adolescents, zones rurales)

Réalisations attendues - Projet organisé autour de deux composantes clés :

- Un **important volet de renforcement de capacités auprès des autorités nationales** (DSRSE, DPPH) **et locales** (Région médicale de Louga), essentiellement sur le volet offre de soins (cadres et personnel médical)
- Un **volet infrastructures/équipements conséquent**, représentant en montant 65% du projet :
 - **A Louga** : construction et équipement de deux nouveaux centres de santé dans deux districts récemment créés, construction d'un centre régional de transfusion sanguine, réhabilitation des services maternité/pédiatrie du CHR de Louga et livraison d'équipements en santé maternelle et infantile pour plusieurs postes et centres de santé
 - **Entités administratives (niveau central et régional)** : équipement (véhicules, fonctionnement)

Bilan global

- Un projet qui accuse aujourd'hui plus de 5 ans de retard, avec moins de 50% du montant décaissé (6,5M€)
- Une décorrélation totale entre les activités de renforcement de capacités (4 premières années du projet) et les travaux d'infrastructure qui ont seulement démarré début 2019
- Des activités de renforcement de capacité pertinentes au niveau local, bien exécutées à l'échelle de la région médicale, en complément des interventions d'autres bailleurs
- Des travaux d'infrastructure encore en grande difficulté, avec une possible refonte du mode opératoire ou relance des marchés de génie civil, sans garantie que la date d'achèvement prévue en 2022 soit atteignable
- Des travaux qui ont dégradé et dégradent toujours les activités de l'hôpital existant

Performance du projet

Forces	Faiblesses
	Pertinence
<ul style="list-style-type: none"> + Un projet globalement pertinent, intervenant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et basé sur une remontée des besoins directement par les bénéficiaires + L'intégration de certaines composantes habituellement peu prises en compte par les bailleurs particulièrement appréciée : SRAJ, transfusion sanguine, volet infrastructures notamment 	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs réajustements du mode opératoire du projet nécessaires compte-tenu de la faiblesse des bénéficiaires ayant conduit à plusieurs années de retard en début de projet. - Une analyse des besoins très axée sur la dimension offre de soins, qui a moins détaillé le volet communautaire et les déterminants socio-culturels d'accès aux soins, sans intégrer la dimension genre - L'absence de système de suivi/évaluation
	Cohérence
<ul style="list-style-type: none"> + Une bonne articulation du projet avec les directives nationales et les domaines d'intervention des bailleurs en amont du projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Une coordination bailleurs qui a cependant souffert de la faible insertion de l'AFD dans les mécanismes de coordination existants, malgré un rapprochement mis en place en cours de mise en œuvre - Une coordination entre les actions au niveau central et régional qui aurait pu être renforcée
	Efficiences
<ul style="list-style-type: none"> + Une gestion active du projet qui a permis de prendre les difficiles décisions nécessaires pour modifier le mode opératoire et le rendre plus efficient + Une assistance technique nécessaire et globalement appréciée par les acteurs + Une unité de coordination renforcée à juste titre et efficiente aujourd'hui 	<ul style="list-style-type: none"> - Des difficultés organisationnelles et opérationnelles majeures et des retards considérables sur le projet liés notamment à la faiblesse des bénéficiaires - Une unité de coordination d'abord sous-dimensionnée et une compétence en passation de marchés ayant fait particulièrement défaut - Un temps d'apprentissage commun des procédures non anticipé et un faible portage politique du projet au niveau local compte-tenu de l'historique d'intervention de l'AFD

	<ul style="list-style-type: none"> - Une mise en œuvre ayant souffert des changements successifs des responsables niveau AFD - Un processus de passation de marché faible et un contrôle insuffisant de la maîtrise d'œuvre et des entreprises de génie civil conduisant à de très importants retards sur les infrastructures – non réglés à ce jour. - Un cadre logique peu opérationnel et des programmations annuelles trop ambitieuses et peu intégrées - Une assistance technique qui aurait pu être renforcée sur les aspects coordination, ainsi que sur certaines dimensions telles que la capitalisation et le genre
Efficacité	
<ul style="list-style-type: none"> + Des activités en renforcement de capacités réalisées globalement à la hauteur des attendus et presque dans les délais, avec un constat de renforcement des compétences et des pratiques par les bénéficiaires + Une pertinence des équipements livrés, pour la plupart encore fonctionnels et utilisés + Certaines activités jugées particulièrement efficaces comme l'amélioration de l'utilisation du partogramme et des soins néonataux immédiats, des méthodes additionnelles de contraception et des curriculum SRAJ et transfusion sanguine appréciés 	<ul style="list-style-type: none"> - Une non atteinte à ce stade des résultats sur les infrastructures qui ont connu des retards considérables et sans garantie aujourd'hui d'atteinte de la date prévue d'achèvement des travaux - Un impact très négatif du projet sur les activités actuelles du CHR de Louga, ayant dû réduire les espaces dédiés aux secteurs maternité et pédiatrie du fait des travaux et malgré des volumes d'activités important, situation aggravant le non-respect de certains standards de qualité associé à des insécurités manifestes liées au chantier. - Des actions de renforcement de capacités pertinentes mais parfois décorrélées de la livraison des équipements - Un faible impact du projet sur la levée des barrières d'accès aux soins
Durabilité	
<ul style="list-style-type: none"> + Une expérience acquise grâce aux activités de renforcement de capacités qui perdure pour certaines dans le temps d'après les bénéficiaires + Une utilisation globalement appropriée des équipements livrés + Des modifications apportées aux plans d'infrastructure devant favoriser la qualité et durabilité des structures financées 	<ul style="list-style-type: none"> - Une absence de capitalisation et de recyclage des actions de formation réduisant l'impact du projet et le maintien des acquisitions dans le temps - Des actions de formation désormais limitées sur le projet compte-tenu de la consommation intégrale du budget des activités soft même si du temps de formation à l'utilisation du matériel est tout de même prévu dans le futur document d'appel d'offres équipements - Absence de garantie quant à la mise à disposition effective par la contrepartie nationale de personnel médical compétent et adapté pour les futures infrastructures - Absence d'un plan de maintenance et non-respect de la participation au budget de fonctionnement de la DSRSE et la RM de Louga posant des questions de durabilité

Conclusions et principaux enseignements

- Un projet ayant été instruit rapidement pour répondre aux engagements Muskoka, qui n'a cependant pas pris en compte la faible connaissance du secteur par l'AFD lors de la phase d'instruction. **Un diagnostic plus poussé des forces et faiblesses des structures d'exécution aurait dû être mené pour adapter le niveau d'ambition du projet et le mode opératoire aux capacités locales.** En l'état, le projet a été beaucoup trop ambitieux et a dû nécessiter plusieurs réajustements majeurs de gestion pour répondre aux difficultés des bénéficiaires, qui a conduit à plusieurs années de retard dès le démarrage du projet.
- Certaines compétences ont fait particulièrement défaut **notamment sur les aspects de passation de marché qui n'ont pu être suffisamment sécurisés** pour garantir le respect du calendrier et la qualité des prestations engagées notamment sur la partie maîtrise d'œuvre et contrats de génie civil. Ces difficultés se font toujours ressentir aujourd'hui avec de grandes difficultés sur les chantiers, non résolues. Ce volet aurait dû être renforcé en amont des projets, en donnant dans les documents d'appel d'offres des capacités de sélection et contrôle plus fortes des entreprises.
- Malgré la pertinence du projet et la réelle mobilisation de compétences de pilotage, le projet a significativement dégradé la prise en charge de soins à l'hôpital régional de Louga, cœur de la région médicale. Du fait des travaux et des retards pris par le projet, les services ne permettent pas de répondre aux standards de qualité et volumes d'activité (problèmes d'hygiène et éthiques de confidentialité)
- Dans sa conception, **le projet répondait à des besoins avérés des bénéficiaires.** Les volets communautaire, la dimension « demande de service » et les déterminants socio-culturels d'accès aux soins, n'ont cependant été que faiblement intégrés et auraient mérité un diagnostic plus poussé et une meilleure intégration dans la structuration du projet, tout comme une approche genre. De nombreuses études ont pourtant montré que les représentations et les normes sociales notamment en lien avec le genre demeurent des barrières d'accès importantes aux services de SSRMNIA . On sait par ailleurs que les inégalités de genre impactent la qualité des services de SSRMNIA et notamment la relation de soins. **Certains aspects de durabilité interrogent**, avec une absence de capitalisation et recyclage autour des actions de renforcement de capacité et un volet maintenance

peu intégré. Ces deux aspects auraient mérité d'être intégrés dans la conception des activités et termes de référence des activités.

- Les enseignements du PASME 1 ont été utilisés pour améliorer en temps réel le PASME 2, même si certains enseignement sont venus trop tardivement pour véritablement sécuriser le second volet du projet



2.3. Projet PASMI au Bénin

Bénin | Projet PASMI « Programme d'appui à la santé maternelle et infantile » (CBJ 1191)



Dates clés : 2012 – 2018. 5 ans initialement prévus.

- **Mai 2012** : Signature de la convention
- **Décembre 2013**: Mise en place effective de la coordination du projet (équipe)
- **2014** : Recrutement de l'assistance technique
- **Octobre 2015**: Suspension des décaissements AFD suite à la découverte de graves problèmes de gestion et de management
- **2016** : Repositionnement de la coordination du projet, modification du cadre logique
- **Mai 2017 et février 2018** : 2 avenants à la convention de financement portant sur des reports des dates limites de versement et d'utilisation des fonds
- **2018** : Livraison de l'essentiel des équipements, matériels et consommables
- **Octobre 2018** : Achèvement technique du projet

Données clés du financement

- Montant engagé : **10M€**
- Montant décaissé à fin 2018 : **9,8M€** soit **98%**

Contexte au moment de l'instruction

En 2014, le Bénin compte 8,8M d'habitants et fait état d'une situation sanitaire dégradée, la mortalité maternelle et infanto-juvénile ne baisse pas suffisamment, et le poids des maladies infectieuses persiste à un niveau très élevé. Le taux d'accroissement annuel de la population béninoise de 3,25% exerce une forte pression sur la croissance économique. L'impact sur la demande sociale en matière de services primaires est considérable, notamment en matière de santé. Le gouvernement béninois s'est donné des objectifs ambitieux et la santé maternelle et infantile constitue une priorité nationale. Cet engagement s'est traduit entre autres en 2009 par la création de l'Agence nationale de gestion de la gratuité de la césarienne (ANGC), dispositif très innovant à l'échelle de la région. Le pays a également fait de la planification familiale une priorité nationale. **Le PASMI constitue l'un des tout premiers financements de l'AFD inscrits dans le cadre de la réalisation des engagements pris lors du sommet de Muskoka.**

Intervenants et mode opératoire

Maîtres d'ouvrage du projet : Ministère de la santé et ministère du développement, de l'analyse économique et de la prospective | **Structure d'exécution** : Coordination du projet confiée à la DSME jusqu'en 2016, puis au secrétariat général du ministère de la santé | **Assistance technique** : Oui

Principaux bénéficiaires :

- **42 hôpitaux (couverture nationale) et 17 centres de santé (département du Littoral)** accrédités pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- **Agence nationale de la transfusion sanguine (ANTS) et centres départementaux de transfusion sanguine (CDTS)**
- **Direction nationale des établissements hospitaliers et de soins (DNEHS)**
- **Agence nationale pour la gratuité de la césarienne (ANGC)**
- **Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME)**
- **Direction des politiques et programmes de population (DPPP ou D3P)**

Objectifs spécifiques

- **Amélioration de la santé maternelle et néonatale au Bénin** (renforcement de la qualité et accessibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de la disponibilité des services de planification familiale)
- **Accompagnement du pays vers une dynamique démographique favorable au développement de son capital humain** (prise en compte des questions de population dans les politiques sectorielles)

Réalisations attendues - Projet initialement organisé autour de quatre composantes clés, réduites à deux :

- **Volet 1 : qualité de la césarienne et de la réanimation néonatale.** Renforcement des hôpitaux conventionnés par l'Agence Nationale de Gratuité de la Césarienne (ANGC) et les centres de santé du département Littoral et renforcement de l'ANGC pour le suivi de la qualité de la césarienne, l'amélioration de l'exploitation des données et la capitalisation sur la gratuité de la césarienne.
- **Volet 2 : accessibilité financière des SONU.** Appui à la DSME dans ses travaux d'évaluation de l'impact et des modalités de l'élargissement des exemptions de paiement à tous les SONU (**finalement abandonné**)
- **Volet 3 : planification familiale.** Renforcement de l'offre et de la demande de planification familiale et des activités de recherche opérationnelle (**finalement abandonné**)
- **Volet 4 : politiques de population.** Renforcement de la D3P dans son rôle de coordonnateur des questions de population et démographie.

Bilan global

- Un projet ambitieux (couverture nationale) et complexe (cinq bénéficiaires principaux), pertinent au regard des priorités nationales et dans sa complémentarité entre SMI et planning familial. Sa complexité pose cependant la question du ciblage des activités et de la complémentarité à rechercher avec les autres bailleurs du secteur.
- Des partenaires béninois mal connus de l'AFD, sur une thématique non inscrite dans les secteurs de concentration stratégiques de l'agence.
- Un démarrage opérationnel très lent, en particulier pour l'installation de la coordination et le recrutement de l'assistance technique qui n'a été effective qu'en 2014.
- Une remise à plat du projet en 2016, à l'initiative de l'agence AFD de Cotonou qui s'est appuyée sur la révélation de graves problèmes de gestion et de management. La coordination est repositionnée et le cadre logique d'intervention significativement modifié, privilégiant l'amélioration des plateaux techniques et le renforcement des capacités et réduisant les activités de planning familial et d'extension de la gratuité des SONU.
- Une amélioration sensible de la performance du projet entre 2016 et 2018, et un achèvement globalement considéré comme satisfaisant par les parties prenantes.
- Une durabilité des résultats conditionnée à la poursuite efficace de la politique nationale de développement sanitaire, afin d'adresser des besoins toujours massifs et une permanence du recours à l'aide extérieure.

Performance du projet

Forces	Faiblesses
Pertinence	
<ul style="list-style-type: none"> + Un projet pertinent au regard des besoins et de l'engagement du gouvernement béninois, que symbolisent la création de l'ANGC et l'adhésion au partenariat de Ouagadougou + Des activités prévues dans la totalité des structures hospitalières habilitées pour les SONU. + Des dotations matérielles et des formations qualifiées et dimensionnées à partir d'évaluations spécifiques des besoins 	<ul style="list-style-type: none"> - Une connaissance succincte des bénéficiaires et des stratégies d'acteurs au moment de l'instruction du projet - Certains bénéficiaires ne disposaient pas des capacités suffisantes à la bonne réalisation des activités qu'il était prévu de leur confier (DSME, D3P) - L'absence de système de suivi/évaluation rendant difficile le suivi technique et financier du projet et l'analyse d'impacts
Cohérence	
<ul style="list-style-type: none"> + Une bonne articulation du projet avec les directives nationales en amont du projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'évidence d'une véritable coordination stratégique entre bailleurs, ni de la recherche de coopérations opérationnelles à l'exception de quelques coréalizations ponctuelles
Efficiace	
<ul style="list-style-type: none"> + Des modifications profondes apportées en 2016 qui ont permis une amélioration sensible de la performance du projet + 6,5M€ dépensés pour l'acquisition d'équipements, de matériels et de consommables, dans le respect des dispositions du manuel de procédures 	<ul style="list-style-type: none"> - Des retards importants subis en début de projet (mise en place de la coordination et l'assistance technique, élaboration du manuel de procédures) - De graves problèmes de gestion révélés en 2015 - Une carence en compétence de passation de marchés

	– Des interrogations relatives à certaines opérations confiées à l’assistance technique, qui auraient pu être assurées par les bénéficiaires
Efficacité	
+ Un renforcement de capacités globalement à la hauteur des attendus, avec un constat de renforcement des compétences et des pratiques par les bénéficiaires (sur des aspects assez basiques relevant de la formation initiale cependant)	– Une révision à la baisse, voire un abandon de plusieurs activités lors de la remise à plat du projet en 2016 : planning familial, extension de la gratuité des SONU, bases de données formation et suivi de la qualité
+ Une pertinence des équipements livrés, fonctionnels et utilisés. Des procédures d’entretien en place et des contrats de maintenance toujours en vigueur au 1 ^{er} trimestre 2021	– Des actions de renforcement de capacités utiles mais globalement décorrélées de la livraison des équipements
+ Un soutien aux stratégies nationales de population conforme aux attendus pour les actions de sensibilisation	
Durabilité	
+ Des effets toujours sensibles du projet en termes d’amélioration des plateaux techniques et des pratiques professionnelles, en lien avec la mise en œuvre encore récente des activités correspondantes	– Une absence de capitalisation et actions de recyclage des actions de formation réduisant l’impact du projet et le maintien des acquisitions dans le temps
+ Poursuite de l’engagement politique des autorités béninoises en faveur de la SMI. Le ministère de la santé doit présenter au printemps 2020 un nouveau plan d’infrastructure, d’équipements et de ressources humaines	– Incertitudes quant à la capacité du ministère de la santé de mobiliser les moyens nécessaires à la mise en œuvre de son plan, recours prévu à l’aide extérieure

Conclusions et principaux enseignements

- L’élaboration du projet a été marquée par l’engagement important du Bénin en termes de SMI (création et financement de l’ANGC, débat parlementaire annuel sur la politique de lutte contre la mortalité maternelle et infantile, existence d’une démarche d’assurance qualité dans le secteur hospitalier, politique de transfusion sanguine bien établie) et de planning familial, ainsi qu’à la priorisation du respect des engagements de la France au titre de l’initiative Muskoka par l’AFD. L’ambition du projet était pleinement cohérente avec ces considérations. **En revanche, l’instruction n’a pas permis d’évaluer correctement les capacités et les stratégies d’acteurs des bénéficiaires**, pour la plupart inconnus de l’AFD pour laquelle la santé n’est pas un secteur de concentration au Bénin. Pour une large part, les problèmes rencontrés par le PASMI relèvent d’une coopération laborieuse avec les maîtrises d’ouvrage, qu’une meilleure connaissance préalable aurait pu atténuer.
- Les **retards subis lors des deux premières années du projet sont symptomatiques des difficultés de coopération** évoquées. Le positionnement initial de la coordination du projet à la DSME a été retenu malgré des fragilités majeures de légitimité politique et de capacité opérationnelle de la direction. Le long processus de recrutement de l’assistance technique et les réserves qu’il a suscité de la part de l’AFD constituent à la fois un symptôme des difficultés rencontrées et la cause principale du lent démarrage du projet et de ses reports ultérieurs.
- La remise à plat du projet en 2015-2016, à l’initiative de l’AFD, **relève d’une véritable opération de sauvetage réussie, l’option de l’abandon ayant été sérieusement considérée. Elle s’est cependant faite au prix d’une réduction significative des ambitions du projet en termes de résultats.**
- La complémentarité prévue entre amélioration de l’offre de soin, d’une part, et le renforcement de la demande par une double logique terrain (mobilisation des ONG en planning familial) et politique (appui à la D3P), d’autre part, n’a pas produit les résultats escomptés. Les actions de planning familial ont en effet été largement abandonnées en 2016, et la D3P s’est révélée être un acteur volontaire mais disposant d’une trop faible capacité.
- **La question de la durabilité des résultats se pose avec acuité**, et repose principalement sur la capacité des établissements et du système de santé à renouveler les matériels et consommables, à entretenir les équipements, à pourvoir à leur remplacement et/ou à faire évoluer leur parc en fonction de leurs besoins, à poursuivre les formations SONU (initiales et recyclages) et à les faire évoluer en fonction de l’état des connaissances et des meilleures pratiques. Les faiblesses structurelles du système de santé béninois, en particulier l’insuffisance des moyens dont il dispose au regard des missions qu’il est censé remplir, hypothèquent donc la durabilité des résultats du PASMI. Le gouvernement béninois élaborait au moment de la mission un nouveau plan d’infrastructure, de matériels et de ressources humaines, pour lequel il compte solliciter le soutien de ses partenaires techniques et financiers.

2.4. Projet RUBAN en République centrafricaine

République centrafricaine | Projet RUBAN « Réponse d'urgence à Bangui » (CCF 1157)



Dates clés : mars 2014 – octobre 2015

- **Début 2014** : instruction *fast-track* du projet
- **Mars 2014** : signature de la convention de financement
- **Avril 2014** : démarrage du projet et réévaluation des besoins
- **Juillet 2014** : réception des premières commandes en médicaments
- **Été 2014** : démarrage de la réhabilitation de bâtiments et du volet psychosocial
- **Juin-Décembre 2014** : lancement des activités de formation
- **Janvier 2015** : dotations en équipements des centres de santé FOSA
- **Février 2015** : abandon de l'activité de soutien à l'hôpital communautaire
- **Mai 2015** : fin de la plupart des activités
- **Juillet 2015** : date limite de versement des fonds

Données clés du financement

- Montant engagé : **1,5M€**
- Montant décaissé : **1,5M€ soit 100%**

Contexte au moment de l'instruction

En 2013, la Centrafrique est le théâtre d'un coup d'état mené par la Séléka qui touche le pays dans son intégralité et le conduit à une situation humanitaire grave avec près d'un million de personnes déplacées. La situation de quasi-guerre civile conduit à l'effondrement presque total du système de santé avec des dégradations significatives des bâtiments, un manque important en consommables et médicaments, et une forte indisponibilité du personnel soignant ayant fui ou n'ayant plus accès aux structures de santé pour des raisons sécuritaires. Cette crise est venue affecter un secteur de la santé déjà faible structurellement et fortement dépendant de l'aide extérieure sur le plan du financement. RUBAN est instruit comme un projet *fast-track* en collaboration étroite avec la Croix-Rouge française, qui intervenait alors à Bangui sur financement du Centre de crise et de soutien du MEAE. **Il est inscrit dans le cadre des engagements Muskoka de la France, ainsi que dans la volonté de l'AFD de maintenir une présence active en RCA dans un contexte de crise humanitaire.**

Intervenants et mode opératoire

Maître d'ouvrage du projet : Croix-Rouge française | Structures d'exécution : Croix-Rouge française | Assistance technique : Non

Principaux bénéficiaires :

- **5 formations sanitaires (FOSA)** niveau soins de santé primaires dans trois arrondissements de Bangui (3ème, 5ème et 8ème arrondissement) et sa périphérie
- **La Croix-Rouge de République centrafricaine (CRCA)**
- **L'Hôpital Communautaire dans Bangui**, hôpital de référence pour les FOSA ciblées
- **Les Comités de Gestion (COGES)** des FOSA (hormis Notre Dame de Fatima et Henry Dunant qui sont privées)
- **Les autorités sanitaires des circonscriptions ciblées / équipes cadres de district**, niveau opérationnel des autorités sanitaires en charge d'appuyer les FOSA

Objectifs spécifiques

- Assurer la disponibilité de services de santé de qualité pour les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que pour les enfants de moins de cinq ans dans 4 circonscriptions sanitaires de la ville de Bangui et sa périphérie
- Poursuivre le renforcement de la formation des personnels de santé, en particulier des infirmiers et des sages-femmes et le renforcement des capacités de la Région Sanitaire
- Contribuer à la prise en charge et réduction de l'incidence de la malnutrition aiguë chez les enfants < 5 ans
- Contribuer à la cohésion sociale en favorisant la disponibilité de services essentiels de santé mentale et de soutien psychosocial communautaire

Réalizations attendues - Projet organisé autour de trois composantes clés :

- **Composante 1 : Rétablir/renforcer l'offre de soins en accompagnant 5 FOSA (structures de santé) et apporter un soutien psychosocial à base communautaire.** Réhabilitation des bâtiments en fonction des besoins précis des 5 sites ciblés, fourniture d'équipements, médicaments et consommables, renforcement des compétences du personnel de santé et notamment soins prénataux, SONU etc., travail sur la malnutrition aiguë des enfants et délivrance d'un service essentiel d'appui psychosocial à l'échelle communautaire.
- **Composante 2 : Assurer la prise en charge des urgences gynécologiques, obstétricales et des cas psychosociaux complexes au sein de l'hôpital communautaire.** Réhabilitation des bâtiments de l'hôpital communautaire, fourniture d'équipements, consommables et médicaments et renforcement de la formation du personnel de santé sur la prise en charge des complications.
- **Composante 3 : Renforcer le rôle de leadership et de coordination des autorités sanitaires.** Renforcement des structures locales : les Comités de Gestion (COGES) dans la gestion des soins de santé primaire, et les Directions Générales de Santé dans la supervision des structures sanitaires et circonscriptions. Renforcement de la demande de santé par les communautés.

Bilan global

- Projet pertinent et efficace, mené à bien, à l'exception de l'appui à l'hôpital communautaire de Bangui qui a été abandonné faute d'accord à temps sur la compensation des exemptions de prise en charge instaurées par le gouvernement.
- Le volet psychosocial au sein des formations sanitaires et au niveau communautaire via les volontaires de la CRCA constitue un élément particulièrement pertinent compte tenu du contexte centrafricain. Il semble avoir permis en particulier d'atteindre efficacement les bénéficiaires, malgré les contraintes sécuritaires, de renforcer les activités de santé maternelle et infantile et de fournir un premier appui psychosocial aux victimes de violences basées sur le genre (VBG). Le ciblage de RUBAN (femmes enceintes et allaitantes, enfants de moins de 5 ans) excluait cependant les victimes de violences sexuelles pour le volet médical.
- Les effets combinés de la crise humanitaire (pillages des FOSA), de la gratuité ciblée des soins et de l'intervention en partie substitutive d'opérateurs humanitaires avaient entraîné la quasi disparition des comités de gestion communautaire des formations sanitaires. RUBAN a posé les bases d'une réactivation de ces COGES notamment via la mise en place de formations, de supervisions, et l'appui à l'organisation de réunions de coordination.
- La très bonne continuité de l'appui aux formations sanitaires à travers trois instruments successifs (Centre de crise et de soutien, RUBAN puis Bèkou) constitue à la fois un élément remarquable et un facteur clé du succès rencontré par le projet.

Performance du projet

Forces	Faiblesses
Pertinence	
<ul style="list-style-type: none"> + Des réponses adéquates à des besoins forts et avérés dans un contexte de crise humanitaire majeure. + Bonne connaissance du contexte par la Croix-Rouge française. Des évaluations des besoins précis de chaque FOSA bénéficiaire ont été conduites en début de projet. + Absence de données fiables en partie palliée par la mise en place d'indicateurs d'activités. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'intervention ne s'est pas pleinement insérée dans les standards internationaux en santé de la reproduction et notamment le Dispositif minimum d'urgence en santé de la reproduction dans les contextes de crise. Ainsi, la prise en charge médicale des survivantes de VBG n'a pas été intégrée au projet. Cependant, un système de référencement vers des partenaires a été mis en place et des activités dédiées ont été prévues dans le cadre du projet Bèkou succédant à RUBAN.
Cohérence	

+ Bonne articulation dans le temps des soutiens successifs du Centre de crise et de soutien, puis RUBAN, puis Bêkou. + La Croix-Rouge française participe activement aux réunions du Cluster Santé	- Coordination opérationnelle globalement faible entre acteurs, les opérateurs humanitaires se sont concentrés chacun de leur côté sur des FOSA distincts (pas de doublon).
---	---

Efficiences

+ Bon niveau général d'efficience, réalisations globalement dans les temps, conformes au prévisionnel et avec un bon degré de redevabilité.	- Impact négatif de la crise sur la disponibilité, le coût et le délai d'approvisionnement des équipements et matériels, sans qu'il soit possible d'établir si d'autres stratégies auraient pu améliorer l'efficience de RUBAN - Complexité du dimensionnement de l'aide apportée par RUBAN aux FOSA, au regard de la mise en place de la gratuité ciblée de certains soins et donc de la diminution des recettes de la patientèle. Abandon de l'appui à l'hôpital communautaire de Bangui pour cette raison (trop de temps passé à aboutir à un accord avec la direction).
---	--

Efficacité

+ Les actions prévues dans le cadre du projet ont été réalisées à la hauteur des attendus à l'exception du volet d'appui à l'hôpital communautaire + Les actions de renforcement de capacité ont globalement été bien ciblées, les thématiques de formation ont été définies sur la base d'une évaluation des besoins. Sentiment d'amélioration des pratiques de la part des professionnels de santé. + Réhabilitations effectuées sur la base de l'état des lieux initial. + Les équipements livrés semblent avoir été fonctionnels et utilisés. + Des barrières financières et géographiques à l'accès aux soins ont été levées : gratuité ciblée, service d'ambulance. + Prise en charge de 93.360 personnes dont 7.474 femmes enceintes et allaitantes et 24.945 enfants de moins de 5 ans. 109% de la cible a été atteinte pour les consultations prénatales n°1. 10.899 enfants ont bénéficié d'un dépistage nutritionnel dans le cadre du projet.	- L'objectif de 85% d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu une dose de vaccin pentavalent n'a pas pu être atteint mais le projet a permis une amélioration de 40% de cet indicateur. - Les infrastructures ont été livrées avec deux mois de retard. Certaines infrastructures étaient non fonctionnelles (latrines, incinérateur notamment) et ont été réhabilitées dans le cadre du fonds Bêkou.
---	---

Durabilité

+ Poursuite et élargissement (zone de couverture, paquet de services) des activités sur financement du Fonds Bêkou.	- Le contexte de crise n'a pas permis au niveau central du système de santé de se renforcer suffisamment pour permettre la mise en œuvre d'une stratégie de sortie des partenaires techniques et financiers. L'arrêt prochain de Bêkou ne semble pas en proposer non plus et suscite donc des interrogations sur la manière dont les autorités centrafricaines gèreraient une "période de carence" avant la mise en place d'un nouvel instrument.
---	---

Conclusions et principaux enseignements

- Le fonds Bêkou, actuellement dans sa troisième itération, est prévu de s'arrêter en janvier 2022, sans qu'il soit aujourd'hui clair quel dispositif pourra prendre le relais. La RCA demeure un pays en situation de crise humanitaire, et une éventuelle discontinuité entre Bêkou et un nouvel instrument constitue un risque certain pour le maintien des résultats acquis.
- Le renforcement des équipes cadre de district, unités opérationnelles du système de santé en RCA, pourraient contribuer à un maintien des résultats des interventions, dans la limite des moyens disponibles et compte tenu de la fragilité structurelle des institutions.

3. Réponses aux questions évaluatives

3.1. QE1 – Pertinence

Question	Question 1 : La conception des projets était-elle pertinente au regard du contexte d'intervention de l'AFD dans les pays, les besoins et difficultés structurelles des différents bénéficiaires ?
Principales constatations	<p>Les trois projets concernés par l'évaluation apparaissent globalement pertinents au regard des priorités et besoins locaux. Ils se sont appuyés sur une analyse des besoins des structures bénéficiaires (directions centrales ou régionales, centres de santé) en début de projet, actualisée chaque année lors de l'élaboration des plans techniques annuels pour les projets béninois et sénégalais. Ils s'insèrent dans les priorités nationales de l'époque : réduction de la mortalité maternelle et infantile, soutien à la planification familiale et aux politiques de population dans le cadre du partenariat de Ouagadougou et réponse à des besoins majeurs en contexte de crise humanitaire pour la RCA. Ils ont su proposer un mix d'interventions jugé généralement pertinent par les acteurs locaux en se positionnant à différents niveaux de la pyramide sanitaire (depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central) et sur des dimensions parfois moins investies par d'autres bailleurs : volet infrastructures au Sénégal s'inscrivant dans les priorités de la région de Louga, intégration de la dimension transfusion sanguine jugée essentielle au regard des enjeux en termes de SMI, volet santé des adolescents et des jeunes peu traité à l'époque, intégration de la dimension psychosociale pour le projet centrafricain moins systématique en 2014 bien qu'extrêmement pertinente en contexte de crise.</p> <p>Les actions prévues en renforcement de capacités ont permis une couverture assez large des sujets de SSRMNIA en proposant des formations à la fois théoriques et pratiques permettant de renforcer les savoirs et savoir-faire.</p> <p>L'adéquation entre la conception des projets et les besoins locaux aurait cependant pu être renforcée sur certains aspects, notamment en mobilisant plus fortement la population et le niveau communautaire dans l'identification, la priorisation, le dimensionnement des besoins et la conception des interventions. Certains appuis auprès de directions centrales sont apparus moins pertinents et presque un « passage obligé » qu'une véritable réponse aux besoins, sollicités par les institutions centrales au moment de l'instruction des projets mais sans réel axe stratégique, avec des actions finalement éparpillées sollicitées via les PTAs, des difficultés de mise en œuvre et un impact souvent plus faible que des actions portées directement au niveau opérationnel.</p> <p>Certaines dimensions de la SSRMNIA apparaissent également peu couvertes telles que la santé sexuelle (notamment les IST et violences sexuelles), les consultations post-natales et le volet santé infantile, ainsi que l'approche intégrée de la SSRMNIA (continuum de soins, interconnexion des services). La dimension « expérience patient » et la relation de soins ont également été peu traités dans les actions de renforcement de capacités (accueil, communication, approche centrée sur le patient) et la perspective de genre reste faiblement intégrée dans les trois projets étudiés (quelques éléments de genre intégrés sur le projet centrafricain). A l'exception du projet Ruban en RCA, aucun exemple concret de prise en compte du genre dans les formations n'a ainsi été identifié. L'intervention centrafricaine aurait mérité une meilleure prise en compte de certains</p>

aspects du Dispositif minimum d'urgence en santé de la reproduction dans les contextes de crise et notamment en lien avec la prise en charge médicale des survivantes de violences sexuelles.

S'il n'y a pas de doute sur la pertinence des actions financées, le dimensionnement des besoins aurait également pu être affiné : sur le volet infrastructures pour le projet sénégalais avec des projections de volumes d'activités attendus pour les futurs centres de santé par exemple ainsi que dans un diagnostic plus poussé des capacités des bénéficiaires locaux des actions de renforcement de capacités pour les trois projets étudiés.

De manière générale, le volet « renforcement / stimulation de la demande » a été peu investi avec une analyse des besoins très axée sur la dimension offre de soins et un travail moins approfondi des déterminants socio-culturels d'accès aux soins. Ces dimensions semblent avoir été peu analysées en phase de diagnostic, et le recours à des méthodologies participatives impliquant communautés / organisations de la société civile est resté à la marge. Ainsi, à l'exception du projet Ruban en RCA qui a intégré des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire importantes à l'échelle du projet, ces actions sont restées limitées ou peu valorisées. Au Sénégal, certaines actions ponctuelles ont été mises en place via notamment des sessions d'orientation pour les Bajenu Gox (initiatives de mobilisation de marraines/relais communautaires). Si différentes activités avaient été prévues dans le cadre du projet PASMI au Bénin en lien avec le renforcement de la demande en planning familial, elles n'ont pas été menées avec l'abandon de cette composante du projet.

Analyses

Pour les deux projets sénégalais et béninois, **leur conception a souffert fortement de la faible expérience de l'AFD dans ces deux pays**, qui intervenait pour la première fois dans le secteur de la santé afin de répondre à la commande politique Muskoka. Si les processus d'instruction ont été menés conformément aux standards de l'Agence, ils n'ont cependant pas tenu compte du niveau de connaissance du tissu local par l'AFD et du faible portage politique dont disposait l'Agence au niveau des Ministères de santé locaux. **L'adéquation entre la conception des projets et les ressources locales a été globalement déficiente. De fait, le diagnostic des capacités des structures d'exécution a été sous-estimé et ces deux projets se sont révélés trop ambitieux (mix d'interventions proposé, multiplicité des acteurs) au regard de la capacité réelle d'exécution et d'absorption des fonds des bénéficiaires. Il explique en grande partie les grandes difficultés rencontrées sur ces deux projets.**

En termes de mode opératoire, le contexte très particulier d'intervention du projet Ruban a permis de confier la maîtrise d'ouvrage du projet à la Croix-Rouge française, un choix qui s'est révélé pertinent grâce à la compétence et la très bonne connaissance du contexte centrafricain de la CRF. Pour les projets PASME et PASMI, les deux projets se sont appuyés sur une maîtrise d'ouvrage nationale (ministère de la santé) et **des structures d'exécution locales dont les capacités de mise en œuvre se sont révélées très faibles**, conduisant à plusieurs années de retard dès le démarrage des projets. Ces difficultés ont amené à une refonte totale du mode opératoire choisi qui a su se réinventer et un renforcement des structures de coordination et assistance technique mises en place, qui n'ont cependant pas permis de gommer les premières lenteurs des projets.

En dehors du projet centrafricain, les projets n'ont enfin pas fait l'objet d'un véritable système de suivi-évaluation. La faiblesse des mécanismes de suivi des données sanitaires et l'absence d'une baseline et de cibles associées rend difficile l'analyse d'impact des activités.

3.2. QE2 – Cohérence

<p>Question</p>	<p>Question 2 : Dans quelle mesure les interventions proposées s’inscrivent-t-elles en cohérence avec les actions d’autres bailleurs dans le champ de la SSRMNIA, et en particulier mises en œuvre au même moment par le canal multilatéral de l’engagement Muskoka ?</p>
<p>Principales constatations</p>	<p>Les trois projets se sont insérés de manière cohérente dans les actions menées par les autres bailleurs dans le secteur de la santé. L’instruction des dossiers a intégré une analyse des interventions des autres partenaires techniques et financiers dans le champ de la santé maternelle et infantile et au niveau des différents bénéficiaires accompagnés, et un dialogue régulier a été mis en place lors des différentes missions terrain des chefs de projet AFD. Aucun doublon n’a été mis en évidence malgré le financement de quelques actions assez similaires pour certains projets (actions proches menées par l’UNFPA à Louga par exemple). Dans l’ensemble, la priorisation des demandes par les bénéficiaires a permis d’appuyer la cohérence des actions inter-bailleurs. Le volet transfusion sanguine est apparu particulièrement cohérent car peu investi par les autres bailleurs et s’inscrivant dans le cadre de partenariats de plus long terme avec l’Etablissement Français du Sang.</p> <p>Les bailleurs ont cependant travaillé de manière indépendante sur leurs actions sans recherche spécifique de synergies au niveau opérationnel, même si des actions complémentaires ont pu être constatées sur certains projets : travail sur le lien entre communautés et structures de santé de JICA et KOICA, service d’urgences à Louga pour le projet sénégalais par exemple. Quelques limites ont été observées telles que le report de l’ouverture du service d’accueil et traitement des urgences (SAU) financé par Luxdev compte-tenu des importants retards des travaux du CHU de Louga du PASME 1. Dans l’ensemble, les projets ont manqué d’une approche intégrée bailleurs qui aurait permis de maximiser les effets recherchés (renforcement des parcours de formation des personnels de santé pour alimenter les futurs centres de santé construits par exemple).</p> <p>Les synergies avec le volet multilatéral de Muskoka se sont également limitées à des échanges réguliers avec les agences onusiennes sans concertation plus poussée. Les conseillers régionaux en santé mondiale interrogés sur les projets sénégalais et béninois disposaient d’une connaissance limitée des projets AFD. Le rôle de coordination devant normalement être joué par les maîtrises d’ouvrage locales est apparu également peu investi avec finalement peu voire pas d’interactions mises en place entre les deux canaux de financement. Une évolution est cependant à noter au Bénin où des réunions entre bailleurs du secteur de la santé ont aujourd’hui lieu tous les 15 jours, présidées par l’OMS avec l’appui de l’ONG Plan International. Ces réunions rassemblent habituellement 40 à 50 participants (agences des Nations-Unies, GAVI, Fonds Mondial, ONGs, coopérations belge, allemande, néerlandaise, française, etc.). Le Ministère de la santé du Bénin est associé à ces réunions une fois par trimestre. Pour le projet centrafricain, la bonne articulation avant et après le projet Ruban entre les soutiens successifs du Centre de crise et de soutien puis du fonds Bêkou a été déterminante pour la cohérence des actions dans les temps. Cette cohérence interne est essentiellement due à la continuité d’intervention de la Croix-Rouge française qui a su mobiliser efficacement les différents financements et poursuivre la logique d’action des projets sur lesquelles elle était mobilisée (exemple de l’incinérateur financé par le projet RUBAN mais non fonctionnel qui a ensuite été remis en service par le fonds Bêkou grâce au projet de la CRF). Elle est à souligner comme facteur de succès important du projet.</p> <p>Les échanges avec les autorités des trois pays concernés mettent en avant l’adéquation des projets avec les stratégies nationales et locales.</p>



Les deux projets au Sénégal et au Bénin ont souffert ici encore du faible historique de l'AFD dans le champ de la santé maternelle et infantile, qui ne participait préalablement pas aux instances de coordination en place côté bailleurs dans le secteur de la santé. Un travail de rapprochement et d'intégration a cependant été réalisé progressivement et a permis de favoriser la mise en place de synergies au fur et à mesure de l'exécution des projets, sans toutefois parvenir à un niveau assurant une articulation optimale.

L'importance des besoins en matière de santé maternelle et infantile dans les trois pays et le maintien d'un dialogue régulier avec les bailleurs a cependant permis à chaque acteur financier de trouver sa place et de répondre à des enjeux et besoins distincts mais complémentaires en matière de SMI. **Dans l'ensemble la cohérence des trois projets visés par l'évaluation avec les actions des bailleurs et des autorités locales est bonne, compte tenu des contextes d'intervention complexes de ces projets.**

3.3. QE3 – Efficience

Question	Question 3 : Dans quelle mesure la mise en œuvre opérationnelle du projet a-t-elle été efficace ?
Principales constatations	<p>Le projet centrafricain est à distinguer des projets béninois et sénégalais sur le plan de l'efficience. Projet d'urgence « fast-track », il a été mis en œuvre en un an et demi avec succès avec des réalisations conformes aux attendus (en dehors des actions auprès de l'hôpital communautaire abandonnées) et s'inscrivant dans les délais prévus en phase d'instruction.</p> <p>Les projets PASME 1 et PASMI ont au contraire été soumis à d'importantes difficultés dès le lancement des premières activités. Le projet PASMI a été réalisé en 7 ans au lieu de 5, avec des décaissements qui n'ont véritablement commencé que l'avant-dernière année du projet. Le projet PASME 1 également prévu sur 5 ans est toujours en cours 10 ans après son octroi, avec moins de 50% du montant décaissé et de fortes incertitudes pesant sur la date d'achèvement technique des travaux, fixée aujourd'hui à 2022. Les plans d'action soumis annuellement par les structures d'exécution étaient généralement très ambitieux et faiblement atteints.</p> <p>Les très faibles capacités de mise en œuvre de la maîtrise d'ouvrage nationale et des structures d'exécution locales ont nécessité une refonte importante du mode opératoire des deux projets, avec un transfert de responsabilité vers l'unité de coordination et un redimensionnement à la baisse des activités pour le projet béninois, nécessitant la signature de multiples avenants. De graves problèmes de gestion ont par ailleurs été révélés sur le projet PASMI entraînant deux suspensions des décaissements pendant plusieurs mois.</p> <p>Le dimensionnement des unités de gestion de projet a par ailleurs été sous-estimé face à l'ambition des projets financés. En particulier, la compétence en passation de marchés a fait particulièrement défaut et a dû être renforcée régulièrement en cours d'exécution. Elle est à l'origine d'un certain nombre de difficultés rencontrées, conduisant à la sélection d'entreprises de maîtrises d'œuvre ou de génie civil aux compétences finalement limitées, avec un faible niveau de contrôle des maîtrises d'ouvrage sur ces entreprises sur le plan contractuel.</p>

Compte-tenu des difficultés d'exécution au niveau local, l'assistance à maîtrise d'ouvrage s'est révélée essentielle au bon déroulement des deux projets malgré une mise en place tardive, et a joué un rôle clé dans l'exécution des deux projets, le respect du calendrier et la qualité des actions engagées, avec plusieurs changements fondamentaux opérés grâce aux experts techniques déployés sur le terrain notamment sur le volet infrastructures du projet sénégalais (expert architecture). Son **rôle aurait cependant pu être renforcé pour assurer une meilleure coordination des actions engagées** (et notamment l'articulation entre les activités de renforcement de capacités et la livraison des équipements et/ou infrastructures) et favoriser la prise en compte de certaines dimensions SSRMNIA en phase d'exécution (genre, empowerment des usagers, relation de soins, etc.).

Analyses

Le transfert de la maîtrise d'ouvrage à une organisation externe telle que la Croix-Rouge française a été un vrai succès sur le projet RUBAN en Centrafrique. Cette responsabilité confiée à une structure déjà très bien implantée au niveau local a été un gage de réussite important pour assurer l'efficacité du projet dans un délai très court et face à une crise humanitaire majeure. Malgré le contexte très particulier d'intervention, le projet Ruban est le seul parmi les trois à proposer un cadre de redevabilité satisfaisant permettant le suivi des actions réalisées et de ses principaux résultats.

Les projets PASME 1 et PASMI ont souffert en revanche de la faiblesse du diagnostic des capacités des structures locales en phase d'instruction, puis du temps d'apprentissage, nouveau, des procédures et modes de fonctionnement des deux parties. Un temps d'apprentissage important a ainsi été nécessaire pour la compréhension et le fonctionnement fluide des circuits fiduciaires, conduisant à de vraies externalités négatives jusqu'à l'arrêt de certaines actions pourtant appréciées (transfusion sanguine sur le projet sénégalais notamment) compte-tenu de difficultés sur les circuits administratifs et financiers. Le changement régulier d'interlocuteurs côté AFD sur le projet PASME et la lenteur structurelle des administrations béninoises et sénégalaises n'a pas facilité la fluidité des échanges et des processus sur ces projets au long cours. **Les modalités de suivi du projet par l'AFD ont cependant permis d'identifier rapidement les difficultés** et d'engager des mesures correctives nécessaires pour les deux projets.

L'absence de système de suivi/évaluation au Sénégal et Bénin a enfin limité la capacité de réaction du projet, avec des cadres logiques qui se sont révélés peu opérationnels en phase d'exécution.

3.4. QE4 – Efficacité

Question	Question 4 : Dans quelle mesure les interventions financées ont-elles atteint les résultats attendus et ont contribué à l'amélioration de l'offre et la demande en matière de SSRMNIA ?
Principales constatations	<p>Les résultats sont très variables sur les trois projets objets de l'évaluation.</p> <p>Le projet centrafricain a atteint ses objectifs. A l'exception de certains travaux de génie civil difficiles (échec de la construction de certaines latrines et d'un incinérateur) et quelques actions abandonnées (à l'hôpital communautaire de Bangui), l'essentiel des actions prévues tant sur le volet soft que hard a été mis en œuvre, avec succès, et ont satisfait les principaux bénéficiaires interrogés.</p>



Le projet sénégalais a permis de mettre en œuvre l'essentiel des activités de renforcement de capacité prévues, malgré une décorrélation regrettable avec le volet d'équipements et infrastructures, qui lui est toujours en cours avec des difficultés très importantes de mise en œuvre (retards importants dans la construction des infrastructures). A ce stade, moins de 50% du projet a été réalisé et de vrais doutes subsistent quant à la possibilité de finaliser les infrastructures, et dans un cadre de qualité acceptable.

Le projet béninois a dû être révisé à la baisse avec l'abandon de plusieurs activités lors de la remise à plat du projet en 2016 : planning familial, extension de la gratuité des SONU, bases de données formation et suivi de la qualité. Il y a perdu les complémentarités espérées entre activités portant, pour certaines, sur l'offre de soins et, pour les autres, sur la demande. Il a su ensuite rebondir et permis l'atteinte des principaux résultats attendus par le nouveau projet.

Dans l'ensemble, les équipements livrés par les trois projets ont permis de répondre aux besoins des structures de santé et sont en grande majorité encore fonctionnels et utilisés aujourd'hui (d'après les observations terrain et les entretiens avec les bénéficiaires locaux). La typologie des équipements et les quantités répondaient aux besoins prioritaires, en tenant compte des normes par niveaux de structures de soins. Quelques limites ont pu être observées cependant, telles que sur les dotations mises en œuvre dans le cadre du projet Bénin n'ayant pas intégré d'équipements spécifiques permettant la stérilisation du matériel (type autoclave), avec des difficultés en lien avec l'obsolescence du matériel de stérilisation disponible rapportées lors de la mission terrain.

Le projet sénégalais a su tenir compte des priorités exprimées au niveau local en permettant la livraison en avance de phase d'équipements pour les services existants de maternité et pédiatrie à l'hôpital de Louga. Les équipements livrés ont ciblé le niveau soins de santé primaires (centre de santé) et le niveau hospitalier.

Les infrastructures constituent le maillon faible des projets, avec des difficultés rencontrées sur les deux projets concernés : Ruban dans une moindre mesure et le projet sénégalais de manière fondamentale. Les retards dans la construction des nouveaux services du CHR de Louga ont provoqué et continuent de provoquer des conséquences très négatives sur les activités actuelles de l'hôpital, au détriment des populations. Les retards s'expliquent par des faiblesses de pilotage, des capacités régionales de conduite de travaux, d'encadrement et de réel plan de financement du fonctionnement des infrastructures. Malgré sa pertinence, le volet infrastructures est le grand échec du projet PASME1, avec de forts risques de reproduction de cet échec sur le projet PASME2 en cours en Casamance.

Concernant les actions de renforcement de capacités, les missions terrain ont permis de rendre compte d'un **sentiment général de satisfaction des autorités sanitaires, formateurs et participants aux formations**. Plusieurs exemples concrets d'évolutions positives de pratiques des professionnels de santé ont été recensés, tels que l'arrêt de l'utilisation systématique de l'ocytocine au cours du travail, la mise à jour du format de partogramme utilisé selon les recommandations de l'OMS ou encore l'amélioration des pratiques en matière de réanimation néonatale par exemple.

La contribution des projets à la levée des barrières d'accès aux soins est restée partielle/hétérogène. Le projet Ruban en Centrafrique a travaillé sur différentes dimensions (contribution à la levée des barrières géographiques pour le référencement des complications, des barrières financières avec la gratuité ciblée, et des barrières en lien avec les déterminants socio-culturels avec les activités de mobilisation communautaire). En

Analyses

revanche, avec l'abandon du travail de renforcement de la demande sur la planification familiale et des activités en lien avec l'accessibilité financière des SONU, le projet Bénin ne semble pas avoir impacté les barrières d'accès aux soins. Le PASME au Sénégal contribuera probablement à la levée de certaines barrières géographiques avec l'ouverture des nouveaux centres, mais à ce jour ce n'est pas encore le cas.

En dehors du projet centrafricain qui fait figure d'exception, les deux projets béninois et sénégalais ont fait l'objet d'importantes difficultés dans leur réalisation, avec un certain nombre d'activités abandonnées ou toujours en cours. Dans l'ensemble les actions financées sont cependant jugées comme pertinentes et lorsqu'elles ont pu être mises en œuvre, ayant produit de vrais résultats sur le terrain.

La difficulté d'exécution des deux projets PASME1 et PASMI tient beaucoup dans la conception initiale des projets très ambitieuse et la faiblesse des acteurs locaux qui n'avait pas été identifiée en phase d'instruction. **Les projets restent cependant confrontés aux très fortes difficultés structurelles du secteur qu'un seul financement de l'AFD ne pourra résoudre** : faiblesse des entreprises de génie civil locales, difficultés à recruter des compétences clés (passation de marché notamment) notamment sur des régions excentrées, faible financement local avec des engagements des contreparties prévus dans les conventions qui n'ont été que faiblement tenus.

3.5. QE5 - Durabilité

Question	Question 5 : Dans quelle mesure les conditions de durabilité des interventions financées ont été ou sont-elles prises en compte, et les principaux résultats durables et observables sur le terrain post-achèvement ?
Principales constatations	<p>Les trois missions terrain réalisées ont permis de constater des effets encore perceptibles des actions financées pour les trois projets objets de l'évaluation.</p> <p>Les actions de renforcement de capacités ont permis de développer les compétences des bénéficiaires qui témoignent pour certains du maintien des effets du projet sur leur activité au quotidien et la pratique de soins. La mise en place d'actions plus spécifiques telles que les supervisions formatives et des audits des décès maternels et infantiles est jugée pertinente, ayant vocation si elles sont correctement renouvelées, à maintenir dans le temps l'effet des formations délivrées.</p> <p>La plupart des équipements livrés dans les structures de santé sont encore fonctionnels et utilisés aujourd'hui, hormis quelques cas à la marge. Peu de centres de santé font cependant état d'un plan de maintenance formalisé des équipements et le risque d'obsolescence et de non-remplacement des équipements à terme est régulièrement évoqué par les bénéficiaires faute de financements.</p> <p>Les infrastructures pour le projet centrafricain constituaient le maillon faible du projet financé par l'AFD mais ont pu être remises en état grâce à la continuité du financement Bêkou. Les infrastructures développées sur le projet sénégalais, si elles ne sont pas encore en service, ont pu bénéficier de l'expertise de l'assistance technique architecture pour renforcer la qualité et durabilité au travers des spécifications techniques retenues. Des interrogations subsistent cependant sur certains aspects notamment l'isolation thermique</p>



des bâtiments, l'accessibilité des points d'eau ou le réseau électrique qu'il faudra sécuriser pour garantir la fonctionnalité des centres à terme.

Concernant les actions de renforcement de capacités, la prise en compte de la dimension durabilité aurait pu être largement renforcée : aucune action de capitalisation n'a été prévue sur les trois projets et peu d'actions de recyclage des formations ont été mises en place. L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'accéder aux supports de formation qui n'ont été ni centralisés ni archivés formellement. Le suivi de l'acquisition des compétences a par ailleurs été peu formalisé en dehors du projet centrafricain rendant difficile le suivi/évaluation des actions de formation.

Le maintien des effets du projet dans le temps est également confronté au fort turn-over des ressources humaines qui limite l'impact des formations mises en place au sein des structures visées. Sans vrai plan de capitalisation et recyclage des actions, les effets des projets et l'impact sur les pratiques de soins risquent ainsi de se déliter dans le temps.

Les engagements financiers attendus du côté des contreparties nationales ont enfin été faiblement respectés (participation au budget de fonctionnement sur le projet sénégalais par exemple).

Analyses

Si les effets des actions financées se font encore ressentir plusieurs années après leur mise en place, les trois projets auraient cependant pu mieux prendre en compte les éléments de durabilité et pérennité dans la conception des actions. Les difficultés structurelles majeures du secteur de la santé en Afrique ne sont pas une excuse au manque de durabilité, mais au contraire une exigence de meilleure anticipation par les projets.

L'assistance technique déployée sur les projets sénégalais et béninois n'a pas joué un rôle suffisant dans le renforcement de la capitalisation et le recyclage des actions de renforcement de capacités qui apparaît essentiel face au fort turn-over des ressources humaines.

Les contreparties restent par ailleurs très dépendantes des financements pour la poursuite ou le maintien des actions engagées : le projet Ruban a réussi à poursuivre les actions financées par l'AFD grâce au fonds Békou mais l'arrêt annoncé du fonds générera certainement une période de carence qui effacera une partie des bénéfices apportés par le projet. Le non-respect des engagements financiers des Etats bénéficiaires sur les trois projets interroge également sur la durabilité des actions et met en avant la complexité à sécuriser des ressources de fonctionnement fiables pour les structures accompagnées. La difficulté pour les contreparties à assurer le recrutement de personnel qualifié pourrait également fortement limiter les résultats du projet (en l'absence de médecins spécialisés pour les futurs centres sénégalais par exemple).

4. Leçons et recommandations

L'évaluation « en grappe » des trois projets sénégalais, béninois et centrafricain financés dans le cadre de l'engagement Muskoka a permis d'analyser deux types de projets :

- Un projet « fast-track » s'inscrivant dans un contexte de crise humanitaire sévère et confié à une maîtrise d'ouvrage internationale (Croix-Rouge française)



- Deux projets au Bénin et Sénégal plus classiques dans leur durée, montant et composantes, tous les deux mis en place alors que l'AFD était jusqu'alors très peu présente dans le secteur de la santé dans les pays d'intervention, et qui ont dû faire face au défi de répondre à une commande politique dans un délai relativement court alors que l'AFD disposait d'une faible connaissance du tissu local et problématiques du secteur.

Plusieurs pistes de recommandations sont esquissées dans le rapport provisoire, comme base de discussion. Ces recommandations ont vocation à être discutées et débattues lors d'un atelier participatif permettant la co-construction de recommandations et de préciser leur opérationnalisation.

4.1. Recommandations sur le montage opérationnel du projet et la phase d'instruction

» Recommandation n°1. Réaliser un diagnostic approfondi des capacités d'exécution des bénéficiaires locaux et adapter la conception du projet aux réalités locales

La faible connaissance des acteurs locaux et des capacités réelles des structures d'exécution sur les projets sénégalais et béninois correspond à la première cause des retards et difficultés constatés. Les projets étaient ainsi, dès leur conception, peu adaptés aux réalités locales et trop complexes au regard du mix d'interventions proposé (soft/hard/multi-niveaux de la pyramide sanitaire), et du nombre important de bénéficiaires concernés. Ils auraient mérité d'être **simplifiés** (une seule maîtrise d'ouvrage si possible, nombre de composantes limité) **et de consacrer un temps plus important de dialogue en amont avec les bénéficiaires et les principaux bailleurs du secteur.**

L'analyse des capacités d'exécution locale aurait pu également s'appuyer davantage sur les bailleurs déjà présents dans le secteur dans les géographies visées et notamment les agences des Nations-Unies et les Conseillers Régionaux en Santé Mondiale chargés du suivi et de la mise en œuvre du volet multilatéral de l'engagement Muskoka. De manière générale, les échanges entre le volet bi et multilatéral de l'engagement Muskoka doivent être renforcés avec des instances dédiées de dialogue et partage de connaissances sur le secteur et ses parties prenantes. La collaboration inter-bailleurs peut également s'envisager sous forme de cofinancements qui peuvent s'avérer pertinent dans le cas de primo-interventions de l'Agence, et permettant ainsi de s'appuyer sur la connaissance et l'insertion d'un autre bailleur dans le panorama institutionnel local.

Ce diagnostic amont et pas de temps sont essentiels et doivent être pris en compte dans le calendrier d'instruction. **Ils peuvent être réalisés directement par l'AFD ou pourraient être intégrés dans le périmètre d'une étude de faisabilité avant-projet.**

Le diagnostic des capacités locales doit ensuite permettre d'adapter le montage du projet aux réalités sur le terrain : simplification du mode opératoire si besoin, priorisation des acteurs à même d'exécuter les actions financées, adaptation du niveau d'assistance technique nécessaire en fonction, et définition et explicitation du rôle et responsabilité de tous les acteurs avant démarrage.

» Recommandation n°2. Dédier un temps important à l'apprentissage commun des pratiques et bien poser les bases du mode opératoire

Au-delà du diagnostic plus poussé des capacités des structures bénéficiaires, le faible historique d'intervention de l'AFD au Sénégal et Bénin dans le secteur de la santé aurait mérité un temps plus important consacré au montage du projet. Le Ministère de la santé et ses structures ont ainsi nécessité un temps important d'apprentissage des procédures de l'AFD, conduisant à des difficultés sur le plan financier et administratif : soumission tardive des plans techniques annuels, difficultés à justifier l'utilisation des avances, arrêt d'activités pourtant très appréciées du fait du financement en silo de certaines composantes, avec des temps plus longs de délivrance des Avis de Non

Objection par l'AFD. A l'inverse, l'Agence a également dû s'inscrire dans les processus administratifs locaux, peu connus, et les projets ont certainement souffert d'un faible portage politique au niveau local compte-tenu du peu de connaissance qu'avaient les acteurs institutionnels de l'AFD à l'époque.

Ce temps d'apprentissage mutuel est à prendre en compte dans le calendrier d'instruction et doit permettre d'affiner le mode opératoire au regard des spécificités locales : dimensionnement des enveloppes d'expertise et des modalités de recours associées (contrat cadre par exemple), modalités de tirage adaptées, etc. Selon la stratégie d'intervention de l'AFD dans le secteur, il pourra être intéressant de privilégier des relations de long-terme avec certaines contreparties afin de construire une véritable logique de coopération dans la durée.

Le dimensionnement des unités de coordination de projet a également été sous-estimé pour les projets béninois et sénégalais et n'a eu de cesse d'être renforcé. Compte-tenu des difficultés des structures locales, il s'avère essentiel de **constituer dès le début du projet une équipe de coordination solide**, qui dispose à minima de compétences en passation de marchés, comptabilité et suivi/évaluation. Le temps nécessaire au recrutement de l'assistance technique est également à anticiper très fortement dès la phase d'instruction pour s'assurer de la disponibilité de l'AT dès le démarrage des activités et ce avant même l'octroi du financement.

» **Recommandation n°3. Mettre en place un dispositif de suivi/évaluation dès la conception des projets**

Les projets ont manqué d'un **dispositif de suivi/évaluation** solide défini en amont du projet et de ressources dédiées au suivi et correction des actions. En dehors du projet centrafricain, aucune baseline n'avait été définie malgré la présence d'indicateurs de suivi ambitieux associés au cadre logique. Dans les faits, aucun indicateur n'a ensuite été collecté sur les deux projets béninois et sénégalais.

» **L'absence d'un dispositif concret de suivi/évaluation et des compétences associées n'a pas permis d'analyser l'impact des projets financés ou de prendre des mesures correctives en temps réel. Il est ainsi essentiel que cette composante soit intégrée dès la conception des projets et que les équipes en charge de la gestion des projets soient formées pour suivre activement et de manière plus opérationnelle l'évolution des indicateurs ciblés. Un atelier mobilisant les différentes parties prenantes et dédié à la construction de la logique d'intervention et ses modalités de suivi pourrait permettre de favoriser la logique du mix d'interventions proposé et de garantir les capacités de suivi à terme des actions financées. La mise en place d'un socle d'indicateurs communs aux projets SMI pourrait permettre également de favoriser le suivi dans le temps des résultats et impacts recherchés à l'échelle des projets AFD.**

Recommandation n°4. Envisager de nouvelles formes de gestion des projets en impliquant des structures externes/société civile si besoin

Le projet Ruban en Centrafrique pourtant mené dans un contexte très particulier de crise humanitaire et dans des délais contraints a finalement posé le moins de difficultés tant sur le plan de l'efficacité que de l'efficacités des actions menées. Si les caractéristiques du projet, à petit montant et à vocation moins complexe, explique en partie ces résultats, la responsabilité de la maîtrise d'ouvrage confiée à la Croix-Rouge française a cependant participé largement au succès du projet. La CRF a su ainsi mettre à profit son excellente connaissance du contexte local et ses compétences en matière de pilotage et suivi/évaluation au service du projet.

Si la pertinence de s'insérer dans les contextes locaux et de faire monter en capacité les maîtrises d'ouvrage nationales reste essentielle et constitue l'ADN de l'AFD (notamment au titre de l'accompagnement des politiques publiques sur la durée), il peut être intéressant de **mobiliser d'autres facilités opératoires dans des situations particulières** (urgence, commande politique, faible connaissance du secteur de l'AFD). C'est d'ailleurs le choix qui a été fait sur le Bénin en confiant le projet EQUITE (en partie suite du PASMI) financé par l'AFD à la coopération belge, tout en maintenant un dialogue nécessaire et important avec le Ministère de la santé. D'autres montages

ont pu être proposés sur des projets plus récents tel que des schémas mixés en associant une maîtrise d'ouvrage nationale et une maîtrise d'ouvrage déléguée répartis sur les différents volets du projet.

L'accompagnement au titre des politiques publiques peut également se poursuivre en dehors de la stricte logique projet, via l'intégration de volets de recherche opérationnelle dans les financements octroyés par exemple et permettant ainsi de développer un dialogue plus profond sur l'approche intégrée des enjeux en matière de santé maternelle et infantile. Des approches de plaidoyer communes peuvent également être menées en concertation avec les autres acteurs multilatéraux ou français présents localement (Ministère des Affaires étrangères et structures en charge de la mise en œuvre du volet multilatéral de l'engagement Muskoka notamment).

4.2. Recommandations sur la conception des projets et périmètre des actions financées

» Recommandation n°5. Continuer à proposer un mix d'interventions au plus près des besoins locaux

La pertinence des actions financées a globalement été saluée par les différents acteurs interrogés sur les trois projets. L'AFD a su s'adapter à l'expression des besoins locaux en proposant des interventions construites spécifiquement pour chaque pays. Cette démarche doit être poursuivie en s'attachant à bien impliquer l'ensemble des bénéficiaires ciblés par les actions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

» Recommandation n°6. Mieux intégrer certaines dimensions de la SSRMNIA qui sont restées peu couvertes par les projets

Les projets ont tous été instruits dans le cadre d'intervention sectoriel (CIS) de l'AFD 2012-2014 très orienté sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Ces trois projets s'inscrivent dans cette dynamique et sont ainsi moins insérés dans l'approche intégrée des services de SSRMNIA mise en avant dans le CIS post-2015. De fait, certaines dimensions de la SSRMNIA apparaissent peu couvertes telles que la santé sexuelle (notamment les IST et violences sexuelles), les consultations post-natales et le volet santé infantile, l'approche globale du continuum de soins, l'interconnexion des services. La dimension « expérience patient » et la relation de soins ont également été peu traitées dans les actions de renforcement de capacités (accueil, communication, approche centrée sur le patient) et la perspective de genre est peu présente dans les trois projets étudiés à l'exception du projet Ruban en RCA. Ces volets doivent être mieux pris en compte dans les futures instructions (mais c'est normalement déjà le cas), notamment via la mobilisation d'une assistance technique dédiée à ces sujets. Les communautés ou organisations de la société civile peuvent également plus mobilisées dans la remontée des besoins puis la conception des projets quand le temps d'instruction le permet (notamment sur les aspects sociaux-culturels et notamment la thématique de la planification familiale sur laquelle les intérêts peuvent être divergents), en logique de co-construction.

Lors de la phase de diagnostic initial, l'ensemble des composantes de la SSRMNIA doivent être interrogées afin que certaines composantes habituellement négligées puissent être bien intégrées aux projets. Un outil de positionnement de projet sur les thématiques SSRMNIA pourrait servir d'aide à la décision (et de base à la discussion avec les bénéficiaires), tel que le tableau des thématiques de formation présenté dans le paragraphe 6.1.3.

» Recommandation n°7. Mieux investir le volet demande et le travail sur les déterminants socio-culturels d'accès aux soins

Les trois projets ont été très axés sur la dimension offre de soins, avec un travail plus limité sur le renforcement de la demande et la prise en compte des déterminants socio-culturels d'accès aux soins.



Il est important d'intégrer de façon plus systématique la dimension demande lors de l'instruction des projets et de l'évaluation initiale en recourant par exemple à des méthodologies d'études socio-anthropologiques permettant d'améliorer la compréhension des perceptions et représentations autour de la SSRMNIA, et à des approches de diagnostic participatif impliquant les communautés et les usagers via notamment la mobilisation des organisations de la société civile. Cela apparaît d'autant plus essentiel au regard de l'évolution du cadre d'intervention sectoriel de l'AFD qui positionne l'approche par les droits de façon plus centrale.

» **Recommandation n°8. Favoriser un financement intégré des projets en limitant les contreparties nationales, et tenant compte des conditions de durabilité**

Les engagements pris par les contreparties nationales, qu'ils soient financiers ou de mobilisation de ressources humaines ou matérielles ont dans l'ensemble été peu respectés, soit pour des questions structurelles de disponibilité des financements, soit compte-tenu d'un mauvais positionnement en amont de ces contreparties parfois peu partagées et dont la responsabilité de mise en œuvre n'est pas clarifiée au sein des acteurs locaux⁴. Cet élément est à prendre en compte dans la conception des projets et l'analyse des risques initiales, en favorisant l'intégration dans le périmètre du financement AFD des actions souvent délaissées par les contreparties : maintenance, budget de fonctionnement notamment, ou la sécurisation de certaines prestations jugées plus à risque en termes de durabilité (hausse de la qualité attendue sur des infrastructures ou équipements en anticipant la faible maintenance par exemple).

Les conditions de durabilité du projet doivent être posées dès la conception du projet :

- Plan de mise en service et maintenance des équipements avec suivi des engagements de chaque partie prenante
- Plan de durabilité : conditions et échéances clefs de décisions pour l'engagement des actions de suite du projet

A l'inverse, un mécanisme de suivi formalisé doit être mis en place pour les contreparties qui resteront attendues dans les conventions de financement. Ce point renvoie également à la cohérence des actions et au dialogue institutionnel et politique à mener parallèlement par l'AFD auprès des acteurs institutionnels.

4.3. Recommandations opérationnelles en phase d'exécution

» **Recommandation n°9. Renforcer le cadre opérationnel des actions de renforcement de capacités**

L'évaluation a mis en avant l'importance d'un diagnostic plus poussé des besoins en amont et d'une meilleure prise en compte de l'approche intégrée en matière de SSRMNIA, ainsi que le renforcement du volet capitalisation/suivi des formations.

Recommandations	
Méthodologie	Renforcer ou mettre en place des actions de formation de formateurs / ingénierie pédagogique pour les personnes dispensant les formations
	Renforcer le volet capitalisation (termes de références, supports, rapports de formation, rapports de supervisions formatives), l'identification et la documentation de bonnes pratiques
Contenus de formation	Intégrer aux formations une perspective de genre et de renforcement des capacités individuelles des patients
	Intégrer aux formations de façon systématique et transversale des éléments relatifs à « l'expérience patient », la communication efficace et la relation de soins (notamment en lien avec la définition de la qualité des services de l'OMS et les nouvelles recommandations pour une approche positive des soins périnataux)

⁴ Dans le cas du Bénin, l'inscription d'un budget dédié césarienne dans la Loi de Finances a été discuté avec le Ministère de la Santé mais pas avec le Ministère de l'Economie et des Finances, pourtant clé

	Renforcer au sein des formations dispensées une approche plus intégrée et globale du paquet de services et du continuum de soins en SSRMNIA (l'ensemble des services étant interconnecté)
	Prendre en compte les activités prioritaires du Dispositif Minimum d'Urgence en Santé de la reproduction dans les formations planifiées en contexte de crise et inclure notamment des sessions dédiées à la question de violences basées sur le genre / violences sexuelles (approche de sensibilisation à minima)
Suivi post-formation	Renforcer le volet suivi post formation en intégrant davantage de supervisions formatives
	Intégrer de façon plus systématique une dimension de recyclage et suivi post-formation
	Accompagner lorsque cela est possible et mettre à disposition des outils permettant une dynamique de compagnonnage afin de mieux maintenir les acquis des formations dans le temps

La mise en œuvre opérationnelle de ces recommandations doit passer par :

- Un **diagnostic poussé sur le volet de renforcement de capacités**, à intégrer dans l'étude de faisabilité réalisée en phase d'instruction :
 - › Identification des bonnes pratiques et initiatives existantes
 - › Identification des acteurs et ressources pouvant être mobilisés pour les intégrer dans les plans de formation et favoriser les synergies entre acteurs du secteur (notamment agences UN : FNUAP, OMS, UNICEF et organisations de la société civile)
- Un **renforcement de la mission de l'assistance technique** sur le cadrage, conception, puis suivi des actions de renforcement de capacités :
 - › Appui à l'élaboration et/ou l'harmonisation d'outils de formation standardisés (termes de référence, pré/post-test, tests de positionnement, supports de formation, satisfaction/évaluation des formations, rapport)
 - › Intégration de la dimension capitalisation dans les missions de l'assistance technique (appui à la révision / mise à jour / amélioration des outils de supervisions)
- **Un renforcement des aspects de durabilité dans la conception des formations**
 - › Inclusion systématique d'activités de supervision formative et de recyclage pour chaque thématique de formation au moment de la définition des activités
 - › Elaboration systématique de plans de suivi incluant les modalités de supervisions formatives et une évaluation post-formation (à minima sur un échantillon de participants)
 - › Intégration dans la mission des équipes de coordination d'une composante de capitalisation et apprentissage

» **Recommandation n°10. Renforcer la dimension passation de marchés et sécuriser le volet « contract management »**

La dimension de passation de marché est apparue comme le nerf de la guerre dans la réussite des trois projets évalués, ou leur échec. Il est essentiel de mobiliser et renforcer systématiquement cette compétence au sein des structures d'exécution ou coordination locales en charge de la passation des marchés notamment sur les volets équipements et infrastructures. Le renforcement des compétences peut être assuré par la mise en place d'une assistance technique dédiée sur ces volets et/ou la mobilisation de la cellule passation de marchés de l'AFD pour délivrer des formations spécifiques aux maîtrises d'ouvrage nationales ou proposer une assistance à maîtrise d'ouvrage. Leur intervention peut également permettre de mieux anticiper les enjeux notamment juridiques relatifs aux modalités de passation de marchés au niveau local.

L'approche « contract management » mérite également d'être renforcée en :

- Privilégiant au maximum la qualité des offres retenues (critère technique) par rapport au critère économique, tout en s'insérant dans le code des marchés publics locaux. Cela peut passer par l'utilisation des documents d'appel d'offres type AFD qui favorise la mise en place de clauses environnementales et sociales, des exigences précisées en matière de références ou compétences, ou le regroupement de

certains lots pour atteindre une taille critique plus favorable aux grands groupes présentant généralement des offres de meilleure qualité.

- Privilégiant les modalités de passation de marché les plus sécurisantes : recours à un accord cadre permettant de prendre le temps de vérifier attentivement l'ensemble des références techniques produites par exemple.
- Renforçant les modalités de contrôle des contrats :
 - › Mobilisation des compétences disponibles/bonnes pratiques locales en suivi de contrat (maîtrises d'ouvrage déléguée en coordination de chantier par exemple). Le partage d'expérience avec d'autres bailleurs du secteur est ici essentiel.
 - › Intégration de pénalités systématiques en cas de non-respect du contrat et application
- Renforçant l'enveloppe financière sur les éléments les plus à risque du contrat en termes d'efficacité, efficacité et durabilité
 - › Intégration d'une enveloppe de maintenance systématique (stock de pièces de rechange, garantie et formation intégrée au contrat)
 - › Renforcement des spécifications techniques sur les volets les plus à risque techniquement et tenant compte de la probable faible maintenance ex-post (second œuvre, résistance au changement climatique notamment)

» **Recommandation n°11. Renforcer le rôle de l'assistance à maîtrise d'ouvrage au travers de termes de référence exigeants**

L'assistance à maîtrise d'ouvrage s'est révélée clef sur les deux projets sénégalais et béninois compte-tenu de la faiblesse des structures d'exécution locale. Elle est ainsi essentielle à la réussite du projet mais doit être exploitée au maximum en :

- Mettant en place l'AMO le plus rapidement possible, quitte à anticiper son recrutement dès la phase d'instruction des projets
- Donnant à l'AMO un vrai rôle d'assistance à la maîtrise d'ouvrage et supervision/coordination/évaluation au-delà des assistances plus techniques mobilisées
- Renforçant son rôle via des termes de référence exigeants, devant lui permettre de:
 - › Mieux coordonner les actions mises en place par les différentes assistances techniques mobilisées, notamment la corrélation entre les volets soft et hard des projets tant en termes de contenu que de calendrier (formations adaptées aux équipements livrés et intervenant lors de la réception des équipements par exemple, adéquation entre les équipements et les infrastructures, etc.)
 - › Sécuriser la passation de marchés : intégration d'actions renforcement des compétences locales mobilisées sur ce volet par l'AMO, sécurisation des modalités de passation de marché et vérification des contrats
 - › Renforcer la pertinence et durabilité des actions de renforcement de capacités mises en place : conception des activités, cadre de suivi, capitalisation, intégration des approches habituellement moins traitées telles que l'approche genre, l'expérience patient ou la relation de soins
 - › Renforcer le dispositif de suivi/évaluation des projets

5. Récit détaillé et analytique des projets - Sénégal

5.1. Présentation du contexte et de son évolution

Le Sénégal a connu sur la période 1990 – 2010 une croissance économique moyenne de l'ordre de 4%, et était la seconde économie de l'Union économique et monétaire Ouest Africaine (UEMOA) au moment de l'instruction du projet. Cette économie était cependant fragilisée, tout comme la grande majorité des pays africains, par une croissance démographique élevée (+2,6% par an, la population urbaine ayant été multipliée par 7 entre 1960 et 2010, et une population totale qui devrait doubler entre 2010 et 2050).

Le pays fait également face à des enjeux importants en matière de santé maternelle et infantile malgré l'amélioration de ses indicateurs depuis plusieurs années, avec en 2010, un taux de mortalité infantile estimé à 47 décès pour 1000 naissances vivantes, une mortalité des enfants de moins de 5 ans de 75 pour 1000, et un taux de mortalité maternelle de 392 pour 100 000 naissances vivantes⁵, 3 indicateurs encore très éloignés de la cible de l'OMD 5. Si l'accouchement en structure sanitaire a connu une évolution très positive avec plus de 90% atteints en milieu urbain pour 70% en milieu rural, l'absence de personnel qualifié contribue cependant toujours au niveau élevé de décès maternels, accentués par le nombre important de grossesses à risque : grossesses trop rapprochées, trop nombreuses, trop précoces, ou trop tardives. Le recours à la contraception reste enfin faible, avec un taux de prévalence contraceptive par une méthode moderne de 12% contre 23% dans la région. La demande en planification familiale est également relativement faible (40% contre 70/85% dans les pays émergents) et pour partie insatisfaite (29%). Au Sénégal, 63% de la population a moins de 25 ans⁶ et les adolescentes de 15 à 19 ans constituent 22% des femmes en âge de procréer et contribuent pour près de 10% à la fécondité totale des femmes.

La Région de Louga, région rurale et pauvre et deuxième du pays en superficie, fait état des mêmes indicateurs dégradés, pour la plupart inférieurs aux moyennes nationales (taux de prévalence contraceptive de 7,4%, 38% des accouchements assistés par du personnel qualifié seulement)⁷. **A l'époque de l'instruction du projet, trois nouveaux districts sanitaires venaient d'être créés pour couvrir le département de Louga (345 000 habitants sur 900 000 à l'échelle régionale), élevant à 8 le nombre de districts sanitaires de la Région médicale.** La coopération luxembourgeoise (LuxDev) et l'USAID étaient à l'époque les principaux partenaires de la région de Louga dans le domaine de la santé de la reproduction.

Face à ces différents enjeux, le pays s'est fixé des objectifs ambitieux en matière de santé maternelle et infantile et affiche en 2010 comme priorité « la réduction de la morbidité et de la mortalité des femmes et des enfants par le renforcement des programmes de santé, notamment de santé de la reproduction et la réduction du taux de fécondité et du rythme de croissance démographique », s'inscrivant dans l'atteinte des OMD et transcrite dans ses principaux documents de stratégie nationale de l'époque⁸. Le Sénégal avait également été le premier pays francophone de la région à **formaliser le principe de réduction de la croissance démographique (concept de « dividende démographique »)**, avec la création de la Direction de la Population et de la Planification du Développement Humain (DPPDH) du Ministère des Finances, faisant le choix stratégique de faire de la planification familiale une priorité nationale (objectif d'augmenter le taux de prévalence contraceptive de 12% en 2010 à 27% en 2015). Le **projet PASME 1 s'est inscrit dans ce contexte et dans le cadre de l'engagement Muskoka. Il est le premier projet santé octroyé au Sénégal par l'AFD depuis de nombreuses années**, avec en 2010 une intervention santé de l'Agence limitée à l'échelle régionale (hors un PRCC pour du renforcement de capacités de l'institut Pasteur de Dakar).

5.2. Description du projet

⁵ Enquête Démographique et Santé - EDS 2005

⁶ Enquête Démographique et Santé - EDS 2016

⁷ Evaluation de la feuille de route sur la mortalité maternelle et néonatale

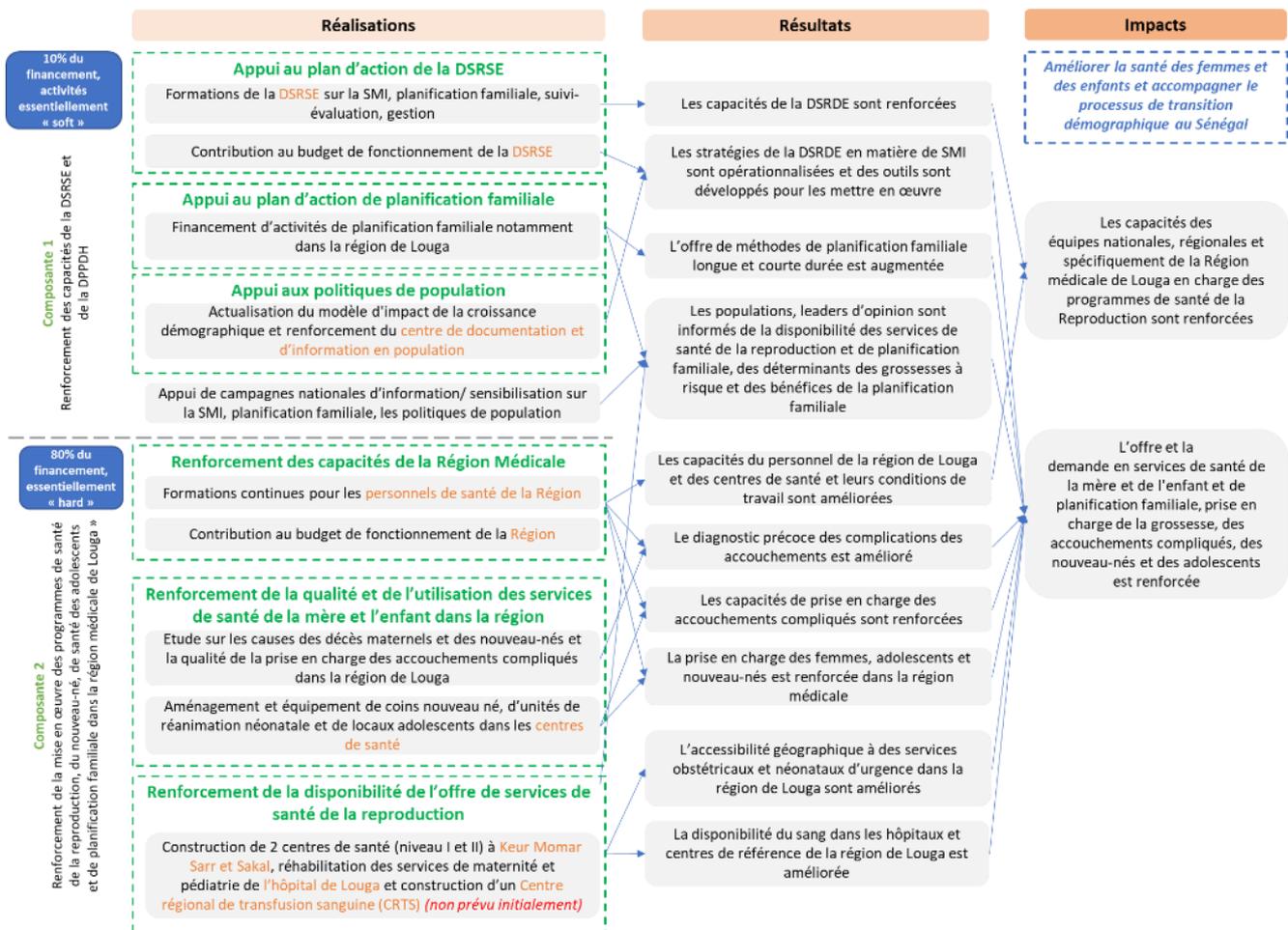
⁸ Document de Politique Economique et Sociale 2010-2015, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, Feuille de route nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015

5.2.1. Objectifs généraux

Le projet PASME 1 « d'appui à la Santé de la Mère et de l'Enfant dans la région de Louga » (numéro de projet CSN 1366) a été soutenu par décision de l'AFD le **19 décembre 2012** à hauteur de **14M€**, sur une durée prévue initialement de **5 ans** (2012-2017). La finalité du projet telle que définie en annexe de la Convention de financement signée en mai 2013 était de « contribuer à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants et à l'accélération de la dynamique de transition démographique ». Ses objectifs spécifiques étaient triples, devant permettre de :

- « Renforcer les capacités des équipes nationales et de la Région médicale de Louga en charge des programmes de santé de la reproduction ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge de la grossesse, des accouchements compliqués et des nouveau-nés, dans la région de Louga en particulier ;
- Et accroître l'offre et la demande en services de santé de la mère et de l'enfant et de planification familiale, particulièrement chez les populations les plus vulnérables (adolescents, zones rurales). »

Le schéma suivant décrit la logique d'intervention du projet :



5.2.2. Bénéficiaires et gouvernance

Le projet était dirigé vers les bénéficiaires suivants, au niveau central et régional :

- La **Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE)**, direction centrale au sein de la Direction Générale de la Santé (Ministère de la Santé) en charge de la coordination stratégique de la politique de la santé de la mère et de l'enfant au Sénégal (devenue depuis la DSME, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant). Cette direction, nouvellement créée à l'époque du projet, ne propose

pas de services directement auprès de la population mais contribue à l'élaboration de politiques et documents normatifs sur la thématique, et l'organisation des soins en appui notamment aux Régions Médicales.

- La **Direction de la Population, de la Planification et du développement Humain (DPPDH)** aujourd'hui appelée Direction du Développement du Capital Humain (**DDCH**) sous la tutelle du Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (MEFP) et qui assure la conception, coordination et le suivi-évaluation de la politique de population au Sénégal.
- La **Région médicale de Louga**, située au nord du pays et composée de 8 districts sanitaires. La Région médicale, placée sous l'autorité d'un médecin-chef et composée d'une dizaine de cadres, représente le niveau intermédiaire chargé de l'appui technique et managérial pour assurer la mise en œuvre, au niveau de chacun des districts, des politiques et stratégies définies au niveau central. La RM de Louga s'appuie sur un hôpital régional (CHR de Louga) et des centres de santé de référence dans les différents districts. 3 districts venaient d'être créés à l'époque du projet et ne disposaient pas encore de centres de santé de référence au moment de l'instruction. La construction de deux d'entre eux, à Sakal et Keur Momar Sarr, a ainsi été intégrée au projet (construction et équipement, le centre du 3^{ème} district étant financé par la contrepartie nationale).

Districts	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Cabinet dentaire	Case de santé	Officines privées	Cabinets /cliniques privés
Dahra	0	2	18	1	28	6	1
Linguère	1	1	13	1	31	2	0
Darou Mousty	0	2	15	1	31	2	1
Kébémér	0	2	16	1	86	6	2
Louga	1	1	18	2	44	19	8
Keur M. Sarr	0	1	13	0	28	2	1
Koki	0	1	11	0	36	3	0
Sakal	0	1	12	0	30	2	2
REGION	2	11	116	6	314	42	15

Infrastructures sanitaires de la région de Louga en 2019 - Source : carte sanitaire 2019 région Louga

- Le **Centre National de Transfusion sanguine**, intégré dans un second temps (2015) dans le périmètre du projet, établissement public autonome de gestion relevant de la Direction générale de la santé.

En termes de mode opératoire, le **Ministère de la Santé** a été choisi pour être le **maître d'ouvrage du projet**. Les **structures d'exécution** bénéficiaires du financement initialement prévues étaient la Direction générale de la santé au travers la **DSRSE** au niveau central et la **Région médicale de Louga** au niveau déconcentré.

Un avenant à la convention de financement signé en février 2015 a permis d'ajouter l'**Unité de Coordination** de projet (placée au sein de la Direction générale de la santé) en qualité de troisième structure d'exécution, en charge notamment des dépenses de fonctionnement courant et des dépenses initialement confiées à la Direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance (DIEM) du Ministère de la Santé pour la passation des marchés d'infrastructures puis le suivi et contrôle des travaux. Cette responsabilité a également été étendue aux équipements (passation de marché et suivi) en 2017, actant du transfert définitif du rôle initialement confié à la DIEM à l'Unité de coordination (UC).

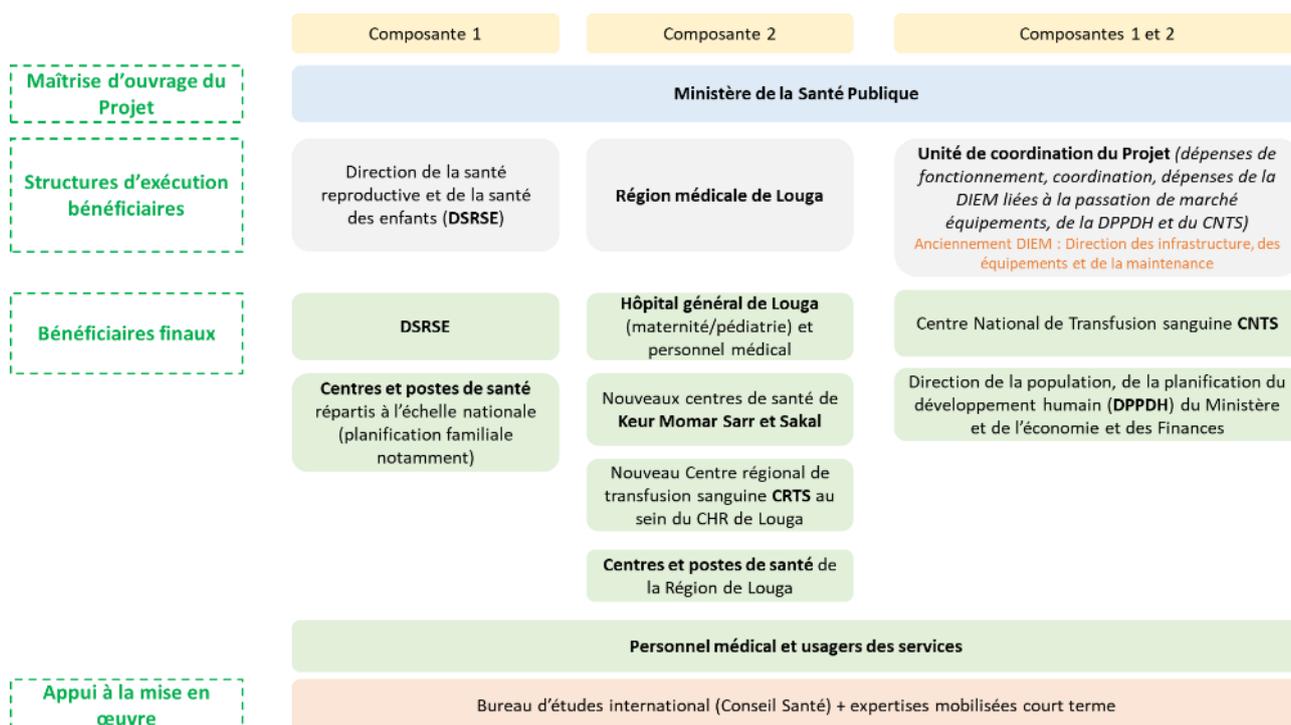
Le projet est appuyé par une assistance technique pilotée par le bureau Conseil Santé mise en place en 2016 et constituée par 4 experts en appui long-terme ou perlé :

- un expert technique résidentiel long-terme dans la région de Louga avec un profil clinicien de gynécologue (2015-2017)

- un expert technique international court-terme, perlé, à la DSRSE avec un profil de santé publique (juin 2016 à septembre 2017)
- Un expert perlé architecture (depuis juin 2016. Toujours en place, mobilisé officiellement au titre du PASME 2 mais suivant toujours les chantiers du PASME 1)
- Un expert perlé ingénieur biomédical sur les équipements biomédicaux. (en cours, 4 missions réalisées depuis août 2016)

En termes de pilotage, l'avancement du projet s'appuie sur l'élaboration de budget-programmes annuels élaborés à partir de Plans d'actions annuels (PTA) de chaque structure bénéficiaire, soumis chaque année à l'avis de non-objection de l'AFD. Aucune baseline d'indicateurs n'a été collectée ni aucune cible chiffrée définie en amont du projet.

Le schéma ci-dessous décrit le jeu d'acteurs du projet :



5.2.3. Description du projet

Le projet a été organisé autour de deux composantes principales et prévoyait la mise en place des actions suivantes (tel que défini début 2013 dans les derniers aide-mémoires de définition du projet et l'annexe de la convention de financement) :

Composante 1 : renforcement des capacités de la DSRSE

Appui à la mise en œuvre du Plan d'actions de la DSRSE :

- Mise à disposition d'une enveloppe budgétaire annuelle dégressive pendant 3 ans
- Fourniture d'un pick-up, et acquisition de matériel pour les nouveaux bureaux devant être financés par la contrepartie locale
- Appui à l'opérationnalisation de la stratégie nationale en santé de la reproduction et notamment sur deux programmes : le Plan d'accélération de la réduction de la mortalité néonatale et la Stratégie nationale en santé des adolescents
- Soutien aux activités de lobbying et plaidoyer, appui dans la création de supports d'information et communication
- Mobilisation d'expertise court-terme pour des besoins spécifiques

Contribution à la mise en œuvre du Plan d'action national de planification familiale

- Appui au financement du Plan avec les autres bailleurs

- Mise à disposition de méthodes contraceptives dans la région de Louga, formation de personnels à leur dispensation notamment

Contribution à la mise en œuvre de la politique nationale de population

- Appui à la DPPDH pour l'actualisation du modèle Rapid pour Louga (outil normatif adapté à la région de Louga devant permettre de contribuer à la maîtrise de la fécondité)
- Organisation d'un atelier national de sensibilisation aux enjeux de population
- Renforcement des moyens d'action du Centre de documentation et d'information en population

Composante 2 : renforcement de la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction et du nouveau-né, de santé des adolescents et de planification familiale dans la région médicale de Louga

Renforcement des capacités de la Région médicale pour l'organisation et l'encadrement du secteur santé

- Mise à disposition d'une enveloppe budgétaire annuelle dégressive pendant 3 ans
- Renforcement de la fonction de la RM de facilitateur de la concertation entre acteurs locaux et régionaux et de ses capacités de coordination et planification des équipes cadre de région et districts
- Formations continues pour les acteurs de santé de la région
- Mise à disposition d'une expertise long-terme

Renforcement de la qualité et de l'utilisation des services de santé de la mère et de l'enfant dans la Région

- Réalisation d'une enquête sur la qualité de la prise en charge des accouchements compliqués dans la région médicale de Louga
- Organisation de supervisions formatives des personnels de santé des centres et postes de santé périphériques réalisée par des médecins de l'hôpital de Louga
- Aménagement et équipement de coins « nouveau-nés » dans toutes les salles d'accouchement et d'une unité de réanimation néonatale à l'hôpital régional et dans les centres de santé de référence
- Aménagement d'un local adolescents dans les centres construits dans le cadre du projet, et formation et équipement des centres et postes de santé pour la dispensation de méthodes contraceptives

Renforcement de la disponibilité de l'offre de services de santé de la reproduction⁹

- Réhabilitation/extension des services de maternité et pédiatrie de l'hôpital de Louga. La réhabilitation devrait comprendre : (i) l'extension de la maternité avec notamment l'intégration d'un bloc chirurgical, la construction d'un bloc de consultations externes, la construction/réaménagement d'une salle d'accouchement plus vaste que la salle actuelle ; (ii) l'aménagement du service de pédiatrie avec la création d'une unité de réanimation néo-natale et d'un centre de récupération nutritionnelle ainsi que l'organisation d'un service de consultations externes.
- Construction de deux centres de santé de référence dans deux nouveaux districts sanitaires à Sakal et Keur Momar Sarr. Le centre de Keur Momar Sarr doit comporter : une polyclinique, un bloc opératoire, une maternité, un bloc SMI/PF et un centre de récupération nutritionnelle, une unité d'hospitalisation, un espace ADOS ainsi que 4 logements. Le centre de soins de santé secondaires II de Sakal devrait comporter : une polyclinique, une maternité, un bloc SMI/PF et URO-CREN, des locaux annexes, un espace ADOS ainsi que 3 logements
- Construction et équipement d'un centre régional de transfusion sanguine CRTS, intégré au sein même du CHR de Louga.

⇒ En synthèse, le projet s'articulait donc autour de deux piliers principaux :

- Un **important volet « soft »**, en proposant des actions de renforcement de capacités auprès des autorités nationales (Direction de la Santé de la mère et de l'enfant DSRSE, Direction des politiques de population DPPDH, centre national de transfusion sanguine), de la région médicale de Louga (équipes cadres, supervisions formatives) et du personnel médical de la région
- Un **volet infrastructures conséquent**, représentant en montant 65% du projet, prévoyant de construire deux nouveaux centres de santé de référence pour deux nouveaux districts dans la Région médicale de

⁹ S'inscrivant dans le Programme d'Investissements Sectoriels santé 2011-2015 et le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2019, priorisant pour la période 2010 à 2015 la construction et réhabilitation d'infrastructures sanitaires pour améliorer l'accessibilité géographique aux services sanitaires

Louga, de réhabiliter les services maternité/pédiatrie de l'hôpital régional, et de construire un Centre régional de transfusion sanguine (CRTS) dans les locaux de l'hôpital régional

- Au-delà des nouvelles infrastructures à équiper, des **équipements** devaient également être achetés pour :
 - o la DSRSE et la DPPDH (équipements de bureau et véhicules, équipement du centre de documentation de la DPPH essentiellement)
 - o pour l'hôpital régional de Louga (en avance de phase par rapport à la rénovation des services maternité/pédiatrie, ciblés sur les urgences obstétricales)
 - o et plus généralement pour les postes et centres de santé de la Région médicale (équipements très variés axés sur la santé de la mère et de l'enfant et la planification familiale)

5.2.4. Plan de financement

Plan de financement	Montant en millions d'euros	%
AFD	14	
1. Renforcement des capacités de la DSRSE (niveau national)	1	7,1
2. Appui Région Médicale de Louga		
▪ Renforcement institutionnel	0,60	4,3
▪ Appui à la mise en œuvre des programmes	1,50	10,7
▪ Renforcement de l'offre et de la qualité des soins	9,20	65,7
<i>Dont infrastructures+équipements</i>	<i>9MEuros</i>	
3. Gestion du projet	0,45	3,2
4. Imprévus	1,25	8,9
Total	14	
Reste à financer		
Total Général		

Plan de financement du projet en mai 2013

5.3. Instruction (de l'identification à l'octroi du financement)

Suite au sommet Muskoka de juin 2010 et la décision de la France d'affecter 100M€ supplémentaires par an pendant 5 ans en appui aux OMD 4 et 5 (santé maternelle et infantile) dont 48M€ annuels confiés à l'AFD, et dans la lignée de la Conférence de Ouagadougou organisée en février 2011 sur le thème « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'ouest francophone : l'urgence d'agir » réunissant 8 pays dont le Sénégal, l'AFD a organisé en **décembre 2011 sa première mission de pré-identification visant à préparer un futur projet Muskoka au Sénégal**, avec l'idée qu'il comporte un focus particulier sur la planification familiale. **Il s'agissait du premier projet santé instruit par l'AFD au Sénégal et devait répondre aux exigences tant en temps qu'en volume de financement fixées par l'engagement Muskoka¹⁰**. Il s'agissait ainsi bien d'une commande politique à laquelle l'AFD devait répondre.

L'engagement Muskoka était une initiative politique dans laquelle l'AFD devait s'insérer et n'avait pas complètement les mains libres. Il s'agissait d'y répondre dans un temps contraint. (Extrait d'entretien, AFD)

L'instruction du projet s'est appuyée sur plusieurs échanges de haut niveau avec le Ministère de la santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention (MSHPP) à l'origine de la demande (novembre 2011), et l'analyse d'une série de documents transmis par les autorités locales visant à clarifier et préciser les besoins du pays en matière

¹⁰ Extraits d'entretien avec les différents chefs de projet AFD

de santé maternelle et infantile¹¹. Une attention particulière a également été portée aux partenariats concertés avec d'autres bailleurs, notamment l'USAID et la coopération luxembourgeoise particulièrement présents dans le pays et les régions pré-identifiées. La demande initiale du Ministère s'orientait vers la Casamance mais la situation sécuritaire dégradée dans cette région au moment de l'instruction a finalement conduit à privilégier la région de Louga du fait de la création récente de trois nouveaux districts (compte-tenu de la croissance démographique de la région). La région de la Casamance a plus tard été incorporée dans le projet PASME2, aux contours très similaires.

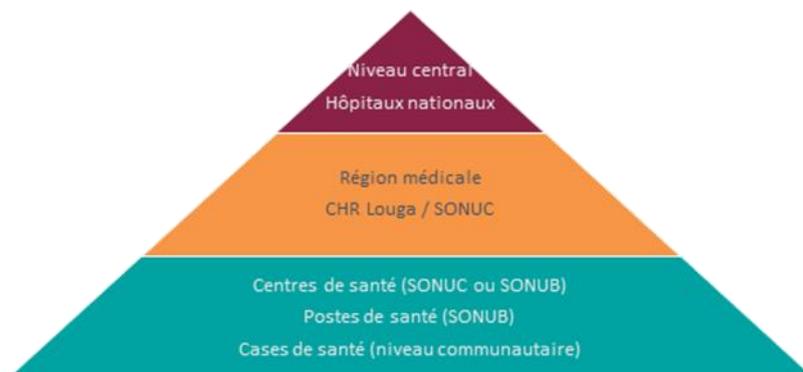


Figure 1. Hiérarchie sanitaire au Sénégal

C'est sur la base de cette analyse documentaire et de ces premiers échanges, approfondis ensuite au niveau local par l'Agence de l'AFD à Dakar, qu'une **Fiche d'Identification de Projet FIP a été rédigée et validée le 26/03/2012**, visant à « renforcer le sous-système de santé de la reproduction au niveau central et dans la région de Louga », pour un montant initialement estimé à 10M€. Deux missions en **avril et octobre 2012** puis la réalisation d'une étude de faisabilité en octobre sur financement de l'Agence sont venues finaliser le travail d'instruction, avec la décision notamment de centrer le projet sur les infrastructures à Louga (« faire ce que les autres ne font pas¹² »).

Le projet est alors proposé sur une **durée de 5 ans à hauteur de 14M€**. Ainsi défini, le projet fait l'objet d'une **Note de présentation de projet (NPP)**, validée le **10 octobre 2012** et le financement est finalement octroyé en **Conseil d'administration le 19 décembre 2012**. La convention de financement est signée 6 mois plus tard, le **14 mai 2013** à Dakar, avec une date limite d'utilisation des fonds fixée au **31 décembre 2018**.

Première mission d'instruction	Décembre 2011
Validation de la FIP	Mars 2012
Validation de la FPP	Octobre 2012
Signature de la convention de financement	Mai 2013
Date d'achèvement technique prévue initialement	Décembre 2018 (5 ans d'exécution)

La convention de financement intègre un certain nombre d'engagements particuliers de la contrepartie nationale, identifiés comme conditions de réussite du projet.

Liste des contreparties attendues

- le recrutement de deux comptables qualifiés sur le projet,
- la nomination d'un point focal à la Région médicale de Louga,

¹¹ Politique de population et lois, Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018, carte sanitaire, Plan des Ressources Humaines en Santé (RHS) 2010-2015, Budget santé, annuaires statistiques, dernier recensement de 2002, documents relatifs à IHP+ (Partenariat international pour la santé) et au COMPACT (convention liant le ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène publique, à celui de l'Economie et des Finances et aux partenaires techniques et financiers, cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), Rapports de performance 2009 et 2010, accords signés avec d'autres partenaires techniques et financiers, rapports d'activités du Centre National de Transfusion Sanguine, etc....)

¹² Extrait de l'aide-mémoire d'avril 2012

- l’affectation d’un cadre supplémentaire dans chaque division de la DSRSE,
- l’affectation d’un médecin responsable de service à la Division de la planification et d’un technicien supérieur de santé responsable du programme de suivi-évaluation,
- l’affectation d’un adjoint à la coordinatrice du programme de santé reproductive à la Région médicale de Louga,
- la dotation par l’Etat d’un budget de fonctionnement en augmentation progressive pour la DSRSE et la Région médicale de Louga
- l’affectation du personnel nécessaire au fonctionnement des deux centres qui seront construits par le Projet et en particulier un médecin formé aux soins obstétricaux d’urgence, un anesthésiste et un instrumentiste à Keur Momar Sarr, et quatre sages-femmes au minimum dans les deux maternités des deux centres de santé construits.

Plusieurs facteurs de risques ont été identifiés par le cadre logique du projet, portant principalement sur **l’insuffisance en nombre et qualification des ressources médicales, notamment dans la région de Louga** (absence de sages-femmes dans un nombre important de postes de santé, équipes soignantes non complètes dans la plupart des centres de santé de référence, nécessité d’affecter des médecins compétents en SONU ou gynécologues obstétriciens, etc.). **Le recrutement de personnels d’encadrement ou soignants constitue ainsi un facteur clé de réussite du projet.**

A noter la signature en avril 2015 de la convention de financement du projet PASME 2, qui propose un appui similaire au PASME 1 mais sur les régions de Kolda et de Sedhiou, à hauteur de 10M€. Les deux projets sont suivis de manière conjointe avec des rapports d’exécution communs à partir de cette date ainsi que la mise en place d’un plan de passation de marché unique dès 2016¹³ (pouvant rendre difficile l’analyse différenciée des résultats de chacun des projets).

Retour sur le processus d’instruction

L’instruction du projet s’est déroulée en moins d’un an (entre la première mission d’instruction et la validation de la FPP), face à l’importance de financer rapidement des projets liés à l’engagement Muskoka. Si elle s’est bien déroulée en associant l’ensemble des contreparties dans la conception du projet, s’inscrivant dans les directives nationales et mobilisant les principaux bailleurs du secteur, le montage du PASME 1 a cependant souffert du manque d’expérience de l’AFD dans le secteur de la santé au Sénégal et sa faible connaissance des acteurs institutionnels et futurs bénéficiaires. Il s’agissait ainsi de la première collaboration entre l’Agence et le Ministère de la Santé et ses principales directions impliquées dans le projet. C’est une première clé de compréhension importante pour analyser la mise en œuvre de ce projet et ses principaux résultats et difficultés.

Nous avons instruit le projet dans la précipitation face à la commande politique. L’AFD disposait d’une faible connaissance du Ministère de la Santé sénégalais et inversement, la santé n’était pas un secteur prioritaire de l’Agence avec les Ministères. (Extrait d’entretien, AFD)

Le projet a également souffert d’un faible portage politique par le Ministère de la Santé local du fait du peu d’antériorité dans la relation entre l’Agence et les acteurs sénégalais de la santé à l’époque.

Il y a probablement un sujet de saisie de ce projet par les autorités. Le projet est un peu cloisonné au niveau de l’unité de coordination, sans soutien fort des autorités nationales. On ne nous avait pas dans le viseur. La santé cela reste 5% de ce que fait l’AFD. Cela explique en partie les difficultés qu’on a eu sur ce projet-là (Extrait d’entretien, AFD)

¹³ Note de service du Secrétaire général du Ministère de la santé de janvier 2016 évoquée dans l’AM de janvier 2017

En termes de conception de projet, la définition de ses différentes composantes est vue comme globalement pertinente et répondant à des besoins forts et avérés en Région médicale et structures de santé. Les besoins ont globalement émané directement des bénéficiaires avec un processus de définition des plans annuels apprécié par la contrepartie, et certaines composantes particulièrement mises en avant notamment sur le volet transfusion sanguine et la question des adolescents et des jeunes (approche holistique intégrant les thématiques d'hygiène menstruelle, la santé mentale, les addictions, etc.), plus rarement intégrées dans les projets des bailleurs.

Il était essentiel d'intégrer les questions de transfusion sanguine, impactant très fortement la mortalité maternelle et infantile (Extrait d'entretien, Région médicale de Louga)

Le PASME 1 est le 1er financement qui a permis de travailler sur la question des ados et des jeunes. (Extrait d'entretien, DSRSE)

L'articulation du projet autour des deux composantes soft et hard et l'intégration du volet infrastructures est globalement mise en avant par les différents bénéficiaires comme une force du projet, avec une bonne prise en compte de l'écosystème local et de la pyramide sanitaire.

Le projet était très intéressant avec un travail sur différents piliers : les infrastructures, le renforcement de capacités. Peu de projets permettent de développer de nouvelles infrastructures au Sénégal (Extrait d'entretien, DSRSE)

Les infrastructures sont clés dans la région médicale de Louga et nous venons de créer 3 nouveaux districts avec des densités de population importante. Il était essentiel d'inclure un volet infrastructure sur le projet. (Extrait d'entretien, Région Médicale de Louga)

Les agences des Nations Unies font rarement du « hard » et très peu d'acteurs peuvent mobiliser des moyens importants pour des financements sur les infrastructures. C'est plutôt très apprécié. (Extrait d'entretien, AFD)

La conception des activités soft et l'assistance technique mise à disposition par le projet a également été très bien perçue par les bénéficiaires, répondant à des besoins constatés sur le terrain.

Le projet s'est cependant appuyé sur une analyse partielle des besoins, très axée sur la dimension offre de soins dans la région médicale, qui a moins détaillé le volet communautaire et la dimension « demande » ainsi que les déterminants d'accès aux soins. L'analyse des besoins en région médicale s'est ainsi largement basée sur les directives nationales, et les acteurs communautaires ont été peu impliqués dans la conception du projet. La dimension genre n'a également pas été intégrée dans le processus de définition du projet.

L'expérience a montré qu'on peut construire des centres de santé et renforcer les capacités, mais si la population ne prend pas en main ces éléments, il y a un vrai risque de sous-utilisation. Il y a eu quelques efforts dans la définition du projet, notamment dans le domaine de la planification familiale. Il y a des activités dans les districts sanitaires ou un lien a été établi avec les populations, notamment les organisations communautaires de base avec lesquelles il y a eu un lien et du travail. Mais il aurait fallu en faire un point central, le faire de manière plus organisée et plus systématique. On a beau investir dans le système, il faut aussi travailler à des aspects liés à la multisectorialité, l'éducation des filles, etc. Un des freins ce sont les ressources financières par exemple – la mère n'a pas l'argent pour se déplacer ou alors c'est la belle-mère qui décide. C'est la communauté elle-même qui peut changer ces comportements. Ce volet aurait pu être renforcé. (Extrait d'entretien, Coordination du projet)

Le montage du projet est enfin considéré comme très ambitieux au regard du nombre de bénéficiaires concernés, de la diversité des actions financées, notamment compte-tenu de la très faible connaissance par l'AFD des acteurs de la santé au Sénégal au moment de l'instruction. Rétrospectivement, il n'était pas adapté à la capacité de la maîtrise d'ouvrage et son calendrier était peu réaliste compte-tenu de l'expérience de l'Agence au Sénégal.

Le projet était un projet très ambitieux. Il y avait un décalage entre la stratégie de l'AFD et la réalité, et un certain manque de recul sur la formulation initiale du projet (Extrait d'entretien, Direction Générale de la Santé).

On a certainement financé trop d'infrastructures et trop d'équipements. Les capacités des acteurs étaient également peu connues. Le problème était que les demandes des sénégalaises étaient très fortes. La formalisation du projet aurait dû demander un travail de dialogue plus long (Extrait d'entretien, AFD)

Dans sa conception enfin, le projet n'a pas fait l'objet d'un véritable système de suivi-évaluation. Aucun indicateur de résultat n'a été défini ni suivi. Le projet a néanmoins bénéficié à partir de 2017 d'une coordination rigoureuse dans le suivi des activités et l'établissement de rapports annuels.

5.4. Exécution (de la signature de la convention de financement jusqu'à l'achèvement du projet)

Le projet PASME 1 est toujours en cours d'exécution et accuse désormais un retard de **plus de 4 ans**, avec une date d'achèvement technique fixée en mars 2022. Sur les 14 millions octroyés, **7,4M€ restent encore à verser en décembre 2020** soit plus de 50% du montant total. Le projet est aujourd'hui considéré « en alerte rouge » par les responsables du projet AFD en central comme en agence.

Compte-tenu d'importants retards pris sur le volet infrastructures (chantiers seulement démarrés en janvier 2019), le projet s'est finalement déroulé « à deux vitesses » :

- Les **activités « soft » ont été menées à partir de 2014 et clôturées en 2018/2019**. Si un certain nombre de difficultés ont émaillé ces activités notamment liées à la faiblesse des différentes directions bénéficiaires, le budget consacré a finalement été presque intégralement dépensé avec des taux de décaissement supérieurs à 80% pour la DPPDH, la DSRSE et la Région médicale.
- Les **activités d'infrastructures** ont subi énormément de retard et n'ont véritablement démarré qu'en janvier 2019 soit 6 ans après le début du projet, après une reprise en main en profondeur des études et documents d'appels d'offres DAO par l'expert technique déployé par Conseil Santé sur la partie architecture. Ces retards s'expliquent d'une part par la lenteur de mise en place du projet (2 ans pour recruter l'assistance technique et la maîtrise d'œuvre), la faible capacité de supervision au niveau local ayant conduit à la refonte majeure du projet et renforcement de l'unité de coordination (voir plus bas), et la faible compétence de la maîtrise d'œuvre qui a nécessité une reprise systématique des études avant-projet malgré plusieurs mises en demeure. Les difficultés se poursuivent malheureusement sur la mise en œuvre des travaux avec des taux d'avancement faibles des chantiers et des difficultés importantes des entreprises locales de génie civil. Plusieurs options sont aujourd'hui étudiées par l'Unité de coordination et l'AFD, incluant la mise en régie des entrepreneurs ou la relance des marchés de génie civil, avec de nouveaux retards à prévoir sur ces chantiers.
- Du **côté des équipements**, les équipements de fonctionnement (bureaux et véhicules, centre de documentation) ont pu être livrés les premières années du projet auprès de la DSRSE, la DPPDH et la Région médicale. Sans parler des équipements pour les futures infrastructures en cours de construction, l'ensemble des équipements médicaux prévus ont été livrés : équipements pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour le CHR de Louga, coins nouveau-né et tables d'accouchement et ensemble d'équipements médicaux variés pour les centres et postes de santé de la Région médicale de Louga. Des équipements pour les services de planification familiale ont également été acquis et délivrés sur le territoire national. Le DAO équipements pour les nouvelles infrastructures et qui constitue l'essentiel en montant des acquisitions est en revanche toujours en cours d'élaboration (attente de retours de l'AMO Conseil Santé – mis en pause dans l'attente de la signature de son avenant, cf. plus bas).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Structuration du projet et mode opératoire										
Instruction du projet										
Signature de la convention de financement puis avenants					x		x		x	x
Recrutement de l'AMO Conseil Santé (et experts indépendants)									Rupture d'AMO	
Changements de chefferie de projets AFD (6)	1	2			3			4	5	6
Mise en œuvre des activités soft										
Direction de la population (DPPH)										
DSRSE										
Région médicale de Louga										
CNTS										
Achat d'équipements										
Direction de la population (DPPH)										
DSRSE										
Région médicale de Louga (administration)										
Hôpital régional de Louga										
Centres et postes de santé à Louga										
Première version du DAO équipements infrastructure										
Infrastructures										
Signature du contrat de maîtrise d'œuvre avec Archi 3D										
Première validation des DAOs construction et études										
Reprise en main des études par l'expert international, changement de site (Sakal)										
Signature des contrats avec les 3 entreprises de génie civil										
Travaux (en cours)										

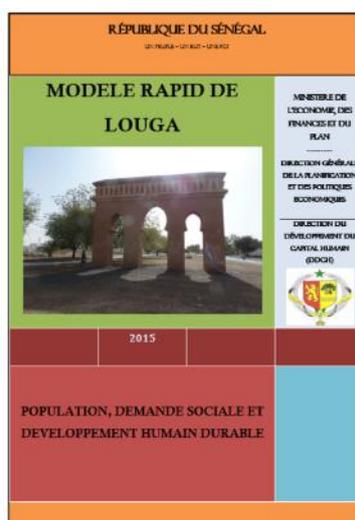
5.4.1. 2014-2015 : la mise en place du projet et un premier changement de gouvernance plaçant l'Unité de coordination en pilotage du projet

Suite à la signature de la convention de financement en **mai 2013** et la levée des conditions suspensives, les premiers mois du projet ont été consacrés à la mise en place de l'équipe de coordination (UC) installée dans les locaux de la DSRSE (coordinateur, assistant santé publique, comptable, chauffeur) et l'acquisition de moyens informatiques, matériels, véhicules pour les différents bénéficiaires. Le projet a ainsi pu véritablement démarrer au mois **d'avril 2014**.

Les premières actions de renforcement de capacités débutent pour la DSRSE, la DPPDH et la RM de Louga. Les difficultés se révèlent dès la première année du projet, notamment au niveau de la DSRSE en charge de la coordination générale du projet à l'époque et qui souffre d'un sous-dimensionnement de son équipe (en nombre et compétences)¹⁴ qui s'exprime notamment par la soumission de Plans annuels (PTAs) très ambitieux et faiblement mis en œuvre chaque année. Le projet souffre également de la faiblesse de la DIEM en charge de la passation des marchés notamment pour les infrastructures et équipements, avec une lente mise en place de l'assistance technique qui arrivera finalement 2 ans après le début du projet ainsi que de la maîtrise d'œuvre (études et supervision pour les travaux d'infrastructures).

Les principales activités notables en 2014/2015 concernent les activités « soft » réalisées pour la DPPDH qui sont presque réalisées intégralement (cf. tableau ci-dessus) et l'achat des de l'ensemble des équipements bureautique, audiovisuels et véhicules pour les 3 directions concernées).

¹⁴ Source : Chefferie AFD et Unité de coordination



Page de garde du rapport du Modèle Rapid développé dans le cadre du projet pour la DPPH

La mise en lumière des difficultés de la DSRSE et la DIEM conduit l'AFD à apporter des modifications au mode opératoire du projet, avec la **réduction du rôle de la DSRSE au profit de l'entité de coordination** devenant alors structure d'exécution financière du projet (ouverture d'un compte bancaire associé).

Cette décision conduit à la signature d'un **premier avenant** à la convention de financement signé en **février 2015**. L'avenant permet par ailleurs d'acter l'inscription officielle du Centre Régional de Transfusion Sanguine CRTS dans le projet, et la réallocation de 55 millions de francs CFA destinés originellement à financer des recherches sur le programme de gratuité de la césarienne¹⁵ sur des activités du CNTS prioritairement exécutées à Louga (campagnes de sensibilisation et promotion du don notamment).

Ce changement de mode opératoire apparaît nécessaire et bienvenu par les différents acteurs interrogés. Il a cependant suscité des difficultés dans les jeux d'acteurs locaux, qui impactera la relation du projet avec la DIEM et le Ministère sur la durée.

Le Ministère a bloqué la signature de l'avenant à la convention puis la DIEM a retenu les plans donc on a reperdu 8 mois dans les dents... Le Ministère était dans une situation délicate car ils ne pouvaient pas non plus désavouer la DIEM. (Extrait d'entretien, AFD)

Le recrutement de l'assistance technique apparaît alors comme « **un facteur catalytique pour la mise en œuvre avec succès du projet Muskoka** »¹⁶ et il est décidé de la renforcer en faisant appel à des experts architecture et équipements en plus des assistances long-terme prévues. Il est également décidé de renforcer significativement l'unité de coordination qui apparaît largement sous-dimensionnée.

Le projet a beaucoup souffert de ce set-up réduit, cela a été très difficile jusqu'en 2016. Le projet a fonctionné ensuite par rattrapage, on a perdu 3 ans. Nous avions au départ 4 à 5 millions de FCFA sur 5 ans, ce n'était pas suffisant. Il manquait également au sein de l'équipe les fonctions essentielles de responsable passation de marché, comptable et responsable de suivi/évaluation (Extrait d'entretien, Unité de coordination)

Mai 2013	Signature de la convention de financement
2014	Début véritable du projet avec la mise en place de l'Unité de coordination (UC)

¹⁵ Finalement jugées non pertinentes avec la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la couverture maladie universelle (Avenant 1)

¹⁶ AM d'avril 2015

2015

Avenant n°1 transférant la responsabilité de pilotage du projet de la DSRSE à l'UC (devenant structure d'exécution)
Fin des activités soft pour la DPPDH

....

5.4.2. 2016-2017 : une étape franchie avec le recrutement de l'assistance technique et la maîtrise d'œuvre mais de nouvelles difficultés conduisent à un nouveau changement de gouvernance et renforcement encore accru du rôle de l'UC qui devient maîtrise d'ouvrage déléguée

En 2016, plusieurs grands chantiers ont enfin avancé : signature du contrat d'assistance technique internationale avec l'entreprise Conseil Santé et signature du contrat de maîtrise d'œuvre des travaux d'infrastructures avec le cabinet national Archi 3D qui permet le démarrage des études pour les infrastructures. L'activité d'assistance technique apparaît bienvenue et très pertinente, malgré un poste de coordination de l'AMO finalement supprimé qui semble avoir manqué au projet. L'équipe de coordination se renforce également même si elle fait face à des difficultés de recrutement.

Nous avons dû donner 3 ANO sur le recrutement du spécialiste de passation de marchés, c'était très compliqué de trouver des personnes disponibles. (Extrait d'entretien, AFD)

Les activités de renforcement de capacités auprès de la DSRSE et la Région médicale de Louga se poursuivent avec un accent mis sur l'organisation de supervisions formatives, le développement des audits de décès maternels et néonataux et l'organisation de sessions de formation variées sur la thématique SRMNIA (SONU, planification familiale, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, etc.). L'expert technique international déployé auprès de la Région médicale de Louga est mobilisé et apprécié. Par ailleurs, et sur toute la période, la Région Médicale renforce son activité avec le soutien de plusieurs partenaires, en particulier l'UNFPA et de Luxdev pour des activités très similaires – et complémentaires (des recouvrements de financements pour certaines actions de supervision ne sont pas à exclure).



Exemple de document normatif réalisé dans le cadre du projet

Les activités auprès du centre national de transfusion sanguine CNTS incluses dans l'avenant de 2015 se lancent ainsi qu'un partenariat avec l'Établissement français du sang (EFS) et des premiers documents normatifs sont produits (guide sur l'utilisation rationnelle du sang par exemple). Le Diplôme de spécialisation sur la transfusion sanguine adossé à l'Université Cheikh Anta Diop est mis en place dès la rentrée 2015. D'une durée d'un an en alternance, il dispose d'une équipe enseignante internationale et forme une dizaine de stagiaires par promotion (dont ~30% d'étudiants d'Afrique de l'Ouest), principalement des hématologistes, biologistes et professionnels de centres de transfusion. Le projet a permis de lancer ce curricula construit en grande partie par les experts de l'EFS,

et qui continuent à intervenir sur les formation (module IH qualification du don et module de préparation distribution d'hémovigilance notamment).

Côté équipements, les équipements médicaux sont acquis pour les centres et postes de santé de la Région Médicale de Louga (incluant du petit matériel, coins nouveau-né avec table chauffante, table opératoire, scialytique, tables d'accouchement, ventouse obstétricale, etc.). L'acquisition d'équipements de manière anticipée s'est révélée particulièrement pertinente face aux besoins du CHR de Louga.



Table chauffante pour nouveau-né, fournie par le PASME. Nécessaire et fonctionnelle

Dans la même période, l'UNFPA a financé d'autres équipements (autoclaves, lampes baladeuses, etc.). La visite de terrain en 2021 a permis de constater la distribution effective de ces équipements à l'hôpital et dans plusieurs centres de santé. Des équipements en formation et communication sont également acquis pour la DSRSE (en particulier sur des formations en SONU et en technologie contraceptive).

La pertinence des activités de formation, assistance technique et de livraison d'équipements est globalement saluée par l'ensemble des interlocuteurs interrogés même si certains décalages en temps apparaissent entre la tenue des formations et la livraison des équipements nécessaires, limitant l'impact de certaines formations pratiques avec des besoins plus intenses en recyclage.

Les actions de formations ont été essentielles. Renforcer les capacités sur les SONU était une priorité. Les formations nous ont permis de mettre à jour les pratiques en fonction de recommandations récentes. Par exemple, c'est à la suite des formations que nous avons pu adopter le nouveau partogramme de l'OMS avec une phase de latence plus longue. (Extrait d'entretien, Équipe cadre de district de Sakal)

A l'hôpital nous avons des volumes d'activités importants. Parfois, il y a jusqu'à 15 accouchements par jour. Nous recevons les complications de toute la région. Dans ce contexte, lorsqu'on n'a pas suffisamment de matériel, les équipements s'usent vite. Certains équipements reçus dans le cadre du PASME comme des nouvelles tables d'accouchement étaient vraiment essentiels pour pouvoir offrir des soins qui répondent à des standards minimums. (Extrait d'entretien, CHR de Louga)

Les actions de renforcement de capacité ont été clés, tant auprès de la région médicale que du CNTS. L'analyse des besoins a été remontée directement par les régions, c'était très bien. (Extrait d'entretien, DGME)

Les actions de renforcement de capacités ont ciblé tous les niveaux : le CHR, les centres et postes de santé, des éducatrices, etc. Elles ont souvent allié formation théorique et stages. Certaines sages-femmes ont eu des difficultés dans la prise en main des ventouses obstétricales, notamment celles exerçant dans des centres qui ont des faibles volumes d'activité. Les ventouses ont été réceptionnées bien après. Entre temps les connaissances acquises n'avaient pas été mises en œuvre, il aurait fallu faire une nouvelle formation. Plusieurs évolutions positives des pratiques sont à noter : les supervisions formatives ont par exemple permis une évolution intéressante du partogramme qui était déjà en place mais avec un niveau très hétérogène de mise en œuvre : le coaching est en cela essentiel. Les actions en planification familiale

ont eu un impact intéressant en stratégie avancée (dispositifs intra-utérin par exemple) (Extrait d'entretien, Région médicale de Louga)

Plusieurs actions mises en place en renforcement de capacités se sont révélées très pertinentes, notamment sur la question du SRAJ, l'approche holistique de la santé des adolescents et jeunes. Je n'ai pas de vision claire de l'impact des formations sur les changements de pratiques mais le turn-over en termes de ressources humaines et l'absence d'actions de recyclage restent cependant les principaux écueils du projet (Extrait d'entretien, DSRSE)

Les thématiques choisies pour les formations ont été très pertinentes, notamment SONUB et soins du nouveau-né. On a pu observer une vraie amélioration des pratiques des professionnels même si il est important de continuer à consolider les acquis via des actions de tutorat. (Extrait d'entretien, Direction du CHR de Louga)

Les pratiques évoluent désormais dans le bon sens. Les formations ont permis de présenter les nouvelles recommandations de l'OMS, des supervisions formatives sont désormais organisées par la Région médicale tous les 3 mois. C'est vraiment nécessaire. Je ne savais par exemple pas mettre en places des dispositifs intra-utérins et implants avant : désormais, je propose une gamme plus large de contraceptifs. Les indicateurs en lien avec la planification familiale s'améliorent grâce à ces méthodes (Extrait d'entretien, Centres de santé, sage-femme)

Triangulation des sources sur l'impact des formations sur les pratiques

	Constat d'une amélioration des pratiques post-formation	Exemples d'évolution de pratiques	Marges de progrès mises en avant
Unité de coordination	++		« Il aurait été intéressant de mieux capitaliser au niveau régional »
DGME	+		
DSRSE	++	Meilleure prise en compte des spécificités des publics jeunes et adolescents	Turn-over des ressources humaines et absence d'actions de recyclage des formation
Région médicale de Louga	++x	Amélioration des pratiques de soins intrapartum (suivi de travail via le partogramme, utilisation de la ventouse obstétricale) Amélioration des pratiques de réanimation néonatale	Meilleure adéquation entre calendrier de livraison des équipements et formation Amélioration des outils de gestion et suivi des indicateurs
CHR de Louga	++	Amélioration des pratiques de soins intrapartum (suivi de travail via le partogramme) Amélioration des pratiques de réanimation néonatale	Poursuite du tutorat Poursuite des supervisions formatives
Districts de santé (Centres et Postes)	++	Amélioration de l'utilisation du partogramme et mise en place de la version actualisée de l'OMS Inclusion de nouvelles méthodes de	Poursuite des supervisions formatives Suivi plus régulier des procédures d'audit de décès maternel et néonatal Recyclage sur l'utilisation de la ventouse

		contraception dans les services proposés	obstétricale (délai entre formation et dotation en équipement)
--	--	--	--

Côté infrastructures, la faiblesse de la maîtrise d’œuvre est rapidement constatée par les différents acteurs du projet, qui va nécessiter dès lors de multiples allers et retours sur les avant-projets détaillés, les DAOs construction, conduisant à l’envoi de plusieurs courriers de mise en demeure à l’entreprise Archi 3D et un temps très long pris sur les études avant-projet (2016-2019) :

- 2016 : signature du contrat de maîtrise d’œuvre et 1^{ère} soumission du DAO construction à l’AFD
- 2017 : validation du DAO équipement, puis vérification ultérieure par l’architecte de Conseil Santé qui a conduit à la suspension de l’ANO compte-tenu de nombreuses difficultés constatées (le bureau de contrôle n’avait également pas été sollicité pour la validation des études)
- 2018-2019 : reprise du dossier, modifications en profondeurs et signature des contrats

La faiblesse de la maîtrise d’œuvre Archi 3D et du contrat établi (absence de pénalités) va impacter durablement la vie du projet et l’avancement du volet infrastructures.

Compte-tenu des lenteurs constatées sur le volet infrastructures et équipements liées à la faiblesse de la DIEM, il est alors décidé de transférer la responsabilité pour la passation de marchés et l’exécution des contrats d’infrastructures et équipements vers l’Unité de Coordination du Projet, la DIEM étant recentrée sur un rôle plus technique de conseil et de vérification des spécifications techniques. Une **avenant n°2** à la convention de financement est signé afin d’acter la nouvelle responsabilité du Coordinateur de projet en maîtrise d’ouvrage déléguée le **27 mars 2017**.

Ce transfert est considéré comme une réussite par les différents acteurs interrogés et permet de dynamiser à partir de 2017 les taux d’exécution des plans annuels.

L’augmentation très nette du périmètre de responsabilité de l’UC va s’accompagner d’un redimensionnement de l’Unité, avec notamment le recrutement d’un ingénieur civil spécialisé sur les travaux d’infrastructures sanitaires. Le renforcement de l’équipe de coordination est en effet devenu essentiel pour faire face à ses nouvelles responsabilités.

Mai 2013	Signature de la convention de financement
2014	Début véritable du projet avec la mise en place de l’Unité de coordination (UC)
2015	Avenant n°1 transférant la responsabilité de pilotage du projet de la DSRSE à l’UC (devenant structure d’exécution) Fin des activités soft pour la DPPDH
2016	Recrutement de l’assistance technique, et de la maîtrise d’œuvre (nationale)
2017	Avenant n°2 transférant la responsabilité des infras/équipements de la DIEM à l’UC. Renforcement de l’UC qui occupe désormais un rôle central dans le projet
	...

5.4.3. 2017-2019 : arrivée d’un nouvel expert architecture qui va permettre de reprendre en profondeur les études et lancer les chantiers. Fin des activités soft.

La fin d’année 2017 marque l’arrivée d’un nouvel expert architecte mobilisé par Conseil Santé, en remplacement d’une première assistance technique qui avait malheureusement peu fonctionné – les interlocuteurs évoquent un certain décalage des préconisations avec la réalité sénégalaise. L’intégration réussie du nouvel architecte-conseil

va conduire à la révision des études avant-projets réalisées à ce stade et DAOs construction qui venaient d'être enfin validés :

- Le site choisi pour le centre de santé de Sakal, en cuvette, doit être modifié car impliquant de vraies difficultés en termes d'évacuation des eaux usées (et éloigné de la route donc posant la question de l'accessibilité). Ce changement sera rapidement acté par les autorités mais nécessitera la reprise des études avant-projet déjà bien démarrées.
- Des évolutions doivent être apportées sur certains plans architecturaux (sous-dimensionnement des salles d'accouchement de l'hôpital régional, risques en termes de chaleur notamment, etc.)
- Les études et DAOs n'avaient pas été validées par le bureau de contrôle et ont donc dû être soumis pour validation ce qui a induit de nouveaux délais pour le lancement des chantiers

La présence de l'expert architecte révèle ainsi toute sa pertinence.

- *On a réussi à sauver un truc : ils voulaient construire un centre dans un trou avec de vrais problèmes d'évacuation des eaux, l'expert a permis de détecter ce problème. Il a également réussi à convaincre du changement du site de Sakal du fait de l'éloignement de la route. Ce centre n'était pas destiné qu'au village mais aussi à la région plus large, il était donc essentiel de pouvoir accéder au centre par la route et taxi. L'architecte Conseil Santé s'est également rendu compte en regardant les plans qu'il y avait bcp d'insuffisance. L'architecte avait prévu une salle de travail avec un seul lit. Sauf que quand il a parlé avec le médecin, il a demandé combien de lits il vous faut au minimum, elle a dit au moins 4 lits ! C'est bizarre que cela ait été validé comme ça par la DIEM par exemple. (Extrait d'entretien, AFD)*

Ce travail poursuivi tout au long de l'année 2018 permettra la validation définitive des études et plans architecturaux et le démarrage des chantiers en début d'année 2019.

- *On a l'impression qu'il ne s'est rien passé, mais dans les faits, cela nous a pris un temps fou. Il y avait non seulement les études architecturales, mais également les études environnementales, il fallait avoir le bureau de contrôle, etc. vraiment toute une histoire. (Extrait d'entretien, AFD)*



Plan d'ensemble du futur Centre de santé de Sakal

Du côté des activités soft, le projet est également retardé du fait de grèves du personnel hospitalier liées en partie au retard de paiement des salaires des contractuels et différends sur le régime indemnitaire conduisant au boycott des activités de formation et à la rétention d'informations sanitaires. Les activités d'appui auprès de la Région médicale de Louga se poursuivent dans ce contexte et prendront fin en décembre 2018, tout comme celles de la DSRSE : le budget consacré à ces deux directions est consommé à plus de 90%. L'ensemble des interlocuteurs au sein de la région médicale ont regretté cet arrêt, mal compris par sa soudaineté et malgré des besoins persistants.

Les activités d'appui au CNTS sont également arrêtées à partir de cette date alors qu'il reste encore 25% d'activités à mener en raison de difficultés administratives et financières (activités devant être financées par la RM de Louga

ce qui ne sera jamais le cas. Avance des fonds par l'Unité de coordination pendant 2 ans mais décision d'arrêter par la suite afin de préserver le budget de la coordination).

Les nouveaux retards pris dans la réalisation des infrastructures conduisent à la signature de l'**avenant 3** à la convention de financement **signé le 16 juillet 2018** afin de reporter la date d'utilisation des fonds et d'achèvement technique du projet au 31 décembre 2020.

Mai 2013	Signature de la convention de financement
2014	Début véritable du projet avec la mise en place de l'Unité de coordination (UC)
2015	Avenant n°1 transférant la responsabilité de pilotage du projet de la DSRSE à l'UC (devenant structure d'exécution) Fin des activités soft pour la DPPDH
2016	Recrutement de l'assistance technique, et de la maîtrise d'œuvre (nationale)
2017	Avenant n°2 transférant la responsabilité des infras/équipements de la DIEM à l'UC. Renforcement de l'UC qui occupe désormais un rôle central dans le projet
2018	Changements profonds sur les plans architecturaux et le choix des sites pour les infrastructures et finalisation des études et DAOs construction Fin des activités soft pour la DSRSE, la RM de Louga et le CNTS. Avenant n°3 pour repousser la date limite du projet à Décembre 2020.
Janvier 2019	Démarrage des chantiers

5.4.4. 2019 à aujourd'hui : deuxième vie du projet ciblée sur les infrastructures

L'année 2019 marque un tournant dans la vie du projet, avec la fin des activités soft qui ont décaissé presque l'intégralité de leur budget pour chacune des directions bénéficiaires, et le démarrage des chantiers. Les contrats avec les entreprises de construction sont enfin signés en novembre 2018 pour 12-14 mois auprès de 3 entreprises : SEBTPA pour Sakal, GETRAN pour Keur Momar Sarr et EGCD pour Louga. Les travaux ont effectivement démarré en janvier 2019, et la transmission des plans d'exécution du projet se fait au fur et à mesure de l'avancement des travaux (plans d'exécution des fondations transmis entre Novembre 2018 et Juin 2019, plans d'exécution des élévations et planchers transmis entre avril et août 2019, et plans des lots techniques transmis entre avril et septembre 2019). Les chantiers avancent difficilement, et la dernière note de situation sur les travaux du PASME 1 du 27 janvier 2021 fait état d'un taux d'exécution technique de 31,1% pour Keur Momar Sarr, 68,1% pour Sakal et 50,9% pour Louga soit plus d'un an de retard sur les constructions. Les différents interlocuteurs interrogés et les rapports d'exécution font état des difficultés suivantes :

- Difficultés en termes de compétences et d'encadrement des chantiers, des pannes répétées de moyens logistiques, des lenteurs générales et le non-respect des engagements pris à tous les niveaux (principalement au niveau des entrepreneurs dans la mise à disposition de ressources humaines et matérielles, mais d'autres défauts sont constatés).
- Difficultés financières propres aux entreprises impactant le paiement des sous-traitants et l'approvisionnement et l'avancement des chantiers, avec des ruptures répétées dans les intrants nécessaires à la construction, et des fluctuations importantes du nombre d'ouvriers mobilisés.

C'est le problème des entreprises au Sénégal. Ce sont des entreprises moyennes car il n'y a pas d'énormes chantiers. Les grosses entreprises ne participent pas à ce type d'appel d'offres car elles sont souvent trop chères. Les entreprises qui répondent sont des entreprises locales d'abord spécialisées en quincaillerie par exemple, qui ont changé de secteur mais qui ne savent pas faire de génie civil. On est jamais sûrs en plus que l'entreprise utilise les paiements qu'on fait pour ce chantier-là, ce qui pose de vraies difficultés

en termes d'avancement des chantiers, paiements des prestataires, achat des matériaux, etc. (Extrait d'entretien, Expert architecte).

L'unité de coordination demande et obtient un renforcement de ses équipes pour suivre les chantiers, avec la mise à disposition en temps partagé d'un ingénieur de la DIEM en 2019, et la mise en place d'un technicien de suivi de travaux basé à Louga.

Ces difficultés amènent l'AFD et l'Unité de Coordination à réfléchir à plusieurs options, actuellement en cours d'étude :

- Mise en régie des travaux qui permettrait de laisser les trois entreprises de génie civil en place mais donnerait le contrôle des sous-traitants et paiements à l'unité de coordination ;
- Relance des marchés de génie civil et remplacement des trois entreprises.

Une décision devrait être prise à court terme, mais de nouveaux retards sont attendus sur la mise en œuvre des infrastructures.

Il est à noter également que la mise en place du chantier de rénovation au CHR de Louga a occasionné la réorganisation des services pédiatrie et maternité dans l'espace restant non concerné par la rénovation. Cette solution transitoire devait durer deux à trois mois, le temps de s'installer dans les espaces rénovés. En janvier 2021, pour encore plusieurs trimestres, les services pédiatrie et maternité se partagent toujours un espace très réduit, en proximité immédiate du chantier (non sécurisé).

Cette réorganisation des services impacte très fortement le niveau et la qualité des services réalisés aujourd'hui, dans l'attente de la finalisation des chantiers d'infrastructure, aux perspectives très incertaines.

L'hôpital est aujourd'hui victime du projet et non bénéficiaire. Il y a un vrai problème de sécurisation du chantier qui est partout dans l'hôpital, aucune mesure n'est prise pour limiter l'accès. Le soir les familles des patients s'installent dans les bâtiments en construction. (Extrait d'entretien, CHR de Louga)

On fait comme on peut. Nous avons augmenté le nombre de lits par salle d'hospitalisation, des fois les femmes restent sur des brancards dans le couloir. Il nous arrive aussi de raccourcir la durée d'hospitalisation. C'est vraiment compliqué, on fait comme peut. (Extrait d'entretien, CHR de Louga)

Principales observations sur le site actuel du CHR de Louga (extrait des grilles d'observation)

- Dans le cadre des réhabilitations entreprises, les services de pédiatrie ont été installés dans une partie des locaux de médecine, une partie de la maternité a également dû être libérée (suites de couche). L'activité est actuellement concentrée dans une partie du bâtiment ce qui occasionne d'importantes difficultés d'organisation, les locaux actuellement utilisés n'étant clairement pas dimensionnés pour le volume d'activité : pas de poste d'accueil, couloirs étroits et certains couloirs extérieurs encombrés de gravats, absence de sas d'entrée au bloc césarienne, salles d'hospitalisation inadaptées au nombre de lits.
- Etat des infrastructures actuelles
 - Nombre important de lits dans un espace limité : salle de pré-travail (5 lits), grossesses pathologiques (15 lits), suites des couche (25 lits), pédiatrie (10 lits de néonatalogie pour jusqu'à 25 hospitalisations)
 - Insuffisance de points d'eau fonctionnels notamment dans le secteur de maternité
 - Dégradation de l'état général des infrastructures : carrelage au sol et sur les paillasse endommagé / absence de faïences aux murs dans la salle d'accouchement
 - Proximité du chantier de construction des nouveaux bâtiments et de réhabilitation (chantier non clôturé)
 - Conditions d'hygiène dégradées : absence de points d'eau dans la plupart des salles de soins, problème de gestions des déchets tranchants, dégradations importantes des infrastructures ne

permettant pas un nettoyage efficace, présence importante de poussière et gravas relatifs aux travaux

Ces observations mettent en avant toute la pertinence de la construction de nouveaux locaux et l'achat d'équipements, mais également les conditions dégradées de l'hôpital depuis plusieurs années du fait du projet PASME et des lenteurs des chantiers. Conditions d'autant plus préoccupantes dans le contexte actuel de la Covid 19.



Photos du secteur maternité



Photos de la zone de réhabilitation/construction

Côté équipements enfin, des difficultés de renouvellement du contrat d'assistance technique fin 2019 ont conduit à la suspension pendant un an du contrat de Conseil Santé (expiration du contrat et nécessaire relance du marché avec des délais importants de réponse du côté de tous les interlocuteurs), finalement signé fin 2020. Cette suspension a conduit à la mise en pause du DAO équipements pour les futures infrastructures, qui attend les retours de l'expert équipements pour validation. Les principales remarques émises par l'AFD fin 2019 portaient sur les aspects relatifs à la passation de marché ainsi que la description des spécifications techniques des

équipements : publication à l'international, ouverture des critères de qualification des soumissionnaires, renforcement des critères d'évaluation et qualification, proposition de nouvel allotissement pour regrouper les équipements par spécialité technique et présentation normative des équipements. Le travail sur le DAO devrait reprendre en 2021.

A noter enfin que l'année 2019 aura par ailleurs été marquée par la suspension du projet PASME 2 suite à une suspicion de détournement de fonds. Si les activités du PASME 1 ne sont pas concernées, la mobilisation importante des acteurs du projet et notamment de l'unité de coordination sur le PASME 2 a cependant impacté d'une certaine manière le projet et ses avancées.

Un **quatrième avenant** a été signé le **29 juin 2020** afin de proroger la date d'achèvement technique du projet au 31 mars 2022.

Mai 2013	Signature de la convention de financement
2014	Début véritable du projet avec la mise en place de l'Unité de coordination (UC)
2015	Avenant n°1 transférant la responsabilité de pilotage du projet de la DSRSE à l'UC (devenant structure d'exécution) Fin des activités soft pour la DPPDH
2016	Recrutement de l'assistance technique, et de la maîtrise d'œuvre (nationale)
2017	Avenant n°2 transférant la responsabilité des infras/équipements de la DIEM à l'UC. Renforcement de l'UC qui occupe désormais un rôle central dans le projet
2018	Changements profonds sur les plans architecturaux et le choix des sites pour les infrastructures et finalisation des études et DAOs construction Fin des activités soft pour la DSRSE, la RM de Louga et le CNTS. Avenant n°3 pour repousser la date limite du projet à Décembre 2020.
Janvier 2019	Démarrage des chantiers
2020	Chantiers en cours, avancement très lent Avenant n°4 signé pour repousser la date limite du projet à Mars 2022.

Au-delà des infrastructures et équipements, l'enjeu à court/moyen terme sera enfin de s'assurer de la mise à disposition effective de personnel qualifié sur les 3 nouveaux centres, correspondant à un engagement officiel de la contrepartie nationale. De manière générale, les engagements attendus par la contrepartie nationale ont été faiblement respectés :

- Construction du centre de santé de Koki : travaux en cours, connaissant des difficultés d'organisation et accusant un fort retard, sans date de livraison connue.
- Affectation d'un adjoint à la coordonnatrice SR de la région de Louga : non réalisé (non jugé indispensable par l'unité de coordination, à analyser sur le terrain)
- Augmentation graduelle du budget de fonctionnement de la DSME et de la RM de Louga parallèlement au retrait de l'appui financier du projet : non réalisé. L'appui au budget de fonctionnement de la part de l'AFD a été réalisé durant 5 ans (à enveloppe constante) mais aucun relais n'a à priori été assuré au niveau local
- Construction du siège de la DSME : non réalisé à date (de nouvelles études techniques sont en cours, et le budget prévu pour 2021)
- Affectation de cadres supplémentaires au sein de la DSRSE : seul engagement réalisé.

5.5. Synthèse de l'exécution du projet et principaux résultats

5.5.1. Bilan financier

Au 31 décembre 2020 soit 7 ans et demi après la signature de la convention de financement, 6,5M€ ont été décaissés soit 47% du montant total octroyé de 14M€. Si les activités « soft » ont globalement atteint leur niveau d'engagement prévu (taux de décaissement > 90%), la composante infrastructure et équipements n'est consommée qu'à hauteur de 30% du budget prévu et près de 6M€ restent encore à décaisser.

L'enveloppe d'assistance technique a été consommée dans sa globalité, et des premiers dépassements sont constatés sur la gestion de projet liés au renforcement de l'équipe de coordination et son financement sur une durée plus importante que celle prévue initialement. Ce déséquilibre devrait s'accroître, la date d'achèvement du projet ayant déjà été repoussée à 2022.

RECAPITULATIF AU 31 décembre 2020	Coût total prévu en euros	Niveau d'exécution en euros	% de décaissement	Solde en euros
1. Renforcement capacités niveau central (DSME avec DDCH)	1 500 000	1 373 746	91,6%	126 254
2. Renforcement système de santé Région Médicale LOUGA (hors fonds CNTS)	1 416 153	1 379 341	97,4%	41 172
3. Renforcement offre de soins RM Louga (infrastructures et équipements y compris études, contrôle et mission dimensionnement CRTS)	8 600 000	2 624 575	30,5%	5 975 425
4. Gestion du projet (Y compris PTA CNTS)	683 847	702 112	102,7%	- 18 265
5. Assistance technique	500 000	500 000	100,0%	0
6. Divers et Imprévus	1 300 000	15 802	1,2%	1 096 728
TOTAL GENERAL	14 000 000	6 595 575	47,1%	7 404 425

5.5.2. Evolution du taux d'exécution des PTAs annuels

Le tableau ci-dessus illustre les difficultés d'exécution des Plans de Travail Annuels souvent très ambitieux soumis par les différentes structures d'exécution du projet, avec des taux très faibles en début de projet au niveau de la DSRSE et de la DIEM essentiellement. La mise en place de l'assistance technique en 2016 a permis d'accélérer l'exécution des différents travaux, parallèlement au renforcement du rôle de l'Unité de coordination dans le projet.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Unité de coordination	76,9%	85%	89%	95,4%	56%	87,5%	Non connu à date
CNTS		80%	18,18%	82%	0% (absence de trésorerie)	0% (absence de trésorerie)	Non connu à date
DSRSE	27,5%	22,6%	34,01%	70,3%	40%	100%	Plus d'activités
DPPDH	33,3%	Plus d'activités	Plus d'activités	Plus d'activités	Plus d'activités	Plus d'activités	Plus d'activités
DIEM	50%	71%	23,33%	Transfert à l'UC donc plus d'activités	Plus d'activités	Plus d'activités	Plus d'activités
Région médicale de Louga	73,7%	43%	52,6%	97,5%	40%	Plus d'activités	Plus d'activités
Keur Momar Sarr							31% d'exécution technique (Dernière note de situation travaux de janvier 2021)

Sakal							69% (Dernière note de situation travaux de janvier 2021)
CHR +CTRS	Louga						50,9% (Dernière note de situation travaux de janvier 2021)

Evolution du taux d'exécution des PTAs annuels

5.5.3. Bilan des activités réalisées en janvier 2021 en comparaison aux activités prévues initialement

Type d'activités	Etat d'avancement
DPPDH	<p>85% du montant utilisé. Respect des activités prévues dans leur grande majorité. Activité terminée en 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration du modèle « Rapid » : Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement (prévision de la fécondité) pour la RM de Louga - Equipement en matériels du centre d'information en population (interne à la Direction, mais ouvert à la faculté de médecine) : matériels présents mais pas tous branchés à la date de la visite terrain) - Création d'un portail web d'accès en ligne à la documentation (en cours, avec une problématique de bande passante). - Création d'une banque de données des structures médicales - Renforcement de capacités (formations)
DIEM	Achat d'équipements de fonctionnement courant (matériel informatique, audiovisuel, véhicules)
Renforcement des activités - DSRSE	<p>90% du montant prévu décaissé. Activités terminées en 2019. Liste large d'activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervision périodique et suivi post-formation des équipes cadre de région et district (SRAJ, nutrition, survie de l'enfant, soins maternels et du nouveau-né, planification familiale) - Production de documents normatifs, stratégiques et opérationnels (politiques, plan stratégique en alimentation et nutrition, curricula sur la santé des adolescents, guides du formateur, manuel d'organisation et de fonctionnement des espaces ados/jeunes, outils de gestion SRAJ, etc). Il s'agissait du premier financement qui a permis à la DSRSE de travailler sur la question des ados et jeunes. - Equipement en matériels informatiques et d'un véhicule 4x4 (en panne à la date de la visite terrain). - Production de supports de communication en SRMNIA - Renforcement de capacités des cadres et prestataires (suivi-évaluation, diplômes en santé publique, gestion de projets, supervisions formatives, planification familiale, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, nutrition appliquée au cycle de vie, prise en charge de la malnutrition, soins mère et nouveau-né à domicile) - Achat d'équipements de formation pour la DSRSE
Renforcement des activités – RM de Louga	<p>90% du montant prévu décaissé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien financier à l'organisation de supervisions formatives - Réalisation des audits des décès maternels et du nouveau-né - Formations par les équipes de RM auprès des centres de santé, sur la thématique SMI et SSRAJ. - Décision de l'AFD d'abandonner la réalisation de l'étude sur les accouchements compliqués à Louga, craignant que le manque de moyens et ressources ne puisse permettre par la suite la mise en œuvre des résultats de l'étude.
CNTS	<p>75% des activités réalisées. Activités arrêtées depuis 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différentes activités appuyées dont l'élaboration de plans stratégiques, plans de communication - Ouverture du seul diplôme en transfusion sanguine d'Afrique de l'Ouest - Renforcement des mécanismes de coordination entre les banques de sang, renforcement du contrôle de qualité au laboratoire, diffusion de spots télévisuels.

- En RM de Louga, amélioration de la disponibilité du sang (organisation de 26 sorties bimensuelles de collecte de sang et évènements)

Achat d'équipements médicaux pour la région de Louga

- Achat d'équipements de soins obstétricaux et néonataux d'urgence livrés en anticipation aux services maternité/pédiatrie de l'hôpital général de Louga
- Plusieurs équipements fournis dans le cadre du PASME ont pu être observés : table chauffante nouveau-né, table opératoire, scialytique, tables d'accouchement, ventouses obstétricales.

- Achat d'équipements variés destinés aux structures de soins et postes de santé de la Région de Louga : coins nouveau-nés, tables d'accouchement, matériel de laboratoire, etc. La livraison des équipements a été confirmée dans l'un des deux centres de santé visités. Plusieurs équipements ont pu être observés (coin nouveau-né) dont 2 en panne (ventouse obstétricale et doppler foetal). Dans le second centre, l'observation des équipements fournis n'a pu être réalisée faute de traçage de l'origine des équipements et de turn-over du personnel qui ne savait pas quels équipements avaient été fournis par le PASME.



Centres visités dans le cadre de la mission terrain

- DAO équipement pour les nouvelles infrastructures en cours d'élaboration et qui reste à lancer

Nota : se référer aux comptes-rendus d'observation pour les détails par centres visités.

Infrastructures

- Signature du contrat de maîtrise d'œuvre avec Archi 3D en 2017.

- Finalisation des études et signature des contrats de construction en janvier 2019.

- Chantiers de Sakal, Keur Momar Sarr, et CHR de Louga + CRTS en cours d'exécution depuis janvier 2019.

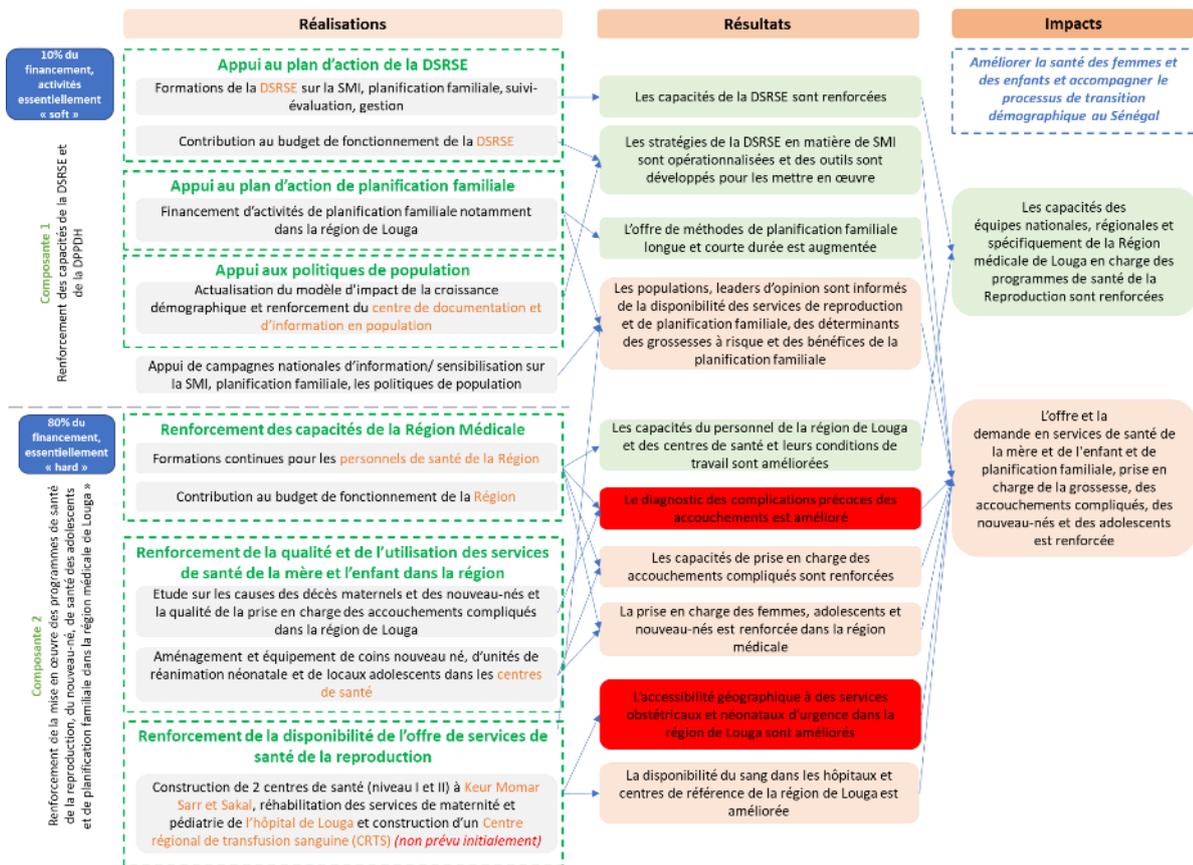
Les chantiers avancent cependant difficilement, et le dernier rapport trimestriel en 2020 fait état d'un taux d'exécution de 51% pour Keur Momar Sarr, 84% pour Sakal et 63% pour Louga soit un an de retard sur les constructions.

Le centre de santé de Sakal devrait se terminer au 1er semestre 2021. Les travaux à Keur Momar Sarr et Louga sont en situation critique, sans date de livraison. Une mise en régie est envisagée.

Par ailleurs, la mobilisation de ressources médicales pour ces deux centres n'est pas encore sécurisée.

Il est à noter que des listes relativement précises d'équipements acquis dans le cadre du PASME 1 sont disponibles et ont été transmises à l'équipe d'évaluation. Ils pourront être transmis sur demande à l'AFD.

Zoom sur la logique d'intervention du projet, actualisée :



Ce DLI actualisé (vert : résultat atteint, orange : partiel, rouge : non atteint) met en avant les principaux résultats du projet. Dans l'ensemble, les activités de renforcement de capacités ont été menées à bien, avec de réels impacts sur l'opérationnalisation des stratégies de santé et l'évolution des pratiques médicales. L'étude prévue sur les causes des décès maternels et des nouveau-nés a finalement été abandonnée et n'a donc pas atteint son objectif. Le volet infrastructures reste le grand échec de ce projet qui n'a pas pu contribuer à ce stade au renforcement de l'offre de services dans la région de Louga et à la levée des barrières géographiques. Il a même dégradé l'offre existante avec un impact sévère sur les activités des actuels services de maternité/pédiatrie du CHR.

5.5.4. Prolongements du projet – Etat en janvier 2021 et perspectives

Type d'activités	Prolongement
DPPDH	<p>Le modèle RAPID a été produit pour la région médicale de Louga, mais sa communication est restée très limitée. Plusieurs années après, peu de personnels de la région médicale rencontrés lors de la visite terrain ont pu se souvenir de l'existence de ce travail (« A permis de faire une projection au niveau de la région »)</p> <p>Au niveau de la direction, le modèle RAPID n'a pas été actualisé. Sa méthodologie n'a pas non plus été révisée. Malgré la continuité d'une partie des équipes de la Direction depuis les actions de renforcement de capacité, la DPPH ne semble pas envisager d'autres approches (le modèle RAPID n'est pas l'approche la plus moderne ni la plus répandue).</p> <p>Le centre de documentation soutenu par le projet existe et est ouvert. Les équipements sont présents et en état de fonctionnement (mais sont peu ou pas connectés au réseau). Sa fréquentation semble toutefois très limitée, malgré un effort de partenariat pertinent avec la faculté de médecine voisine. La documentation est présente, mais très datée, peu numérisée.</p> <p>Le centre de documentation numérique n'est pas encore ouvert. Le site est en cours de création, et la documentation intégrée peu à peu. Le Ministère dispose de peu de ressources pour ce chantier (compétences externalisées, budget restreint, accès internet trop limité...).</p>

DIEM	Aucun document ne permet d'attester des prolongements des actions de renforcement de capacité de la DIEM à ce jour. Le rendez-vous avec l'équipe d'évaluation n'a pas été honoré, et les demandes de rendez-vous restées sans réponse. Il est probable que le transfert de responsabilité du projet à l'unité de coordination ait hypothéqué les chances d'une plus grande implication de la DIEM dans la suite du projet.
DSRSE	Quelques années après, plusieurs interlocuteurs à la région médicale ont pu faire référence à des documents développés dans le cadre du projet et faire un lien avec leur pratique. Les équipements informatiques n'ont pas été identifiés lors de la visite terrain. Le véhicule n'était pas roulant, à la suite d'un accident de circulation.
Renforcement des activités – RM de Louga	Les équipes actuelles à la région médicale ont poursuivi les activités de formation et de supervision qui étaient soutenues par le projet. A noter que les activités de supervisions formatives ont été réduites depuis la crise du Covid. Les audits de décès maternel et néonataux semblent être mis en place de façon moins systématique. Il s'agit pour l'essentiel d'activités statutaires de la mission médicale, renforcées par divers bailleurs (l'Afd via le projet Pasmé, mais aussi l'UNFPA). Elles s'articulent avec d'autres projets et soutiens (notamment adjonction d'effectifs de santé en centres de santé par la coopération japonaise depuis quelques années). Au niveau de Keur momar Sarr, le médecin-chef mobilise la formation soutenue par le projet pour développer une projection économique du fonctionnement du nouveau centre de santé.
CNTS	Le centre régional n'est toujours pas livré, mais les activités ont semble-t-il permis d'augmenter (voire doubler) le niveau de collecte dans la région de Louga. Le diplôme créé avec le soutien du projet et la collaboration de l'établissement français du sang fonctionne toujours, et accueille chaque année une douzaine de stagiaires. La collaboration avec l'établissement français du sang perdure dans le cadre du diplôme.
Achat d'équipements pour la région médicale	Plusieurs indices concordants laissent penser que les équipements achetés ont bien été ventilés dans les districts de santé et au CH Louga. Les équipements sont pour la plupart fonctionnels, et une partie ne l'est plus en raison d'un usage (très) intensif ou parfois de mauvaises conditions de manipulation (le projet n'est pas parvenu à synchroniser les temps de formation et les temps de livraison des équipements). La visite en 2021 donne raison au choix du projet de livrer les équipements en anticipation, compte tenu des importants besoins locaux et des compétences disponibles dans la région. Au niveau du CHR de Louga, les équipements de base actuellement disponibles ne semblent pas l'être en quantité suffisante pour répondre aux standards de qualité de base au regard du volume d'activités. La liste provisoire d'équipements à acheter dans le cadre du DAO semble répondre d'après les équipes de l'hôpital au dimensionnement des nouvelles infrastructures et au niveau d'activités.
Infrastructures	Aucun des centres de santé n'a été livré (2 centres financés par le projet + 1 en contrepartie nationale). Seul le centre de Sakal semble pouvoir l'être au 1er semestre 2021. Ces délais retardent l'amélioration de la qualité des soins promise par le projet. C'est également le cas pour la collecte et transfusion de sang, qui s'appuie encore sur les structures pré-existantes en Région. La situation est particulièrement critique au CHR de Louga. Le retard pris dans la rénovation oblige les services de pédiatrie et de maternité à fonctionner dans un espace insuffisant, dans des conditions matérielles très dégradées – à un niveau plus proche des situations d'urgence sanitaire que d'un hôpital régional au Sénégal. Le retard a également des effets collatéraux en empêchant la mise en service du bâtiment du service des urgences, financé et équipé par LuxDev et livré en 2019. Depuis déjà deux ans et pour encore plusieurs trimestres au moins, le projet PASME a provoqué une nette dégradation de la qualité de soins maternels et infantiles au niveau CHR de Louga.

Le fonctionnement erratique du chantier ne permet pas d'envisager sereinement une date de livraison. De nombreuses malfaçons sont à prévoir. Aussi, le raccordement électrique des nouveaux bâtiments n'est pas encore assuré au niveau de puissance nécessaire.

Les équipements prévus pour les nouveaux centres et services ne sont pas encore livrés - la commande est en cours. De nouveaux retards ne sont pas exclues en cas de retard de livraison ou de difficultés de mise en service.

Par ailleurs, aucune garantie n'existe aujourd'hui quant à la mise à disposition de personnel médical suffisant pour les futures infrastructures, même si le renforcement du personnel de santé fait partie des priorités affichées par la Direction Générale de la Santé (plus de 1000 agents doivent être recrutés prochainement). Ce point sera à suivre avec attention pour assurer la fonctionnalité et pérennité des structures de santé financées par le projet.

5.5.5. Impact du projet

Certains des indicateurs d'impact en lien avec les objectifs mentionnés dans le cadre logique du projet ont été rassemblés dans le tableau suivant. Ces indicateurs ont été renseignés sur la base des Enquêtes Démographiques Santé Continues (EDS) (mentionnée comme source dans le cadre logique) qui ne présentent pas les données à l'échelle des régions médicales mais à l'échelle des « Grandes Régions ». L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'obtenir les données issues du système d'information sanitaire et en l'absence d'un système de suivi des indicateurs mis en place dans le cadre du projet, une partie des indicateurs n'a pas pu être renseignée. L'analyse de ces données est donc à envisager avec beaucoup de précautions. Précisons qu'un mouvement de grèves des professionnels au niveau des structures de santé a entraîné la rétention des données sur une partie du projet. Par ailleurs, l'ensemble des interlocuteurs interrogés au niveau national ont fait état de la mauvaise qualité des données collectées.

Le cadre logique initial ne précisait pas de données baseline ni de cibles pour les différents indicateurs. L'atteinte des objectifs ne peut donc pas être appréciée sur la base de l'analyse des indicateurs. Enfin, compte tenu du fait que différents projets ont été mis en œuvre dans le domaine de la SSRMNIA de façon générale et au niveau de la Région Médicale et du fait qu'une partie importante des interventions ciblées par le PASME1 n'a à date pas encore été finalisée (nouveaux centres de santé non encore fonctionnel) rien ne permet de conclure que le projet est à l'origine l'évolution (du reste peu marquée) des indicateurs.

Indicateurs	Sources	2012-2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
		National	Région Nord	National	Région Nord	National	Région Nord	National	Région Nord	National	Région de Louga	National	Région Nord	National	Région Nord
Taux de mortalité maternelle	Banque mondiale	-	-	-	-	315	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Taux de mortalité néonatale	EDS	-	-	-	25	-	21	-	24	-	33	-	25	-	-

Taux de mortalité infantile	EDS	-	-	-	40	-	39	-	40	-	48	-	41	-	-
Taux de prévalence contraceptive	EDS	17,8	14,2	22,2	16,3	23,2	21	25,1	20,3	27,8	21,2	27,1	23,3	26,9	23,7



5.6. Analyse de la performance du projet

Critères d'évaluation	Forces	Faiblesses
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> + Le projet apporte des réponses adéquates à des besoins forts et avérés en Région médicale et structures de santé. Les institutions bénéficiaires ont été bien associées à la définition des actions dans le projet initial et à l'actualisation de leurs besoins à chaque soumission de plan annuel (PTA). L'analyse des besoins en région médicale s'est largement basée sur les directives nationales. + Si la couverture aurait pu être élargie (voir ci-contre), les thèmes retenus pour les actions « soft » de renforcement de capacité (formations, supervisions...) se sont globalement révélés pertinents et couvraient un champ thématique assez large en termes d'offre de services (paquet de service en lien avec santé sexuelle, reproduction maternelle, néonatale, infantile, adolescents). Les formations ont permis de combiner sessions théoriques et pratiques sur des modèles anatomiques et lors de stages. + La combinaison d'actions de renforcement de l'offre via les infrastructures et livraison d'équipements, et de renforcement de capacités répondait à un double besoin des bénéficiaires et apparaissait donc pertinent dans sa conception initiale. Peu de bailleurs de l'époque finançaient des infrastructures dans le domaine de la santé et leur intégration est particulièrement saluée par les différents bénéficiaires avec des besoins importants notamment au niveau du CHR de Louga (volume d'activité et niveau des infrastructures de base). + Les actions financées ont bien pris en compte l'écosystème local : construction de centre de santé pour de nouveaux districts, équipements en accord avec les référentiels locaux et les compétences disponibles par niveau de la pyramide sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il s'agissait du premier projet santé financé par l'AFD au Sénégal. Dans sa conception même, le projet était trop complexe au regard de l'expérience de l'AFD en santé à l'époque, et du faible positionnement de l'AFD dans la santé au Sénégal qui a conduit au faible portage politique du projet. Il n'était pas adapté à la capacité de la maîtrise d'ouvrage du bénéficiaire (sur l'infrastructure en particulier). Rétrospectivement, son calendrier n'était pas réaliste en raison des inexpériences tant du côté de l'AFD (en santé au Sénégal) que de la maîtrise d'ouvrage. - Les capacités des bénéficiaires étaient peu connues et n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic suffisant en amont, ce qui a nécessité de nombreux ajustements de mode opératoire et occasionné des retards importants pour le projet. - Si les besoins ont été construits en concertation avec les principaux bénéficiaires, certains soutiens apportés aux bénéficiaires nationaux (DIEM, DDCH, ...) ne présentent pas tous un lien fort et avéré avec un besoin évident pour les populations. Le projet s'est ainsi appuyé sur une analyse partielle des besoins très axée sur la dimension offre de soins dans la région médicale qui a moins détaillé le volet communautaire et la dimension "demande" et déterminants socio-culturels d'accès aux soins. La dimension genre n'a pas non plus été intégrée dans la conception du projet et n'a pas fait l'objet d'évolutions significatives au cours du projet, malgré une nécessité de plus en plus identifiée par les acteurs nationaux et sur le terrain. Les besoins en matière de renforcement de capacité de certains cadres auraient pu être mieux analysés et la façon dont les nouvelles compétences allaient être mises à profit mieux anticipée : il a été rapporté que dans certains cas queles nouveaux diplômés obtenus ont permis l'affectation des personnes formés à de nouveaux postes et non pas l'utilisation des nouvelles compétences au profit du service demandeur. Le choix des stagiaires suppose leur engagement à mobiliser les compétences nouvellement acquises dans leurs services d'origine et doit être suivi avec attention par la maîtrise d'ouvrage nationale. Concernant les infrastructures, si les acteurs de terrain ont été consultés pour l'identification des besoins en matériel, listes d'équipements, il n'existe qu'une faible projection du volume d'activités attendu au niveau des futurs centres de santé rendant difficile l'analyse du juste dimensionnement des nouvelles infrastructures. Le dimensionnement des futurs centres apparait cependant adapté d'après les bénéficiaires et grâce au travail de l'expert, même si

	<ul style="list-style-type: none"> + Le projet prévoyait une intervention à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : niveau central, régional, district, et même communautaire avec les bajenu gox + L'inclusion de certaines composantes a particulièrement répondu aux besoins locaux, notamment la thématique de la SSRAJ (1er financement sur la question au niveau central) et l'inclusion de la transfusion sanguine, même si sur le volet SSRAJ une approche plus intégrée et multisectorielle est actuellement recommandée (travail sur les représentations sociales et culturelles, approche genre, lien avec le secteur éducatif, implication des ados et jeunes eux-mêmes). 	<p>des interrogations subsistent plus sur le futur centre CRTS qui apparaît d'après l'expert indépendant surdimensionné face aux besoins de la région.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la double approche « soft » et « hard » a été saluée par les bénéficiaires, les retards du projet et sa conception n'ont pas permis une réelle synchronisation des deux activités qui dans les faits se sont retrouvées totalement découplées. Concernant les activités de renforcement de capacités, certaines composantes de la qualité des soins ont été plus faiblement intégrées (focus fort sur le volet SONU avec certaines des composantes habituellement négligées non intégrées, notamment VBG, et cancer du col de l'utérus), également sur les dimensions non médicales (relation de soins, accueil, éthique), pourtant essentielles en SSRMNIA. - Le projet n'a pas fait l'objet d'un véritable système de suivi-évaluation : absence de baseline, pas de dispositif de suivi des indicateurs en cours de projet, absence de compétence en suivi/évaluation au sein de l'unité de coordination. La faiblesse des mécanismes de suivi des données sanitaires rendent difficile l'analyse d'impact et de cohérence des activités au regard du volume. Le projet a néanmoins bénéficié à partir de 2017 d'une coordination rigoureuse dans le suivi des activités et l'établissement de rapports annuels. - Les questions de politiques de population ont bien été intégrées dans le périmètre du projet mais le modèle utilisé semblait peu adapté compte-tenu de la cible communautaire et a finalement été peu utilisé.
Cohérence	<ul style="list-style-type: none"> + Le projet a été articulé avec les principaux bailleurs et agences onusiennes intervenant sur le champ thématique, par l'idée générale de soutenir des actions où peu de bailleurs sont présents (transfusion sanguine, infrastructures...). L'AFD a veillé à informer les principaux bailleurs en amont et pendant le projet lors des réunions inter-bailleurs. + Une certaine articulation a eu lieu par la priorisation des demandes des bénéficiaires eux-mêmes. Il n'a pas été relevé de contradiction manifeste. A l'inverse, certaines actions se sont révélées en synergie (travail sur le lien entre communautés et structures de santé de JICA et KOICA, projet pilote sur l'école des maris par Plan International, service d'urgences à Louga ...). + Un dialogue continu a été établi avec les autorités nationales bénéficiaires du projet, qui soulignent l'adéquation du projet avec les stratégies nationales et locales. 	<ul style="list-style-type: none"> - La coordination inter-bailleurs par la maîtrise d'ouvrage locale aurait mérité d'être renforcée notamment sur des actions ciblant le même bénéficiaire ou inter-corrélées (LuxDev, UNFPA). Compte-tenu du faible historique de l'AFD dans le secteur de la santé au Sénégal, l'AFD était peu intégrée dans les mécanismes de coordination existant sur le secteur de la santé maternelle et infantile et dans une relation de plus faible proximité avec les bailleurs historiques du secteur. Un travail de rapprochement et d'intégration dans ces instances a cependant été réalisé progressivement. Par ailleurs les synergies avec le volet multilatéral de Muskoka semblent extrêmement limitées (très faible connaissance du projet par les acteurs mobilisés sur le volet multilatéral). - La coordination des actions entre le niveau central et régional aurait également mérité d'être renforcée (peu d'exemples concrets sur la façon dont les actions de renforcement de capacité et d'élaboration d'outils au niveau national ont été saisies/diffusées au niveau de la RM, absence/faible application au niveau de la RM de Louga de l'outil modèle Rapid développé par la DDPH)

<p>Efficiences</p>	<ul style="list-style-type: none"> + Sur l'ensemble de la période, le pilotage du projet a pris les difficiles décisions nécessaires pour assurer un mode opératoire efficace pour le projet (désignation et renforcement de l'Unité de coordination, dessaisie de la DIEM...). Les modalités de suivi du projet ont permis d'identifier rapidement les difficultés, leurs origines et d'engager des mesures correctives. Ces mesures correctives ont en revanche nécessité un temps important de mise en place (fréquemment plusieurs trimestres). + Depuis sa désignation, l'unité de coordination a fait la démonstration de son efficacité au fil des ans et a été renforcée. Les procédures ont été respectées. Aucun incident financier n'est constaté sur le PASME1. + Les conditions préalables à l'exécution des actions financées ont été respectées, à défaut d'avoir été toujours bien anticipées (réalisation d'études, y compris lors du changement de site pour le centre de Sakal, avec des « rattrapages » par exemple sur les autorisations de travaux). + L'assistance à maîtrise d'ouvrage, sur tous les volets (équipements, architecture, formation) est globalement jugée essentielle par les différents acteurs interrogés et le rôle des experts mobilisés par Conseil Santé s'est révélé pertinent même si il aurait pu être renforcé grâce à une meilleure coordination par l'AMO Conseil Santé). 	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en œuvre du projet a souffert de difficultés organisationnelles et opérationnelles majeures, qui ont entraîné une sous-consommation marquée et des retards considérables. - La gestion du projet a été sous-estimée en début de projet, avec un renforcement au fil des années de l'équipe de coordination et des tâches qui lui ont été confiées. La compétence en passation de marchés a notamment fait particulièrement défaut, marquée par le manque d'expérience de la DIEM puis la difficulté à recruter un spécialiste au sein de l'Unité de coordination sur ces aspects. - Le projet a souffert du temps d'apprentissage commun des procédures et façons de faire tant côté sénégalais que du côté de l'AFD : lenteurs administratives locales, difficultés à s'insérer dans le cadre administratif de justification des avances renouvelables. Très concrètement, les difficultés en matière de validation des PTAs et circuits fiduciaires ont conduit à l'arrêt anticipé des activités du CNTS (qui ne bénéficiait pas d'une ligne de financement direct) malgré la performance remarquable des activités. Ce temps d'apprentissage n'a pas été anticipé et intégré dans la conception du projet. - Le projet n'a pas bénéficié d'un réel portage au niveau politique par le Ministère de la santé sénégalais, avec le sentiment d'un projet relativement délaissé par les autorités locales d'après l'Unité de coordination. La faible présence de l'AFD dans le secteur de la santé a certainement pu jouer. Si le choix de dessaisir la DIEM au profit de l'Unité de coordination s'est révélé très pertinent, cela a également amené des difficultés en termes de jeux d'acteurs et conduit à des retards liés à la faible facilitation du projet côté local en début de projet (retards importants dans la signature de l'avenant par le Ministère de la santé actant le changement de mode opératoire par exemple). - L'exécution du projet a souffert des changements successifs de responsables au niveau de l'AFD (chefs de projet, agence locale) et les délais pour délivrer certains avis de non-objections. Les bénéficiaires ont ainsi regretté des retards importants et une absence de continuité pour certaines actions. - Certains retards du projet sont liés à des raisons essentiellement administratives et auraient pu être mieux anticipées, telles que l'expiration de l'assistance technique en 2020 qui a conduit à la suspension pendant un an du contrat de Conseil Santé (responsabilité partagée). - Le processus de passation de marché et la rédaction des documents d'appel d'offre n'a pas permis de sécuriser la qualité des prestations financées. Le contrôle de la maîtrise d'ouvrage sur l'exécution des contrats s'est révélé insuffisant pour limiter les dysfonctionnements tant des entrepreneurs que de la maîtrise d'œuvre sur les infrastructures. Les infrastructures

		<p>souffrent aujourd’hui toujours de la grande faiblesse des entreprises de génie civil mobilisées et de la maîtrise d’œuvre ce qui pourrait conduire à de nouveaux changements de mode opératoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les programmations annuelles étaient systématiquement trop ambitieuses, et peu intégrées (effet de catalogue de demandes par bénéficiaire). Néanmoins, l’ensemble des actions s’inscrivaient dans le cadre logique du projet. Les contreparties nationales attendues n’ont pas encore été toutes confirmées à ce stade. - Le cadre logique s’est révélé peu opérationnel et l’absence de système de suivi/évaluation a rendu difficile le suivi financier et technique du projet au fil des années. - L’assistance à maîtrise d’ouvrage et la mobilisation des experts techniques par Conseil Santé aurait mérité une coordination centrale plus renforcée. Elle a participé à certains retards du projet notamment en raison du délai de désignation de certains experts et l’expiration du contrat en 2020 pour des raisons administratives. Elle aurait également mérité d’être renforcée/plus dynamique sur le volet thématique en dehors des aspects purement médicaux, en impulsant la prise en compte du genre, la dimension empowerment des usagers dans les soins, l’amélioration de la relation de soins et d’encourager la capitalisation et documentation de bonnes pratiques.
Efficacité	<p>Le projet a connu des réalisations très distinctes entre les volets "renforcement de capacité", infrastructures et transfusion sanguine.</p> <p>+ Concernant les activités de renforcement de capacités : les activités ont été réalisées, à hauteur des attendus et presque dans les délais. Les acteurs de soins sur le terrain ont souvent fait état d’un sentiment de renforcement de leurs compétences et d’amélioration de leurs pratiques, et exprimé une satisfaction assez nette des activités de renforcement de capacité (voir triangulation dans le récit détaillé). Le projet est intervenu en soutien de missions essentielles de la Région médicale, et a renforcé les superviseurs régionaux. Des audits de décès maternels ont été réalisés. Les équipes de la Région médicale et plusieurs cadres de districts rapportent que ces audits ont identifié des défaillances et amené des corrections de pratiques de soins et de dotation en équipements. Les évolutions liées aux actions de renforcement de capacité sont globalement crédibles au regard des postures, discours et expériences des prestataires rencontrés. Les</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Côté infrastructures : les activités ont connu de lourds retards et présentent toujours de sérieux risques de mauvaise exécution. Aucun des 3 centres de santé (+ CRTS) n’est aujourd’hui fonctionnel et les travaux restent très impactés par la faiblesse des entreprises de génie civil, avec un possible nouveau changement de mode opératoire (voire d’entreprises ?) pour sécuriser la finalisation des travaux. La date d’achèvement technique du projet est actuellement prévue pour 2022 mais aucun élément ne vient garantir le respect de ce calendrier prévisionnel. Les défis de leur mise en service après livraison ne sont pas encore complètement adressés (alimentation en électricité, RH, etc.). - Le projet depuis deux ans et pour encore plusieurs trimestres a un impact défavorable sur la qualité des services au CHR Louga (maternité et pédiatrie), dégradant nettement et directement la situation d’accueil et de soins. Les travaux engagés par le projet ont ainsi généré ou accentué des dysfonctionnements graves portant atteinte à la qualité et la sécurité des soins, ainsi qu’au respect de la confidentialité, de l’intimité et de la dignité des patientes. La gravité de la suroccupation pour les personnes (patients, soignants, accompagnants) est renforcée par la pandémie COVID19. En outre, l’emprise du chantier génère des nuisances et des insécurités manifestes (absence de contrôle des accès dans des zones de chantier, gestion des déchets, etc.). Le chantier du CHR Louga a également entravé l’accès à un nouveau service d’urgence financé par LuxDev et livré fin 2018. Le bâtiment est depuis gardé

	<p>observations ponctuelles sont toutefois à nuancer au regard du faible échantillon d'observation lors de la mission terrain.</p> <p>+ Côté équipements, les activités ne sont pas achevées ni totalement définies au moment de l'évaluation. Les données disponibles indiquent cependant une définition et dissémination appropriée des équipements à l'échelle du projet. La présence des équipements livrés a fréquemment été constatée lors des visites de terrain. La livraison anticipée d'équipements pour le CHR de Louga est particulièrement saluée et s'est révélée très pertinente dans la délivrance des soins.</p> <p>+ L'efficacité de certaines activités a été mise en avant : amélioration de l'utilisation du partogramme et des soins néonataux rapportés par les formateurs et la région médicale, fourniture de méthodes additionnelles de contraception à la suite des formations dans certains centres de santé : Sayana Press® et méthodes à longue durée d'action, meilleure prise en compte des publics jeunes et adolescents d'après la région médicale notamment via le curriculum SRAJ très apprécié, formation reconnue dans la sous-région sur la transfusion sanguine</p>	<p>jour et nuit, les équipements encore emballés. Cette situation engendre des tensions entre Luxdev et les autorités sénégalaises, qui ont envisagé une mise en service en mars 2021. Pourtant, sa mise en service semble liée à la fin des travaux engagés par le PASME1, et ne paraît pas pouvoir advenir avant plusieurs trimestres encore.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concernant les actions de renforcement de capacités : les activités de formation sont fréquemment intervenues très en amont ou en aval des livraisons d'équipements, ce qui peut expliquer certaines défaillances (typiquement, ventouses obstétricales). L'impact global des actions de renforcement de capacité est naturellement atténué par le fort turn-over des agents (notamment prestataires) et le besoin régulier de recyclage sur certaines thématiques, faiblement mis en place. Un enjeu est également de sécuriser le maintien des stagiaires formés dans le cadre de formations diplômantes dans leurs services d'origine, avec l'appui de la maîtrise d'ouvrage nationale (quelques cas de changements de poste pour les personnes formées, pourtant restées au sein du secteur public donc avec l'approbation des structures nationales) - Le projet n'a pas eu à ce jour d'effets significatifs sur la levée de barrières d'accès aux soins géographique (tant que les nouveaux centres ne sont pas ouverts) ou en lien avec les déterminants socio-culturels.
Durabilité	<p>+ Concernant les activités de renforcement de capacités, les acteurs bénéficient aujourd'hui de l'expérience acquise dans le cadre du projet, malgré un fort turn-over et une faible capitalisation. Les activités de supervision formative permettent de poursuivre les résultats obtenus par le projet après l'achèvement des activités, même si à un niveau inférieur, sans garantie de leur continuité. Les bénéficiaires font globalement état d'un changement des pratiques qui a cependant perduré dans le temps, quelques années après leur achèvement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concernant les activités de renforcement de capacités : le projet n'a pas porté d'attention particulière à la capitalisation qui aurait facilité la reproduction des actions et leur amélioration notamment compte-tenu du turn-over important des équipes médicales. Ce volet aurait du être renforcé dans la conception du projet par l'AFD et le rôle confié à la MOA, puis par la MOA en tant que telle dans l'appui à la mise en place des formations). Les supports de formation n'ont ainsi pas été mis à disposition de toutes les parties prenantes et n'ont pas été centralisés et archivés formellement. - Il n'a pas non plus été prévu d'actions de recyclage auprès des personnes formées pendant le projet ce qui limite l'impact des actions financées dans le temps.

<p>+ Concernant les équipements, hors quelques cas, la formation a globalement bien été faite et permet une utilisation appropriée des équipements livrés.</p> <p>+ Concernant les infrastructures, le projet a ciblé des structures s’inscrivant pleinement dans l’action pérenne du Ministère de la santé (ouverture de nouveaux centres de santé correspondant à la création de nouveaux districts et renforcement d’un centre de santé existant). Les enjeux matériels de la durabilité de bâtiments encore en construction ne peuvent être appréciés. Cependant, leur conception a respecté les normes locales de conception et passé les étapes normales de validation (notamment par un bureau de contrôle). La mobilisation de l’expert technique-architecture par Conseil Santé a été essentielle afin d’apporter des améliorations aux plans initialement conçus par la maîtrise d’œuvre locale (modification du dimensionnement des espaces pour permettre l’accueil d’un plus grand nombre de tables d’accouchement au CHR de Louga, modification du premier site identifié pour Saka, en cuvette (difficultés d’écoulement des eaux), et éloigné de la route principale d’accès notamment).</p>	<p>- Concernant les infrastructures en cours de développement, le projet ne sera pas en mesure d’appuyer des actions de formation auprès de la communauté ou des personnels de santé pour accompagner l’ouverture de nouveaux services et la livraison d’équipements compte-tenu des importants retards du projet et la décorrélation des activités soft et hard. Ces actions seront donc du ressort de la Région médicale, sans qu’aucun plan ne soit établi à ce jour. Aucune garantie n’existe également quant à la mise à disposition du personnel de santé nécessaire à l’exploitation des futures infrastructures, avec des difficultés évidentes de recrutement révélées sur la première partie du projet.</p> <p>- Des adaptations nécessaires sont encore identifiées à mesure de l’avancée du chantiers, et devront être plus ou moins prises en compte pour assurer la durabilité des installations (isolation thermique des bâtiments, accessibilité des points d’eaux, distribution des réseaux...).</p> <p>- Le non-respect des contreparties financières de l’Etat sénégalais prévues dans la convention interroge sur la durabilité des actions : les budgets de fonctionnement de la DSRSE et la Région médicale de Louga, appuyés durant 5 ans au lieu de 3 par l’AFD, n’ont ensuite pas été alimentés par la partie locale. La difficulté structurelle du Sénégal à mobiliser un financement sur la maintenance des infrastructures rendra également certainement plus complexe le maintien en bon état des infrastructures, surtout sur le second œuvre plus sujet à dégradations. En l’état, les niveaux exigés dans le cadre des appels d’offres en matière de second œuvre sont standards et ne garantissent pas particulièrement une qualité durable, sans maintenance, des installations financées. Par ailleurs, la livraison des équipements n’est pas liée à l’établissement de plans de maintenance formalisés même si le DAO des équipements prévus en 2021 prévoit d’intégrer 1 an de maintenance des équipements.</p> <p>- Concernant les intrants, l’anticipation des approvisionnements en médicaments et consommables n’a pas été formalisée. Par ailleurs, un cas de rupture de molécule essentielle pendant plusieurs mois au niveau de la Région a été rapporté (vitamine K1).</p> <p>- Quelques activités financées se sont finalement révélées peu pertinentes dans le temps, essentiellement sur les politiques de la population : le modèle Rapid sur les politiques de population pour la DPPH n’a finalement jamais été déployé auprès des communautés faute de moyens et de par son caractère peu opérationnel, l’espace bibliothèque également financé pour la DPPH apparaît finalement peu pertinent (livres très anciens) et aujourd’hui fermé du fait de la situation sanitaire, le portail web populations financé n’est aujourd’hui pas fonctionnel pour raison informatique.</p>
---	---

6. Récit détaillé et analytique des projets - Bénin

6.1. Présentation du contexte et de son évolution

En 2014, le Bénin compte 8,8 millions d'habitants et fait état d'une situation sanitaire dégradée, avec des taux de mortalité maternelle et néonatale de 351 pour 100.000 et 38 pour 1.000 naissances vivantes respectivement (également en 2014¹⁷). A l'orée de l'échéance des Objectifs du millénaire pour le développement en 2015, la mortalité maternelle et infanto-juvénile ne baisse pas suffisamment, et le poids des maladies infectieuses persiste à un niveau très élevé. Cette situation s'explique notamment par les lacunes du système de santé : disponibilité insuffisante de personnel de santé, aggravée dans certaines zones du fait de la concentration urbaine, faible qualification de ces personnels, disponibilité insuffisante d'équipements, consommables et médicaments essentiels, mauvaise gestion des stocks, etc. En outre, le taux d'accroissement annuel de la population béninoise de 3,25% exerce une forte pression sur la croissance économique et en particulier sur le PIB réel par habitant qui ne progresse que d'1% par an. L'impact sur la demande sociale en matière de services primaires est considérable, notamment en matière d'alimentation, de santé et d'éducation. Si des améliorations ont été observées au cours des dernières décennies, l'indice de fécondité reste élevé dans le pays (4,9 enfants par femmes).¹⁸ La pratique de la contraception reste limitée (seules 7% des femmes mariées et 23% des célibataires sexuellement actives utilisent un moyen de contraception moderne) et les besoins non satisfaits en matière de contraception ont augmenté depuis 15 ans (passant de 27 à 33% chez les femmes mariées et de 35 à 50% chez les célibataires sexuellement actives).

Le gouvernement béninois s'est donné des objectifs ambitieux à l'époque de l'instruction du projet, en souhaitant réduire le taux de mortalité maternelle à 125 pour 100.000 naissances et réduire la mortalité néonatale à 10 pour 1.000 naissances avant 2016. La santé maternelle et infantile constitue une priorité nationale et le Ministère de la santé porte à l'époque un discours fort sur l'amélioration de la gouvernance du système de santé et du financement basé sur la performance. L'engagement en matière de SMI du Bénin s'est traduit entre autres en 2009 par l'instauration d'un débat parlementaire annuel et par la création de l'Agence nationale de gestion de la gratuité de la césarienne (ANGC), dispositif très innovant à l'échelle de la région ayant pour mission de concevoir et mettre en œuvre la politique de gratuité de la césarienne au Bénin et de mobiliser les ressources financières nécessaires à sa prise en charge dans les différents hôpitaux du pays. Le périmètre de gratuité, financée sur fonds publics béninois, ne comprenait cependant que la césarienne et excluait les autres urgences obstétricales et néonatales, avec un dispositif de contrôle limité. Le pays a également fait de la planification familiale une priorité nationale, les plus grands obstacles d'accès restant dans le pays une méconnaissance, des croyances limitant le recours à la contraception et des personnels de santé insuffisamment qualifiés sur ces questions¹⁹.

En 2016 se sont tenues des élections présidentielles au Bénin, remportées par le candidat impétrant, Patrice Talon. Parmi les réformes des services sociaux de base et de la protection sociale proposées par le nouvel exécutif, inscrites au Plan d'action du gouvernement 2016-2021, se trouve ainsi l'opérationnalisation rapide d'une nouvelle politique de protection sociale (assurance maladie-formation-crédit-retraite et vie) pour tous, notamment les plus marginalisés. Les cibles principales sont les acteurs du secteur informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs et artisans) et les plus pauvres. Cette Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) est mise en place

¹⁷ UNICEF, Enquête par grappe à indicateurs multiples, 2014

¹⁸ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et ICF International, Enquête démographique et de santé du Bénin 2011-2012, 2013

¹⁹ Tableaux des données, Chapitre 7. Planification familiale de l'EDS du Bénin 2011-2012

à travers l'Agence Nationale de la Protection Sociale (ANPS) et ses démembrements. Dans le secteur de la santé, le gouvernement structure ses interventions autour de l'amélioration de la gouvernance et la gestion des ressources, l'accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins, et le renforcement de partenariat pour la santé avec les parties prenantes concernées.

6.2. Description du projet

» Objectifs généraux

Le projet PASMI « Programme d'appui à la santé maternelle et infantile » (**convention CBJ 1191**) s'est vu octroyer le **15 mai 2012** une subvention de **10M€**, sur une durée prévue initialement de **5 ans** (2012-2017). Il s'agit de l'un des tous premiers financements "Muskoka" de l'AFD. Il s'appuie également sur le cadre d'intervention sectoriel santé de l'AFD et sur les engagements pris par la France lors de la conférence de Ouagadougou de 2011 pour soutenir les initiatives familiales en faveur de la planification familiale en Afrique de l'Ouest.

Selon la description annexée à la Convention de financement, le projet visait « **l'amélioration de la santé maternelle et néonatale au Bénin (finalité 1) et l'accompagnement du pays vers une dynamique démographique favorable au développement de son capital humain (finalité 2)** ». Ses objectifs spécifiques étaient les suivants :

- **Au titre de la finalité 1 :**
 - Renforcement de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
 - Renforcement de l'accessibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
 - Renforcement de la disponibilité des services de planification familiale ;
- **Au titre de la finalité 2 :**
 - Prise en compte des questions de population dans les politiques sectorielles.

» Composantes et logique d'intervention

Le projet comprenait initialement 4 volets :

- **Volet 1 : qualité de la césarienne et de la réanimation néonatale.** Le projet devait permettre de renforcer **les hôpitaux conventionnés par l'Agence Nationale de Gratuité de la Césarienne (ANGC) et les centres de santé du département Littoral** (amélioration des plateaux techniques, renforcement des compétences du personnel de santé, renforcement de la disponibilité des produits sanguins à travers un appui à l'Agence nationale de transfusion sanguine, renforcement du programme d'assurance qualité de la Direction nationale des établissements hospitaliers et de soins, et octroi de subventions aux hôpitaux pour la prise en charge des dépenses de personnel), et de renforcer **l'ANGC pour le suivi de la qualité de la césarienne, l'amélioration de l'exploitation des données et la capitalisation sur la gratuité de la césarienne.**
- **Volet 2 : accessibilité financière des SONU.** Le projet devait appuyer la Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME) dans ses travaux d'**évaluation des conditions de l'élargissement des exemptions de paiement à tous les SONU** (études, réunions, documents) et d'évaluer l'impact de la gratuité de la césarienne et modalités de financement de cet élargissement.
- **Volet 3 : planification familiale.** Le projet devait financer des activités de **renforcement de l'offre et de la demande de planification familiale** et des activités de recherche opérationnelle, en privilégiant une mise en œuvre par des organisations de la société civile.
- **Volet 4 : politiques de population.** Le projet devait appuyer le renforcement de la Direction des politiques et programmes de population (DPPP ou D3P) de la Direction générale des politiques de développement du Ministère du développement de l'analyse économique et de la prospective (MDAEP) dans son rôle de **coordonnateur des questions de population** et de démographie afin de favoriser une meilleure prise en compte des enjeux démographiques dans les stratégies générales (organisation d'ateliers, production de documents, formations, etc.).



Carte du Bénin et département Littoral

	Réalisations prévues	Résultats attendus
Volet 1 Qualité de la césarienne et de la réanimation néonatale	Renforcement des hôpitaux « ANGC » et des centres de santé du département Littoral Amélioration des plateaux techniques (équipements, consommables et médicaments) Renforcement des capacités du personnel de santé Appui à l'ANTS et aux CDTs pour le renforcement de la disponibilité des produits sanguins Renforcement des programmes d'assurance qualité de la DNEHS Octroi de subventions aux hôpitaux pour la prise en charge de dépenses de personnel	Des référentiels qualité sont finalisés, validés et disponibles dans les formations sanitaires ciblées Les plateaux techniques dans les formations sanitaires ciblées sont aux normes minimales de qualité (équipements, médicaments, consommables, poches de sang) Le personnel des formations sanitaires ciblées est formé en SONU, en transfusion sanguine et en anesthésie-réanimation
	Renforcement de l'ANGC Renforcement du suivi de la qualité des césariennes, amélioration de l'exploitation des données sur les césariennes, mise en place d'une communauté de pratiques et capitalisation sur la gratuité de la césarienne pour l'ANGC	Le cadre d'accueil des stagiaires dans les formations sanitaires ciblées est adéquat
Volet 2	Accessibilité financière des SONU Appui de la DSME dans ses travaux d'études de l'élargissement des exemptions de paiement à tous les SONU (études, réunions documents)	La faisabilité de l'extension de la gratuité aux autres complications obstétricales et néonatales est analysée Les modalités de gestion d'éventuelles nouvelles exemptions de paiement pour tous les SONU sont définies
Volet 3	Planification familiale Appui au renforcement de l'offre et la demande de planification familiale et réalisation d'activités de recherche opérationnelle	La disponibilité des produits contraceptifs dans les zones couvertes par le Projet est renforcée et le personnel formé La demande (de la population) est sensibilisée et informée de manière adéquate
Volet 4	Politiques de population Appui à la DPPP dans son rôle de coordination de questions de population et démographie : ateliers, production de documents de stratégie et communication, etc.	La coordination intersectorielle concernant la variable « démographie » est renforcée et augmente la cohérence entre les politiques et stratégies nationales globales et sectorielles

» Bénéficiaires

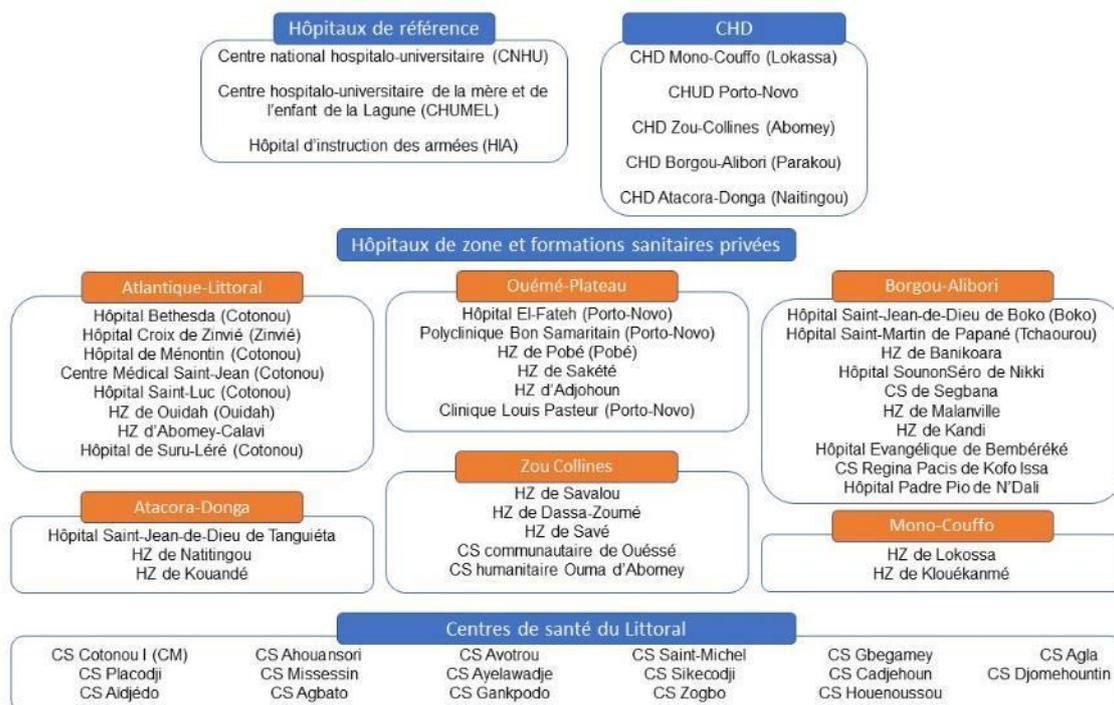
Les **structures bénéficiaires** initialement prévues étaient :

Volet	Réalisations	Structures bénéficiaires
1	Amélioration des plateaux techniques	48 ²⁰ hôpitaux répartis sur l'ensemble du territoire, et 56 ²¹ centres de santé du département Littoral
	Renforcement des capacités du personnel de santé	
	Octroi de subventions pour les dépenses de personnel	Agence nationale de transfusion sanguine (ANTS) et Centres départementaux de transfusion sanguine (CDTS)
	Renforcement de la disponibilité des produits sanguins	
	Renforcement des programmes d'assurance qualité	
	Renforcement du suivi de la qualité des césariennes	Agence nationale pour la gratuité de la césarienne (ANGC)
2	Accessibilité financière des SONU	Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME)
3	Planification familiale	Organisations de la société civile
4	Politiques de population	Direction des politiques et programmes de population (DPPP ou D3P)

- L'**ANTS** est le centre de référence en matière de promotion du don de sang, de prélèvement, de préparation, de qualification et de distribution des produits sanguins. Elle assure l'application de la politique nationale en matière de transfusion sanguine à travers l'encadrement technique et administratif de l'ensemble du système transfusionnel.
- La **DNHES** coordonne, en relation avec les autres directions centrales et techniques, les activités de tous les établissements hospitaliers aussi bien publics que privés. A ce titre, elle est chargée de définir et concevoir la politique nationale des établissements hospitaliers et des soins, définir les normes et standards des soins curatifs, coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre de la politique nationale des établissements hospitaliers et des soins, collaborer avec les établissements hospitaliers et de soins privés, et promouvoir la télémédecine par le développement des technologies modernes, notamment les technologies de l'information et de la communication pour l'amélioration de la qualité des soins.
- L'**ANGC** a pour rôle de mettre en place tous les mécanismes nécessaires à une bonne mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, instituée par le Gouvernement béninois en 2008. Elle est notamment chargée de l'élaboration des directives et du remboursement aux hôpitaux des frais engagés.
- La **DSME** coordonne les activités liées à la santé de la Mère, de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune. Elle est chargée d'élaborer et suivre l'application de la politique, des normes et des programmes relatifs à la santé maternelle et infantile et celle de l'Adolescent et du Jeune, ainsi que le Programme National de Planification Familiale y compris la lutte contre l'infertilité et les mutilations génitales féminines.

²⁰ Bénin, OMS. Enquête SARA 2013. p. 32

²¹ Bénin, OMS. Enquête SARA 2015. p. 19



Détail des établissements bénéficiaires

» Mode opératoire

En termes de mode opératoire, le **Ministère de la Santé** (pour les volets 1, 2 et 3) et le **Ministère du développement, de l'analyse économique et de la prospective** (pour le volet 4) ont été choisis pour être les **maîtres d'ouvrage du projet**. Le **pilotage stratégique du projet** était confié au **Secrétariat général** du Ministère de la santé, la **coordination technique à la DSME**, et la gestion administrative et financière à la DSME (pour les volets 1, 2 et 3) et à la D3P (pour le volet 4). Le projet a été appuyé par une assistance technique assurée par le bureau Conseil Santé mise en place en 2014.

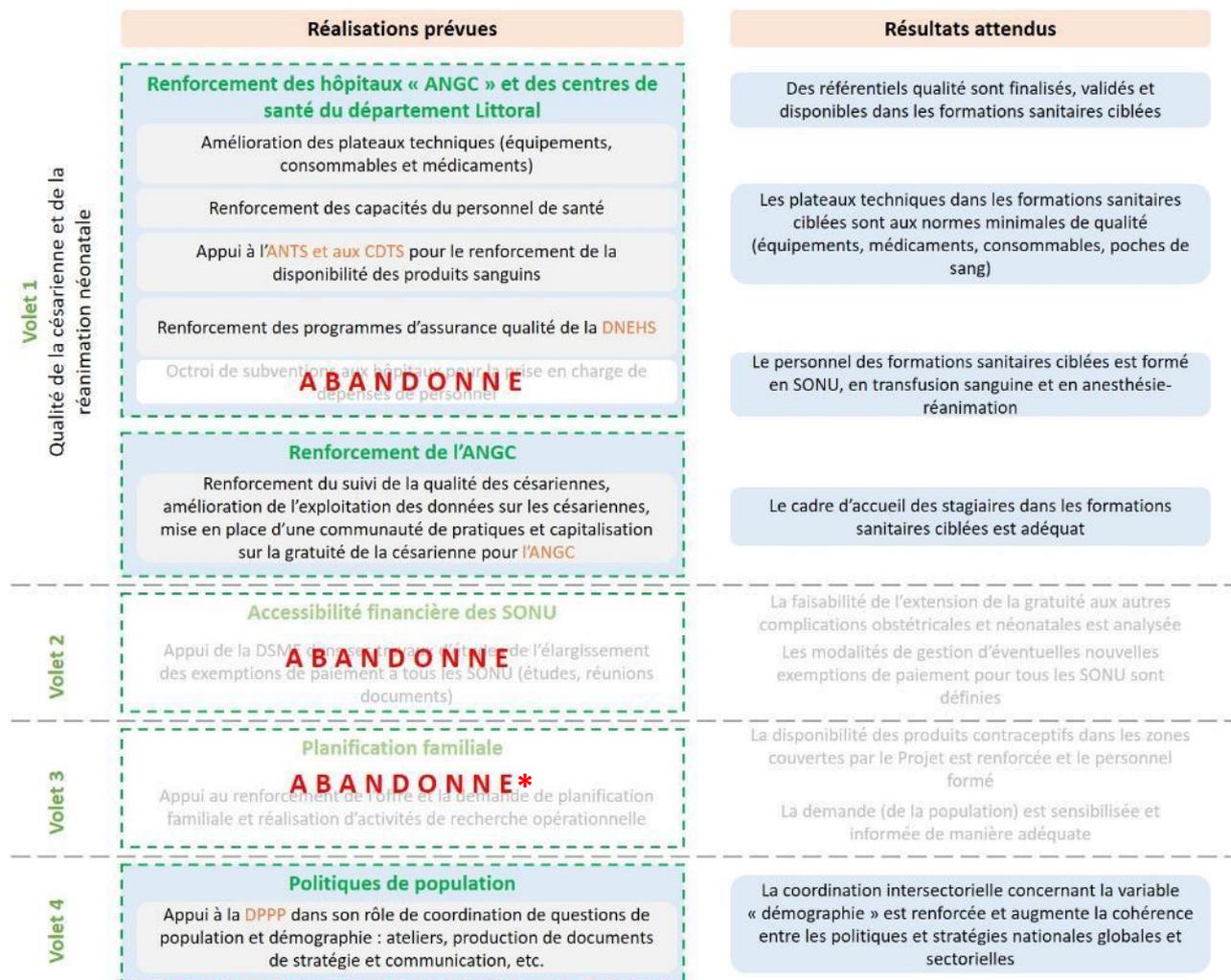
En termes de pilotage, l'avancement du projet devait s'appuyer sur l'élaboration par le Ministère de la santé de Plans de travail annuels (PTA) soumis à l'avis de non-objection de l'AFD, les réunions semestrielles du Comité de pilotage, et trimestrielles du Comité de suivi. Les modalités de paiement prévoyaient des paiements directs pour les dépenses supérieures à 50.000 €, ainsi que la mise en place de caisses d'avance auprès des structures bénéficiaires pour les dépenses inférieures ou égales à ce seuil. Un audit annuel du projet par un cabinet indépendant était prévu, de même qu'un Plan de passation des marchés, des Rapports d'exécution technique et financière semestriels, un Rapport général d'exécution en fin de projet. Les modalités institutionnelles, administratives et financières du projet devaient être consignées dans le manuel de procédures. Aucune *baseline* ni cibles d'indicateurs n'ont été définies en amont du projet.

Le projet a cependant subi de profondes modifications de sa logique d'intervention et de sa gouvernance en 2015-2016, en réaction à des niveaux insuffisants de performance mettant en péril ses perspectives de réussite.

» Refonte du projet et modification de la gouvernance

Les trois premières années du projet ont rencontré des difficultés significatives liées à des facteurs externes (mouvement social des praticiens hospitaliers de plus de 6 mois en 2013) et internes (longs délais de recrutement de l'assistance technique et de finalisation du manuel de procédures du projet, problèmes de management au niveau de la coordination), culminant dans la révélation de graves problèmes de gestion de la maîtrise d'ouvrage

(non-respect des procédures de passation des marchés et de versement injustifiés de per diem) du Ministère de la santé en septembre - octobre 2015. L'AFD a décidé à ce moment de suspendre les décaissements, et a élaboré avec le Ministère un plan de transition et une stratégie de sortie de crise, visant la remise en marche du projet dans de meilleures conditions d'exécution. Cette stratégie a entraîné un changement de gouvernance du projet, avec le **transfert de sa coordination de la DSME au Secrétariat général du Ministère**, ainsi qu'une reconfiguration profonde de sa logique d'intervention.



(*) : à l'exception d'une participation financière du PASMI et technique de la DSME au programme CORARE de recherche et de promotion de l'éducation sexuelle en milieu scolaire, avec production d'un film pédagogique

Les fonds des volets 2 et 3, abandonnés, ont été réaffectés au volet 1, et le budget révisé comme suit :

	Budget initial (05/2012)	Budget révisé (05/2017)
Volet 1	5.450 k€	7.650 k€
Volet 2	400 k€	
Volet 3	1.300 k€	
Volet 4	500 k€	257 k€
Coordination	550 k€	550 k€
Expertise technique	1.200 k€	1.099 k€
Audit	200 k€	94 k€
Evaluation		70 k€
Imprévus	400 k€	280 k€
Total	10.000 k€	10.000 k€

Budget du projet par composante (budget initial tel que prévu par la convention de financement puis réallocation lors de l'avenant n°1 de mai 2017)

En outre, des réalisations non prévues initialement ont été engagées en 2016 au titre de la réponse aux épidémies d’Ebola et de Fièvre de Lassa (fourniture d’équipements de protection individuelle et de tentes), et en 2017-2018 en appui à l’élaboration du plan d’établissement hospitalier du Centre national hospitalo-universitaire de Cotonou.

Le projet a enfin connu deux reports successifs, via avenants (12/05/2017 et 23/02/2018), des dates limites de versement et d’utilisation des fonds (du 15/11/2017 au 31/12/2018 pour la DLUF), afin de permettre de finaliser les actions engagées.

Grâce au recentrage thématique des interventions et aux changements opérés au niveau de l’équipe de coordination, le projet a finalement pu repartir avec une évolution rapide et favorable du taux de décaissement de 20% en mai 2017 à 64% en janvier 2018 et s’est terminé dans de bonnes conditions en octobre 2018 (taux de décaissement de 98%).

» Activités

Les activités finalement ciblées ont été les suivantes :

Au titre du volet 1		
Renforcement des hôpitaux conventionnés "ANGC" et des centres de santé du département Littoral		
(42 hôpitaux, 17 centres de santé, 6 antennes départementales de transfusion sanguines)		
Amélioration des plateaux techniques (équipements, consommables et médicaments)	Fourniture d’équipements médicaux en lien avec les SONU	2017
	Appui à la gouvernance des hôpitaux (projet d’établissement, projection financière, etc)	2018
Renforcement des capacités du personnel de santé	Formation des champions SONU	2015
	Formation sur les signes de danger et le comportement respectueux	2015
	Formation continue d'un ingénieur biomédical et d'un cadre en ressources humaines	2015
	Frais de scolarité de la formation online en Master de santé publique	2015-2016
	Formation en santé communautaire	2016-2017
	Edition Manuel de Formation SONU/PF/SAA	2016
	Formations intégrées sur les SONU/PF/SAA	2015-2018
	Appui à la mise en place d’un centre de simulation gynéco-obstétrique au CHU-MEL incluant la fourniture de matériel pédagogique	2018
	Evaluation des acquis de formation au niveau des centres hospitaliers	2018
	Appui à l'ANTS et aux CDS	Formation des animateurs de radio/TV et journalistes sur la TS pour une meilleure communication
Activités de sensibilisation et de promotion du don du sang en partenariat avec 11 radios locales		2017-2018
Installation et renforcement de 10 cellules universitaires de promotion du don du sang		2014-2015, 2018
Appui à la collecte de sang en équipes mobiles dans les CDS		2015-2016, 2018
Formation internationale en pathologies hématologiques (diagnostic en hématologie, hémogramme)		2015, 2017-2018
Formation des utilisateurs de sang et dérivés sur les bonnes pratiques en matière de transfusion sanguine		2016
Formation des prestataires SONU sur les complications transfusionnelles		2016
Actualisation, édition et diffusion du Guide des bonnes pratiques en transfusion sanguine et du Mémento de l'acte transfusionnel		2016-2017

	Formation des biotechnologistes sur les procédures de validation des réactifs en transfusion sanguine	2017
	Appui au Centre de Formation professionnelle de Transfusion Sanguine (CFPTS)	2017-2018
	Acquisition de divers équipements et matériel techniques	2017
	Achat de poches à sang et transfuseurs	2017
	Acquisition d'un véhicule de supervision	2017
Renforcement des programmes d'assurance qualité de la DNEHS	Atelier d'échange sur les enjeux de l'accréditation des formations sanitaires pour offrir des SONU de qualité	2014
	Atelier pour l'élaboration d'un avant-projet de cadrage pour l'ONAS	2014
	Elaboration de référentiels et standards d'accréditation en santé	2015-2017
	Participation au RESHAOC	2016
	Formation en audit qualité des services de santé (référentiels ISO 9001)	2017
	Edition de la fiche de collecte de données des indicateurs de référentiels et standards d'accréditation hospitalière	2018
	Supervision de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre des plans d'amélioration au niveau des 4 CHD pilotes de l'introduction de la démarche qualité	2018
	Introduction de la démarche qualité dans 06 hôpitaux pilotes	2018
	Edition du document de stratégie nationale de référence contre-référence	2018
	Acquisition d'un véhicule	2017
Renforcement du suivi de la qualité des césariennes, amélioration de l'exploitation des données sur les césariennes, mise en place d'une communauté de pratiques et capitalisation sur la gratuité de la césarienne pour l'ANGC		
	Atelier sur les bonnes pratiques de gestion de la gratuité de la césarienne	2014
	Organisation de l'atelier d'harmonisation des kits de césarienne utilisés dans les hôpitaux agréés	2014
	Etude des coûts des césariennes et autres urgences obstétricales et néonatales	2015-2016
	Production et diffusion du répertoire sur les bonnes pratiques de la gestion de la gratuité de la césarienne	2018
	Acquisition d'un véhicule	2017
Au titre du volet 3		
Appui au renforcement de l'offre et la demande de planification familiale et réalisation d'activités de recherche opérationnelle		
	Campagnes de sensibilisation des leaders d'opinions sur le repositionnement de la Planification Familiale couplée à l'offre gratuite des méthodes de PF et du dépistage du VIH/SIDA	2014
	Formation de formateurs nationaux sur l'approche HBB	2014
	Formation des prestataires des maternités publiques du Littoral sur l'approche HBB	2014
	Organisation de la semaine de la survie de l'enfant	2014, 2017
	Participation au programme CORARE de recherche et de promotion de l'éducation sexuelle en milieu scolaire + film pédagogique	2017
Au titre du volet 4		
Appui à la DPPP dans son rôle de coordination de questions de population et démographie : ateliers, production de documents de stratégie et communication, etc.		



Formation des membres de la commission sur les méthodes et les outils d'intégration des questions de population	2015
Organisation d'évènements de sensibilisation et de plaidoyer "dividende démographique" :	2015-2017
- Conférences universitaires	2015, 2018
- Séminaire avec les parlementaires	2015
- Célébration de la Journée Mondiale de la Population	2016
- Séminaire pour le collège des Maires (Association Nationale des Communes du Bénin)	2018
Atelier technique de réflexion impliquant la Commission Nationale de Population (plateforme pour renforcement des activités départementales)	2015
Atelier technique de réflexion dans le Département de l'Atlantique-Littoral pour renforcement des activités départementales	2016
Réalisation d'un dépliant sur la Politique Nationale de Population (2013-2025)	2015-2018
Réalisation de la plaquette "Population et Développement: quels défis pour le Bénin?"	2015
Fourniture d'équipements informatiques	2015
Acquisition d'un véhicule	2017
Autres	
Fourniture d'équipements de protection Ebola (tentes, équipements de protection individuelle)	2014-2017
1ere Conférence nationale sur l'épidémie de la Fièvre hémorragique à virus Lassa au Bénin	2016
Appui à l'élaboration du Projet d'Etablissement Hospitalier du CNHU-HKM de Cotonou	2017

6.3. Instruction (de l'identification à l'octroi du financement)

Le projet a été instruit en **2011** et sa note de présentation établie en **juin** de cette même année, soit une année après le sommet de Muskoka. Il a fait l'objet d'une mission d'évaluation de l'AFD du 27/06 au 01/07/2011. Hormis les engagements de la France au titre de l'initiative Muskoka, il s'inscrit également dans le cadre du Plan national de développement de la santé du Bénin et prenant en compte les interventions sectorielles des autres partenaires techniques et financiers. L'instruction du projet s'est principalement appuyée sur la création préalable au Bénin de l'Agence nationale de la gratuité de la de la césarienne, dispositif innovant reconnu, et sur les réflexions en cours au sein du ministère du développement, de l'analyse économique et de la prospective sur le thème des politiques de population.

Le Bénin venait de créer l'ANGC, financée sur le budget national, signalant ainsi un engagement politique fort. Pour la première fois la politique de lutte contre la mortalité maternelle faisait l'objet d'un débat parlementaire. En outre, le Bénin disposait d'une démarche d'assurance qualité et d'une politique de transfusion sanguine bien établie. (Extrait d'entretien, AFD)

Les **conditions suspensives sont levées en date du 12/05/2012** et la **convention de financement AFD-Gouvernement du Bénin est signée le 15/05/2012**.

Au titre des engagements particuliers, il est convenu que le bénéficiaire votera chaque année en loi de finances une dotation budgétaire à l'organisme en charge de la gestion de la gratuité des césariennes, d'un montant qui couvre le remboursement des césariennes attendues, et veillera chaque année au versement effectif de cette même dotation budgétaire.

Le PASMI, dans sa version initiale, était un projet ambitieux et complexe, notamment du fait de sa couverture territoriale (ensemble du pays, une soixantaine de structures sanitaires de niveaux 2 et 3 accompagnées -43 hôpitaux, 17 centres de santé du Littoral-) et de son volet n°4 d'appui au renforcement de la Direction des politiques et programmes de population.

Validation de la FIP	Mai 2011
Validation de la NPP	Juin 2011
Octroi du financement	Novembre 2011
Signature de la convention de financement	Mai 2012
Date d'achèvement technique prévue initialement	Mai 2017 (5 ans d'exécution)

» Certaines des difficultés rencontrées lors de l'exécution du projet renvoient à des fragilités initiales insuffisamment prises en compte

En 2011 (c'est toujours le cas en 2021), la santé n'était pas considérée comme un secteur de concentration pour l'AFD au Bénin, à la différence de l'éducation et de la formation professionnelle, du développement rural, de l'accès à l'électricité et de la transition énergétique, de l'urbanisation durable, du financement des PME et du soutien à l'innovation. Les interventions antérieures de l'AFD dans le secteur de la santé s'étaient limitées à des subventions ponctuelles à des opérateurs tels que l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (UICMR). Au sein de l'agence de Cotonou, le PASMI a d'ailleurs fait l'objet d'un suivi ad hoc, confié au chargé de mission éducation / formation. Le secteur faisait l'objet d'interventions plus significatives de la part du Service de coopération et d'action culturelle de l'Ambassade de France.

L'AFD ne disposait donc que d'une faible connaissance du Ministère de la santé, de ses composantes, et de ses jeux d'acteurs internes au moment de l'instruction du projet. Il apparaît rétrospectivement que l'appréciation faite du niveau d'engagement et des capacités des maîtrises d'ouvrage et des opérateurs du projet était insuffisante à sécuriser de bonnes conditions de démarrage du projet.

La santé n'était pas un secteur de concentration au Bénin, qui est historiquement un sujet SCAC. C'est un projet difficile, sans leadership béninois. L'initiative Muskoka a mis la pression pour monter un projet alors que les conditions n'étaient pas réunies (Extrait d'entretien, AFD)

Ces éléments questionnent en partie l'opportunité initiale du PASMI. S'il est établi que le projet était bien pertinent au regard des besoins du système de santé et de la population béninoise en termes de SMI et de planning familial, des priorités et stratégies établies (gratuité de la césarienne, Partenariat de Ouagadougou) du gouvernement béninois, ainsi que des engagements Muskoka de la France, **il s'est déployé sur une base très fragile en termes de coopération AFD-Bénin dans le secteur de la santé.**

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du PASMI se sont d'ailleurs révélées plus nombreuses et critiques que pour les autres projets de l'AFD au Bénin, selon la direction de l'agence. Certaines de ces difficultés apparaissent directement imputables à une méconnaissance réciproque des partenaires, : l'aide-mémoire de la mission de supervision réalisée en décembre 2013 fait ainsi l'écho de l'effort de pédagogie déployé par l'AFD en direction de la maîtrise d'ouvrage, au sujet de l'assistance technique, du manuel de procédures, de la cellule d'appui ou de la Coordination ; symétriquement, les structures bénéficiaires ont initialement critiqué la coordination du projet confiée à la DSME, comme le reflète l'aide-mémoire de la mission de supervision de décembre 2015. . Cette situation tient aussi à l'ampleur du PASMI (10 M€), sans commune mesure avec celle des interventions antérieures dans ce secteur, qui contribuait néanmoins au respect des engagements Muskoka de la France.

6.4. Exécution (de la signature de la convention de financement jusqu'à l'achèvement du projet)

L'exécution du projet a révélé ces fragilités initiales :

- La légitimité politique, les capacités de gestion et les ressources humaines de la coordination étaient manifestement insuffisantes au regard des missions et de l'ampleur du projet. Les jeux d'acteurs entre les parties prenantes internes du Ministère de la santé ont également fait obstacle au bon démarrage du projet, avec une défiance marquée à l'encontre de la coordinatrice du PASMI, également directrice de la santé de la mère et de l'enfant ;
- Le recrutement de l'assistance technique a révélé d'importantes différences d'appréciations entre l'AFD et la Coordination du PASMI²², et l'assistance technique n'a été effective qu'en juin 2014 ;
- Des irrégularités de gestion ont été constatées par l'AFD en 2015, relevant principalement du non-respect des procédures de passation des marchés et de versements injustifiés de per diem ;

L'engagement conventionnel relatif au financement de la gratuité de la césarienne n'a jamais été respecté. Le sujet a été abordé de manière répétée par l'AFD lors des échanges avec le Bénéficiaire, mais est demeuré sans autres suites.

» Retour sur le déroulé général du projet

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Volet 1						
<i>Renforcement des hôpitaux et des centres de santé du Littoral</i>						
Amélioration des plateaux techniques						
Renforcement des capacités du personnel de santé						
Appui à l'ANTS et aux CDTS						
Renforcement des programmes d'assurance qualité de la DNEHS						
Renforcement ANG C						
Volet 3						
Planification familiale					CORARE	
Volet 4						
Appui à la DPPP						
<i>Taux de décaissement (au 31/12)</i>	1,3%	7,5%	11,3%	24,2%	63,3%	98,8%

» Difficultés dans la passation des marchés

Le PASMI a pris beaucoup de retard dès son démarrage, imputable aux lenteurs des procédures de passation de marché et aux approvisionnements. Le processus de recrutement d'une assistance technique est lancé par la Coordination du projet début 2013 : les autorisations nécessaires sont demandées à la Direction nationale des marchés publics en janvier, l'appel à manifestation d'intérêt est publié dans le journal officiel et dans deux autres journaux, aboutissant à la réception de trois offres concurrentes. L'analyse technique des offres conduit à l'élimination de 2 soumissionnaires sur 3 pour qualité insuffisante, décision pour laquelle un avis de non-objection est demandé à l'AFD en juin 2013. En retour, l'AFD recommande une nouvelle évaluation. Des échanges subséquents de courriers aboutissent à la reprise des travaux d'analyse des trois offres par une commission d'évaluation élargie aux responsables des autres structures bénéficiaires (ANGC, ANTS, DNEHS). Le 31 juillet, l'AFD exprime le souhait, auprès du Secrétariat général du ministère, que les fiches de notation individuelle soient annexées au procès-verbal des délibérations de la commission. En décembre 2013, le processus n'avait toujours pas abouti, les offres des soumissionnaires ne disposant alors plus que d'une validité d'un mois. Le contrat d'assistance technique est finalement signé avec la société Conseil santé le 09 juillet 2014.

²² Extrait de l'aide-mémoire de la mission de suivi de décembre 2013: "Suite à la transmission en juin à l'AFD pour demande d'avis de non-objection de l'analyse technique des offres des BET, laquelle concluait à l'élimination pour qualité technique insuffisante de deux soumissionnaires sur trois, l'expertise d'un consultant indépendant a été sollicitée pour une évaluation des offres de deuxième niveau. Sur cette base, l'AFD a recommandé la réalisation par la partie nationale d'une nouvelle évaluation de la qualité technique des offres. Les discussions et échanges de courrier survenus depuis ont permis d'aboutir à la décision d'une reprise des travaux par une commission d'évaluation élargie."

Les délais dans le recrutement de l'assistance technique et les deux ans de retard ne seront jamais rattrapés sur le projet.

Une partie significative des équipements a ainsi été livrée en 2018, en toute fin de projet et postérieurement à son repositionnement en 2016.

» Graves problèmes de gestion et de management conduisant à des périodes de suspension des décaissements en 2015 et 2016

La coordination technique du projet a initialement été assurée par la DSME du Ministère de la santé, sous la responsabilité de sa directrice. Son rôle était de contribuer à coordonner les actions de toutes les parties prenantes du PASMI en exerçant une présence bienveillante et constructive, et de jouer un rôle d'ensemblier. Elle devait créer un environnement favorable permettant aux structures bénéficiaires d'identifier et de mettre en œuvre les activités techniques les plus pertinentes contribuant à atteindre les objectifs du PASMI. Un chargé d'appui et un comptable ont été recrutés le 1er décembre 2013.

A la fin de l'année 2015²³, l'AFD fait état d'une dégradation des relations professionnelles entre la coordinatrice et les membres de l'équipe de coordination (experte technique résidentielle, comptable, chargé d'appui). Des difficultés préoccupantes sont constatées : absence de décision de la coordinatrice dans les délais, engagement de dépenses sans financement disponible, émargement sur les feuilles de présence de participants sans rapport avec l'activité considérée, etc. Les relations de la Coordination avec les parties prenantes du PASMI se révèlent également dégradées, avec un niveau d'interactions voire de confiance insuffisant à la bonne marche du projet.

En outre, le 9 octobre 2015, de graves problèmes de gestion (dépenses irrégulières, injustifiées ou inéligibles) avaient été relevés par l'agence AFD de Cotonou, conduisant l'agence à suspendre les décaissements sur la partie du projet pilotée par le Ministère de la santé. Un audit a été réalisé en décembre 2015, qui a mis en évidence 73,795 mFCFA (112.500 €) de dépenses portées en réserve, dont environ 85 % relevaient du non-respect des procédures de passation de marché et de l'absence de preuve de mise en concurrence réelle des candidats et 13% de versements injustifiés de per diem. Ces problèmes ont entraîné la suspension des décaissements entre octobre 2015 et février 2016, puis à nouveau entre juin et septembre 2016.

Au début de l'année 2016, le Ministère de la santé a décidé de repositionner la coordination stratégique du projet sous l'autorité du Secrétaire général du Ministère (SGM), lui conférant ainsi un meilleur accès à l'appui politique que celui dont disposait la DSME, et de procéder à la nomination d'un nouveau coordonnateur de projet. Ce repositionnement a contribué à une accélération notable des réalisations, conformément à ce qui était initialement prévu (pour les réalisations ayant été maintenues) mais avec retard. Cette solution est globalement saluée par les différents interlocuteurs interrogés.

En 2015, après une évaluation, l'AFD a sonné l'alarme sur le faible taux de mise en œuvre du PASMI. En ce moment le taux était à 10%. Les raisons essentielles étaient les lourdeurs administratives, l'indisponibilité et le cumul de poste de la Coordinatrice d'alors. Le Ministère a dû procéder aux changements nécessaires (changement de coordination, délocalisation du siège du projet). Le Projet était avant sous tutelle de la DSME et logé au sein de l'immeuble abritant la DSME. L'équipe dispose désormais de sa propre équipe. (Extrait d'entretien, Coordination locale du projet)

La reprise des décaissements et la poursuite du projet à partir de septembre 2016 s'est faite sous les réserves suivantes : (i) un renforcement des procédures de gestion administrative et financière et leur respect strict ; (ii) un exercice de recentrage du périmètre des activités pour mener à bien les axes prioritaires du projet (acquisition des équipements bio médicaux, poursuite du cycle des formations intégrées SONU).

²³ Aide mémoire de la mission de suivi de décembre 2015

A compter de 2016, le projet était donc réduit à deux volets : le volet 1 “qualité de la césarienne et de la réanimation néonatale” (MOA: Ministère de la santé) et le volet 4 “politiques de population” (MDAEP).

» Une forte dimension de renforcement des compétences des professionnels de santé

Le projet a permis la mise en œuvre d’actions de renforcement des compétences sur différents sujets. Entre 2015 et 2018, **44 sessions de formation sur les SONU** (incluant les soins après avortement et la réanimation néonatale) **et la planification familiale** ont été organisées et ont touché plus de **1 000 professionnels de santé**. Le projet a également permis la mise en place du centre de télé-simulation gynéco-obstétrique au CHU-MEL de Cotonou afin de renforcer les gestes médicaux en intra-partum et la mise en pratique des principaux standards. Par ailleurs, dans le même objectif, des équipements et mannequins pédagogiques ont été fournis à 42 hôpitaux.



Centre de télé simulation au CHU-MEL

Les champions Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence

Le projet PASMI a permis la diffusion et la décentralisation du modèle « Champions SONU » qui existait au niveau national. Un pool de 27 formateurs « champions SONU » au niveau départemental a pu être mis en place. Ainsi, chaque département dispose d’une ou plusieurs personnes (médecins gynécologue, sage-femme, pédiatre) habilitées pour la mise en œuvre de formation, supervision ou encore compagnonnage sur les SONU.

Les formations mises en œuvre semblent avoir eu un réel impact sur les pratiques de soins dans les hôpitaux :

A mon niveau, je peux mentionner des évolutions très concrètes des pratiques en salle d’accouchement à l’issue des formations. Par exemple, à l’hôpital, différents professionnels avaient recours de façon systématique à l’ocytocine pour accélérer le travail, ce qui n’est recommandé que dans certaines situations. Les formations ont permis que cette mauvaise pratique soit abandonnée. (Extrait d’entretien, Hôpital de Zone d’Abomey Calavi).

Je dois dire que les formations m’ont permis de renforcer ma pratique de certains gestes techniques et d’acquiescer une plus grande confiance en moi. Je pense notamment à l’utilisation de la ventouse obstétricale pour l’accouchement ou à la pratique de l’aspiration manuelle intra-utérine pour les soins après avortement. Habituellement les sages-femmes ont peu l’occasion de pratiquer ces gestes pendant leurs études, pourtant ce sont des gestes vraiment essentiels. Maintenant en tant que « Championne SONU » j’accompagne les nouvelles sages-femmes arrivant à l’hôpital dans la pratique de ces gestes. (Extrait d’entretien, Secteur Maternité de Hôpital de Zone de Menontin).

Le projet a également organisé la formation des prestataires sur **les bonnes pratiques transfusionnelles dans le cadre des SONU de 242 agents** en 2016, **la formation de 55 biotechnologistes** sur la validation des réactifs en 2017, et la formation sur **les pathologies hématologiques courantes de 368 agents** en 2017 et 2018. Enfin, il a

permis la création en 2017 du Centre de formation professionnelle en transfusion sanguine. 2 promotions (38 paramédicaux) ont été formées dans le cadre du PASMI.

La question de la transfusion sanguine ne bénéficie du soutien que de très peu de partenaires. Pourtant elle est clé dans le domaine de la santé maternelle et infantile et le projet PASMI a bien intégré cela. L'appui à l'ANTS nous a permis de densifier un certain nombre d'activités notamment en lien avec la formation. Je pense que ces actions ont bien pris en compte nos besoins, et ont globalement été bien mises en œuvre avec des taux d'exécution à quasiment 100% (Extrait d'entretien, ANTS).



Guides des bonnes pratiques transfusionnelles révisés dans le cadre du projet et ayant servi de support pour les actions de formation et affiches de promotion du don du sang

Triangulation des sources sur l'impact des formations sur les pratiques

	Constat d'une amélioration des pratiques post-formation	Exemples d'évolution de pratiques	Marges de progrès mises en avant
Unité de coordination	++	Sentiment de satisfaction générale notamment sur le volet SONU	
DSME	+	Mise en place de la technique de tamponnade utérine pour la prise en charge des hémorragies de la délivrance	Dissémination élargie de matériel pédagogique au niveau de l'ensemble des hôpitaux
ANTS	++	Les formations ont permis d'améliorer les pratiques et ont un impact fort sur les quantités de sang disponibles	Élargir les formations dispensées à l'ensemble des départements
CHUMEL	++	Amélioration considérable de la qualité du plateau technique et bonne prise en main du matériel par le personnel grâce aux formations	
Hôpitaux de zone	++	Arrêt de l'utilisation systématique de l'ocytocine pendant le travail	

Centre de santé	x	Amélioration du plateau technique
-----------------	---	-----------------------------------

» Une livraison d'équipements essentiellement en 2018, très appréciée sur le terrain

La livraison des équipements a eu lieu essentiellement en 2018 après la réorganisation du projet. La présence des principaux équipements livrés ainsi que des PV de réception a été constatée lors des visites de terrain, permettant de s'assurer de la disponibilité et du caractère fonctionnel de l'essentiel des équipements livrés. La livraison des équipements a concerné un grand nombre de centres de santé et a été saluée par les bénéficiaires.

C'était la première fois au Bénin où, il s'est opéré un équipement aussi massif et relatif à un nombre aussi élevé de centres de santé et d'hôpitaux. (Extrait d'entretien, Coordination locale du projet)

Combien de patients ont eu la vie sauve grâce aux équipements PASMI. Avant l'arrivée des équipements PASMI, il y avait des ruptures régulières d'oxygène. Grace aux concentrateurs d'oxygène livrés, ces problèmes de rupture sont réglés partiellement et le centre fait énormément d'économie sur l'acquisition de l'oxygène. Les appareils acquis sont conçus pour les pays africains, parce qu'ils sont munis d'onduleurs. Les machines sont biens adaptées aux coupures en électricité de par leurs fonctions d'emmagasinages d'énergie et contre les ruptures d'oxygène. Dans l'ensemble les équipements sont venus renforcer l'existant et nous aident énormément. (Extrait d'entretien, Responsable de service réanimation, CHU)

Globalement les équipements reçus (table chauffante, table d'accouchement, seringue électrique, le cardiographe) sont d'une grande utilité pour le service. Seules 2 tables de réanimation existaient avant le PASMI. Des protocoles sont désormais affichés : protocole de la table d'accouchement, protocole de nettoyage (Extrait d'entretien, sage-femme)



Equipements fournis dans le cadre du projet

» Prise en charge du coût des césariennes.

Une hypothèse cruciale du projet était que l'État béninois respecte ses engagements en termes de dotation budgétaire annuelle à l'ANGC pour la gratuité de la césarienne et le remboursement dans les délais des factures des césariennes. La convention de financement stipulait d'ailleurs l'obligation, pour le bénéficiaire, de voter chaque année en loi de finances une dotation budgétaire à l'organisme en charge de la gratuité des césariennes, d'un montant qui couvre le remboursement des césariennes attendues, et de veiller au versement effectif de cette dotation.

De 2013 à 2017, ces engagements n'ont pas été respectés. En janvier 2018, l'AFD relevait que la plupart des hôpitaux rencontrés enregistraient 18 mois d'impayés pour les actes de césariennes pratiqués.

» Réponse d'urgence aux épidémies Ebola et Lassa

Des réalisations non prévues ont été mises en œuvre en réponse aux épidémies Ebola et Lassa (fourniture d'équipements et financement du plan de contingence du Ministère de la santé), ainsi qu'en appui à l'élaboration du Plan d'établissement hospitalier du Centre national hospitalo-universitaire de Cotonou par Conseil Santé en lien avec l'APHP.

6.5. Synthèse de l'exécution du projet et principaux résultats

6.5.1. Bilan financier

Malgré un démarrage très lent et une quasi non consommation du budget les premières années, la refonte du cadre logique et l'abandon des deux volets a finalement permis le lancement effectif des activités, avec un taux de décaissement de 98,9% en fin de projet.

RECAPITULATIF AU 31 décembre 2018	Budget révisé (05/2017) en euros	Niveau d'exécution en euros	% de décaissement
Volet 1 : qualité de la césarienne et de la réanimation néonatale, dont	7 650 000	6 924 394	90,5%
– Équipements des hôpitaux		4 879 148	
– DSME		1 335 409	
– ANTS		345 013	
– DNEHS		221 825	
– ANGC		142 998	
Volet 4 : politiques de population	257 000	211 712	82,4%
Expertise technique	1 099 000	1 099 475	102,7%
Coordination	550 000	1 652 408	166,2%
Audit	94 000		
Évaluation	70 000		
Imprévus	280 000		
TOTAL GENERAL	10 000 000	9 887 989	98,9%

6.5.2. Bilan des activités réalisées

Principales activités	Éléments descriptifs
-----------------------	----------------------

Amélioration des plateaux techniques (équipements, consommables et médicaments)	<p>Fourniture d'équipements médicaux en lien avec les SONU:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fourniture de boîtes d'instrument chirurgicaux (lot 1) - Fourniture d'équipements et matériels SMI-PF (lot 2) - Fourniture d'équipements de réanimation néonatale (lot 3) - Fourniture d'équipements et de matériels de soins obstétricaux et néonataux (lot 4) - Fourniture d'équipements et matériels de techniques opératoires (lot 5)
Renforcement des capacités du personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> - 16 champions SONU formés - Formation du personnel des hôpitaux aux comportements respectueux et sensibilisation sur les signes de danger et recours précoce aux soins envers les femmes enceintes et accouchées (4 sessions) - Formation continue d'un ingénieur biomédical et d'un cadre en ressources humaines - Frais de scolarité de la formation online en Master de santé publique d'un cadre sage-femme - Formation en santé communautaire de deux cadres - Edition à 6.000 exemplaires d'un Manuel de Formation SONU/PF/SAA - Une 30aine de sessions de formations intégrées sur les SONU/PF/SAA, 600 agents qualifiés - Appui à la mise en place d'un centre de simulation gynéco-obstétrique au CHU-MEL incluant la fourniture de matériel pédagogique (équipement de démonstration sur mannequin)
Appui à l'ANTS et aux CDTs	<ul style="list-style-type: none"> - Formation de 110 animateurs de radio/TV et journalistes sur la TS pour une meilleure communication - Activités de sensibilisation et de promotion du don du sang en partenariat avec 11 radios locales (12 initialement prévues) <p>Installation et renforcement de 10 cellules universitaires de promotion du don du sang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2014: installation, 724 poches de sang collectées - 2015, 2016: renforcement de la cellule de Parakou - 2018: renforcement <p>Appui à la collecte de sang en équipes mobiles dans les CDTs</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2015: 80 collectes, 3743 poches - En 2018: 123 collectes, 5066 poches <div data-bbox="740 1379 1294 1704" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: center;"><i>Banderole de promotion du sang</i></p> <p>Formations</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 sessions de formation internationale en pathologies hématologiques (diagnostic en hématologie, hémogramme), 368 agents (médecins, pharmaciens, biologistes et biotechnologistes) formés, 183 en 2017 et 185 en 2018 - Formation des utilisateurs de sang et dérivés sur les bonnes pratiques en matière de transfusion sanguine (242 infirmier.e.s, sages-femmes et anesthésistes-réanimateurs formés) - Formation de 61 paramédicaux des services de néonatalogie sur les complications transfusionnelles

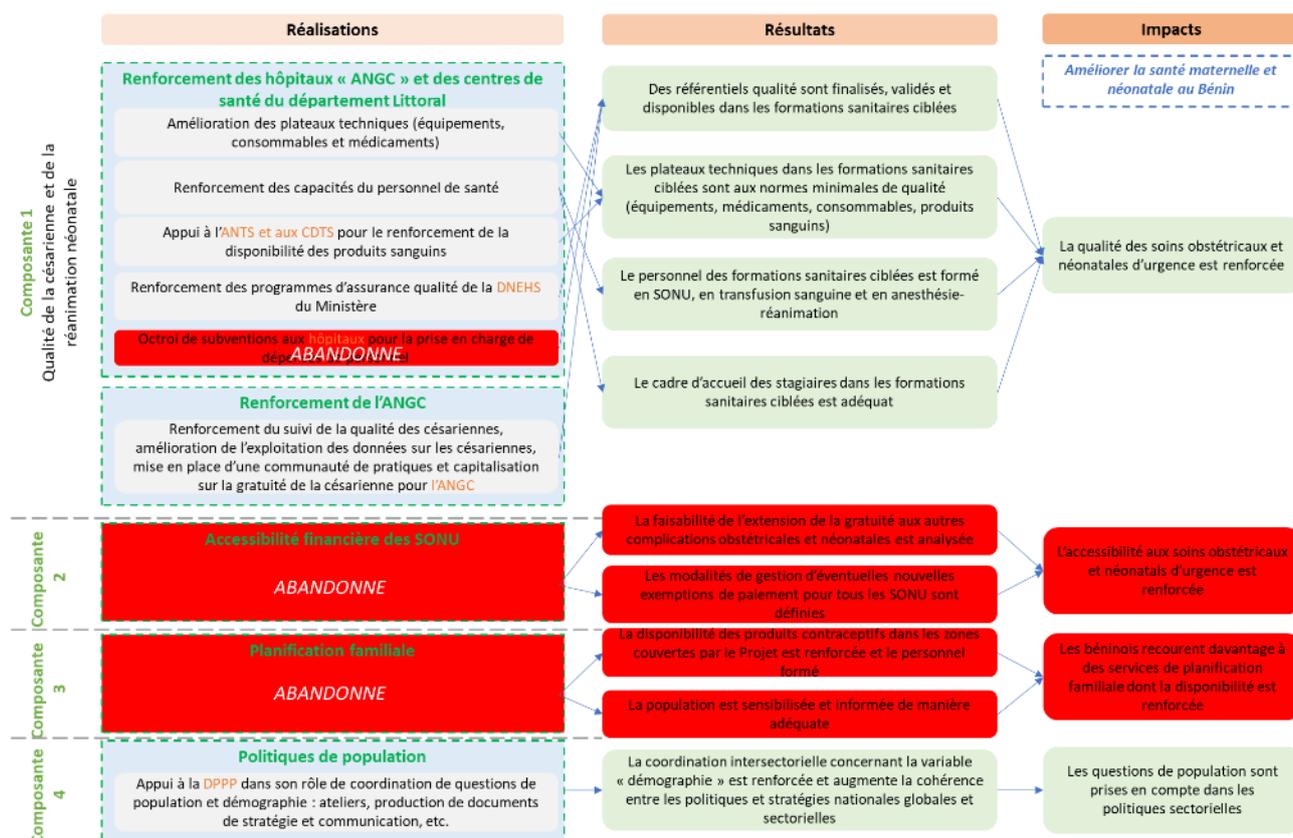
	<ul style="list-style-type: none"> - Formation de 55 biotechnologistes sur les procédures de validation des réactifs en transfusion sanguine <p>Actualisation, édition et diffusion de 3.500 exemplaires du Guide des bonnes pratiques en transfusion sanguine et de 1.500 exemplaires du Mémento de l'acte transfusionnel</p> <p>Appui au Centre de Formation professionnelle de Transfusion Sanguine (CFPTS): Fourniture d'équipements informatiques en 2017 (année d'ouverture), financement des frais de scolarité de la 2e promotion. 38 paramédicaux (2 promotions) formés en 2017 et 2018.</p> <p>Equipements, matériels, consommables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisition de divers équipements et matériel techniques: 14 banques de sang, 3 laveurs de Coombs, 2 pèse-poches, 4 scelleuses électriques au profit des AD-ANTS et des PTS - Achat de 48.000 poches à sang et transfuseurs - Acquisition d'un véhicule de supervision
Renforcement des programmes d'assurance qualité de la DNEHS	<p>Ateliers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atelier d'échange sur les enjeux de l'accréditation des formations sanitaires pour offrir des SONU de qualité - Atelier pour l'élaboration d'un avant-projet de cadrage pour l'ONAS <p>Elaboration de référentiels et standards d'accréditation en santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 sessions de travail en 2015 - Expérimentation du référentiel au CHD Zou-Collines en 2017 - Edition de la fiche de collecte de données des indicateurs <p>Participation de 2 cadres hospitaliers au RESHAOC</p> <p>Formation en audit qualité des services de santé (référentiels ISO 9001), 8 participants</p> <p>Démarche qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervision de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre des plans d'amélioration au niveau des 4 CHD pilotes de l'introduction de la démarche qualité - Introduction de la démarche qualité dans 6 hôpitaux pilotes <p>Édition du document de stratégie nationale de référence contre-référence</p> <p>Acquisition d'un véhicule</p>
Appui ANGC	<p>Ateliers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atelier sur les bonnes pratiques de gestion de la gratuité de la césarienne - Organisation de la semaine d'échanges entre les acteurs de la gratuité de la césarienne avec identification des meilleures pratiques - Organisation de l'atelier d'harmonisation des kits de césarienne utilisés dans les hôpitaux agréés (deux kits de césarienne harmonisés disponibles) <p>Etudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etude des coûts des césariennes et autres urgences obstétricales et néonatales (réalisation en 2015, restitution en 2016) <p>Production et diffusion du répertoire sur les bonnes pratiques de la gestion de la gratuité de la césarienne</p> <p>Acquisition d'un véhicule</p>
Planning familial	<p>4 campagnes de sensibilisation des leaders d'opinions sur le repositionnement de la Planification Familiale couplée à l'offre gratuite des méthodes de PF et du dépistage du VIH/SIDA (2.000 nouvelles acceptantes toutes méthodes PF confondues, 2 cas de VIH dépistés en milieu scolaire et orientés)</p>

	<p>Formations:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation de 120 formateurs nationaux sur l'approche HBB - Formation de 140 prestataires des maternités publiques du Littoral sur l'approche HBB <p>Organisation de deux éditions de la semaine de la survie de l'enfant, en collaboration avec l'UNICEF (2014: Interventions dans 6 communes; 2017: interventions dans 8 communes)</p> <p>Participation au programme CORARE de recherche et de promotion de l'éducation sexuelle en milieu scolaire + film pédagogique (une poursuite de l'action était inscrite au PTA 2018 mais n'a pas été menées à bien).</p>
Politiques de population	<p>Formation d'une vingtaine de membres de la commission sur les méthodes et les outils d'intégration des questions de population</p> <p>Organisation d'évènements de sensibilisation et de plaidoyer "dividende démographique" :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conférences universitaires, Sensibilisation à la dynamique démographique, santé de reproduction, défi et enjeu pour la jeunesse (2015: 200 participants à l'Université de Parakou, 80 étudiants à l'Université d'Abomey-Calavi; 2018: Université d'Abomey-Calavi, à l'Université de Parakou, Tchaourou et Porto Novo) - Séminaire avec les parlementaires, participation d'une douzaine de députés - Célébration de la Journée Mondiale de la Population, sensibilisation population de Ketou, donation à Ecoles de coiffure, Ecoles primaires, Orphelinat - Séminaire pour le collège des Maires (Association Nationale des Communes du Bénin) <p>Ateliers techniques de réflexion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la Commission Nationale de Population (plateforme pour renforcement des activités départementales): sensibilisation des membres des conférences départementales aux enjeux de population (à l'exception de la commission de l'Atlantique Littoral) et appui à la rédaction de leur plan d'action annuel (5 drafts de feuilles de route pour 2016 élaborées) - dans le Département de l'Atlantique-Littoral pour renforcement des activités départementales <p>Supports:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un dépliant sur la Politique Nationale de Population (2013-2025), élaboré en 2015 et édité à 1.000 exemplaires en 2018 - Réalisation de la plaquette "Population et Développement: quels défis pour le Bénin?", éditée à 1.000 exemplaires <p>Fourniture d'équipements informatiques et acquisition d'un véhicule</p>
	<p>Fourniture d'équipements de protection Ebola (tentes, équipements de protection individuelle)</p> <p>1ere Conférence nationale sur l'épidémie de la Fièvre hémorragique à virus Lassa au Bénin: atelier de retour d'expérience sur les modalités de réponse</p> <p>Appui à l'élaboration du Projet d'Etablissement Hospitalier du CNHU-HKM de Cotonou</p>

Zoom sur le cadre logique actualisé :

Compte-tenu de la refonte en profondeur du projet et l'abandon des deux volets sur 4, un certain nombre d'activités n'ont pu être menées à bien, ni les résultats associés obtenus. Le principal impact du projet se concentre sur l'amélioration des plateaux techniques et le renforcement de capacités des professionnels de santé sur SONU/SAA/PF avec plus de 1000 personnes formées. Le projet a par ailleurs contribué aux renforcements de la Direction des programmes et politiques de populations, de l'ANTS et par conséquent à une augmentation de la

collecte de sang, et au développement de programmes d'assurance qualité au niveau hospitalier. Les résultats attendus sur l'accessibilité financière des SONU et la planification familiale n'ont en revanche pas été atteints.



6.5.3. Prolongements du projet – Etat en mars 2021 et perspectives

Type d'activités	Prolongement
Equipements, matériels et consommables	<p>Le volet équipement du PASMI visait l'amélioration des plateaux techniques de l'ensemble des structures hospitalières agréées pour la réalisation de césariennes, les centres de santé réalisant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence du département Atlantique-Littoral, et les centres départementaux de transfusion sanguine. Au final, 42 hôpitaux, 17 centres de santé et 6 CDTs ont reçu des dotations en équipements (réanimation néonatale, opérations, SONU, démonstration SONUC, banques de sang), matériels (SMI/PF, techniques opératoires, transfusion sanguine), et consommables (chirurgie, poches de sang et transfuseurs).</p> <p>Ces fournitures ont été effectives lors des deux dernières années du projet (2017-2018), l'installation et la mise en route des équipements sont donc encore plus récentes. Les visites de terrain et les entretiens²⁴ avec les directions des entités bénéficiaires (DSME, DNEHS, ANTS) concordent sur le bon niveau d'utilisation des équipements (équipements installés, opérationnels, utilisés, protocoles d'utilisation et d'entretien en place, contrat de maintenance après-vente toujours en vigueur), ainsi que sur une amélioration induite de la qualité des soins (qu'un audit des pratiques permettrait d'apprécier plus précisément). Des difficultés dans la mise en œuvre de la stérilisation ont cependant été rapportées dans plusieurs structures de santé principalement liées à la vétusté du matériel de stérilisation, matériel qui n'a pas été fournis dans le cadre du projet.</p>

²⁴ Pour rappel, 5 visites et 30 entretiens ont été menés à bien dans le cadre de la mission terrain, fin février-début mars 2021.

Formations des professionnels de santé	<p>Le volet formation s'est concentré sur l'acquisition et la meilleure maîtrise de connaissances et compétences de base en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, en planning familial et en transfusion sanguine, contribuant ainsi à une remise à niveau nécessaire à grande échelle (près d'un millier de personnes formées : environ 600 en SONU/PF/SAA, 120 en transfusion sanguines, 368 en pathologies hématologiques). Les actions de renforcement de capacité ont été réalisées, à hauteur des attendus. Les termes de références et rapports de formation qui ont pu être examinés indiquent un bon niveau de qualité dans la mise en œuvre de cette composante.</p> <p>Parmi les points remarquables de la composante formation on trouve la diffusion à l'échelon départemental du dispositif "Champions SONU" (réseau d'ambassadeurs internes et de formateurs) auparavant mis en place au niveau central, ainsi que la création du centre de télé-simulation et de télé-formation au CHU-MEL. Ce dernier (visité dans le cadre de la mission terrain) apparaît fonctionnel et propre. Il permet la mise en place de sessions d'exercices pratiques et des études de cas avec du matériel de prise d'image et de son directement connecté à la salle d'accouchement, prioritairement à destination de sages-femmes en formation initiale et continue.</p> <p>Les visites de terrain et les entretiens avec les directions des entités bénéficiaires (DSME, ANTS) relèvent une diffusion des bonnes pratiques. Des exemples concrets de mise à jour des pratiques selon les évidences scientifiques les plus récentes ou d'adoption de nouvelles pratiques à la suite des formations ont ainsi été identifiées (exemples : utilisation non systématique de l'ocytocine pendant le travail, protocole de prise en charge des prééclampsies / éclampsies avec recours au sulfate de magnésium, inclusion du dispositif intra-utérin en post-partum immédiat dans l'offre contraceptive, prise en charge des hémorragies de la délivrance par tamponnade utérine). Les professionnels de santé ayant suivi des formations et les formateurs interrogés ont fait état d'un sentiment de renforcement des compétences et d'amélioration des pratiques, de même que d'une amélioration de la confiance en soi pour les professionnels exerçant dans des structures ayant un volume d'activité moindre (par exemple sur l'utilisation de la ventouse obstétricale ou de l'aspiration manuelle intra utérine). Les résultats des pré et post-tests disponibles pour 2 sessions de formation ont fait état d'une amélioration des connaissances de 90% sur les SONU dont les soins après avortement et la planification familiale</p> <p>Le résultat global des actions de renforcement de capacités est naturellement atténué par le fort turn-over des professionnels de santé et le besoin régulier de recyclage non inclus dans la conception du projet, malgré la durée de celui-ci. Après le projet, le prolongement des actions de renforcement des capacités repose donc sur le ministère de la santé, qui termine (en mars 2021) l'élaboration de son plan stratégique d'infrastructure, d'équipements et de ressources humaines, ainsi que sur les financements mis en place par d'autres partenaires techniques et financiers type UNFPA.</p>
Planning familial	<p>Les actions relatives au renforcement de la demande en matière de planning familial prévues ont été largement abandonnées en 2016 lors de la restructuration du projet. Le planning familial apparaît donc essentiellement dans l'amélioration de la qualité de l'offre de soins (formation des personnels), ainsi que dans les actions de sensibilisation (campagnes de sensibilisation des leaders d'opinion sur le repositionnement de la planification familiale couplée à l'offre gratuite des méthodes de PF et du dépistage du VIH/SIDA) et de formation (formation de formateurs et de prestataires des maternités publiques du Littoral sur l'approche HBB) menées en 2014.</p> <p>Une activité d'éducation complète à la sexualité des adolescents a été ajoutée en 2017 au cadre logique (appui au programme "Connaître son corps, réfléchir à ses choix, et améliorer les relations de genres à l'école" -CORARE- de promotion de l'éducation sexuelle en milieu scolaire) et confiée à Yannick Jaffré, anthropologue et directeur de recherche au CNRS, reconnu pour ses travaux sur la SMI en Afrique de</p>



		l'Ouest. Malgré ses résultats (réalisation et dissémination de 10.000 livrets et d'un film pédagogique).8).
Politiques population	de	Le soutien apporté aux politiques de population, qui a consisté notamment à mobiliser un expert démographe sur le thème du dividende démographique, a aidé le Bénin à intégrer le projet <i>Sahel Women's Empowerment and Demographics</i> (SWEDD) de la Banque mondiale en 2020.

6.5.4. Impacts du projet

Certains des indicateurs d'impact en lien avec les objectifs mentionnés dans le cadre logique du projet ont été rassemblés dans le tableau suivant. Ces indicateurs ont été renseignés sur la base des Enquêtes Démographiques Santé (EDS) (mentionnée comme source dans le cadre logique) qui ne présentent pas les données à l'échelle des régions médicales mais à l'échelle des « Grandes Régions ». L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'obtenir les données issues du système d'information sanitaire et en l'absence d'un système de suivi des indicateurs mis en place dans le cadre du projet, une partie des indicateurs n'a pas pu être renseignée. L'analyse de ces données est donc à envisager avec beaucoup de précautions. Le cadre logique initial ne précisait pas de données baseline ni de cibles pour les différents indicateurs. L'atteinte des objectifs ne peut donc pas être appréciée sur la base de l'analyse des indicateurs. Enfin, compte tenu du fait que différents projets ont été mis en place dans le domaine de la SSRMNIA au Bénin, rien ne permet de conclure que le PASMI est à l'origine l'évolution des indicateurs.

Indicateurs	Sources	2011-2012	2017-2018
Taux de mortalité maternelle	Banque mondiale	24	391
Quotient de mortalité néonatale	EDS	25	30

6.6. Faits marquants intervenus post-achèvement

» Projet EQUITE avec la Coopération Belge

Un nouveau projet santé EQUITE a été instruit en 2019, octroyé en juin 2019, en partenariat avec le Ministère de la santé et sous maîtrise d'ouvrage d'Enabel (coopération technique belge). Il a démarré à l'automne 2019. Le projet est essentiellement centré sur le seul département des Collines (centre du Bénin), concerne l'ensemble des structures sanitaires -niveaux 1, 2 et 3-, et porte sur les maladies non-transmissibles (MNT), les SONU, le genre, le renforcement des ressources humaines en santé (et les institutions de formation), et le développement du système de santé local. Un appui est également apporté au service de pédiatrie-néonatalogie et une partie du CHU de Parakou (Département du Borgou) au titre des liens entretenus avec le Département des Collines voisin. Il poursuit certaines des réalisations du PASMI : renforcement de l'offre de soins, des ressources humaines dans le secteur de la santé (soutien à INMES et à IFSIO), de la gouvernance du Ministère de la santé. Le projet a souffert d'un peu de retard à cause de la COVID, mais les commandes de matériel sont d'ores et déjà passées à fin 2020.

6.7. Analyse de la performance du projet

Critères d'évaluation	Forces	Faiblesses
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> + Le projet apporte des réponses à des besoins forts et avérés du système de santé béninois en termes de formation et d'équipements, même sur certains éléments de conception auraient pu être améliorés (voir ci-contre). + Le projet s'est appuyé sur l'engagement du gouvernement béninois en termes de SMI, que symbolisent la création antérieure de l'Agence nationale de la gratuité de la césarienne, dispositif innovant reconnu, l'adhésion du Bénin au partenariat de Ouagadougou pour la promotion de la planification familiale, et sur les réflexions en cours au sein du ministère du développement, de l'analyse économique et de la prospective sur le thème des politiques de population. + Des activités prévues dans la totalité des structures hospitalières habilitées pour les SONU. + Des dotations matérielles et des formations qualifiées et dimensionnées à partir d'évaluations spécifiques des besoins 	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet a été confronté dès son instruction au défi de construire un programme ambitieux (en termes de montant de l'aide et de la couverture géographique, notamment) avec un nouveau partenaire pour l'AFD (ministère de la santé béninois). Pour mémoire, la santé n'est jamais apparue comme secteur de concentration de l'AFD au Bénin, qui n'avait qu'une connaissance succincte des bénéficiaires et des stratégies d'acteurs au moment de l'instruction du projet - Les difficultés rencontrées lors du démarrage dans l'établissement de coopérations efficaces entre parties prenantes et dans la mise en place d'une coordination de projet reconnue et convenablement appuyée sont les principaux facteurs retenus pour expliquer la faible performance initiale du projet, qui n'a pu être corrigée qu'au prix d'une révision profonde de son cadre logique. - Certains bénéficiaires ne disposaient pas des capacités suffisantes à la bonne réalisation des activités qu'il était prévu de leur confier (DSME, D3P) - La logique de combiner des actions de livraison d'équipements et de renforcement de capacités était robuste, mais n'a pu déployer tous ses bénéfices par manque de synchronisation, en particulier liée à une livraison tardive de la plupart des équipements. - Les volets de renforcement de la demande initialement prévus ont largement été abandonnés lors de la remise à plat (simplification et priorisation de l'amélioration des plateaux techniques) du projet en 2016. - Le projet n'a pas fait l'objet d'un véritable système de suivi-évaluation. Aucun indicateur de résultat n'a été défini ni suivi.

Cohérence	<ul style="list-style-type: none"> + Un dialogue continu a bien été établi et maintenu avec les autorités nationales bénéficiaires du projet. Il a été particulièrement renforcé compte tenu des difficultés qu'a rencontrées le projet et des ajustements apportés à sa coordination en 2016. Le PASMI s'est toujours inscrit en cohérence avec les politiques et stratégies gouvernementales pour la SMI. + Le dialogue est également établi avec l'OMS, qui intervient au Bénin sur fonds Muskoka multilatéral (appui stratégique auprès du ministère de la santé). + L'AFD soutient depuis 2020 le projet EQUITE qui poursuit certaines activités du PASMI (appui au secteur de la santé dans le département des Collines) sous maîtrise d'ouvrage Enabel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'évidence d'une véritable coordination entre bailleurs à l'époque du projet, ni de la recherche de coopérations opérationnelles à l'exception de quelques coréalizations ponctuelles (UNICEF pour la semaine de la survie de l'enfant). Il aurait ainsi été intéressant de s'insérer dans des activités déjà portées par ailleurs par les bailleurs du secteur de la santé pour maximiser la portée des résultats recherchés.
Efficience	<ul style="list-style-type: none"> + Le chef de projet et le bureau de l'AFD à Cotonou se sont appuyés en automne 2015 sur des irrégularités dans les dépenses pour discuter avec le ministère de la santé d'une restructuration majeure du PASMI, avec une révision de son cadre logique et un changement de sa coordination, avec des résultats bénéfiques et la bonne fin du projet en 2020. + 6,5M€ dépensés pour l'acquisition d'équipements, de matériels et de consommables, dans le respect des dispositions du manuel de procédures 	<ul style="list-style-type: none"> - S'agissant de la première expérience de l'AFD dans le secteur de la santé au Bénin, le temps d'apprentissage commun n'a pas suffisamment été anticipé et intégré dans le montage du projet. - La mise en œuvre du projet a souffert de difficultés organisationnelles et opérationnelles majeures, qui ont entraîné des retards importants subis en début de projet (mise en place de la coordination, recrutement de l'assistance technique, élaboration du manuel de procédures) d'une durée de 2 ans. - De graves problèmes de gestion révélés en 2015 (112.500 € de dépenses portées en réserve) ont entraîné deux suspensions des décaissements de plusieurs mois en 2015-2016. - Des éléments indicateurs d'une carence en compétence de passation de marchés. - L'apport de l'assistance technique paraît assez inégal selon les activités. Des interrogations relatives à certaines opérations confiées à l'assistance technique, qui auraient pu être assurées par les bénéficiaires (recrutement d'une experte locale déjà connue de la DSME)

<p>Efficacité</p>	<ul style="list-style-type: none"> + Des activités en renforcement de capacités réalisées globalement à la hauteur des attendus, bien ciblées en matière de thématiques, dans une logique de formation en cascade équilibrée. Les sujets ont été priorisés sur la base d'évaluations nationales sur les SONU et l'atteinte de l'OMD 5 et d'une évaluation des besoins en formation réalisées par l'AT. Elles ont permis la formation de plus de 1000 agents (volets SONU et transfusion sanguine confondus). + Les professionnels de santé ayant suivi des formations et les formateurs interrogés ont fait état d'un sentiment de renforcement des compétences et d'amélioration des pratiques. Les institutions bénéficiaires ont par ailleurs exprimé une satisfaction assez nette des activités de renforcement de capacité. + Les résultats des pré et post-tests disponibles pour 2 sessions de formation ont fait état d'une amélioration des connaissances de 90% sur les SONU dont les soins après avortement et la planification familiale + Le projet a permis de diffuser le dispositif des champions SONU ce qui a été identifié comme une bonne pratique par les autorités sanitaires. + Concernant le volet équipement, les données disponibles indiquent une définition et dissémination appropriée à l'échelle du projet qui a principalement ciblé le volet hospitalier. La typologie des équipements fournis et les quantités semblent avoir répondu aux besoins prioritaires et tenu compte des normes par niveaux de structures de soins. Lors de l'évaluation, les principaux équipements livrés dans les structures visitées étaient fonctionnels, et semblaient globalement utilisés, avec des procédures d'entretien en place et des contrats de maintenance toujours en vigueur au 1er trimestre 2021. En cela le principal objectif visé par le volet 1 de la théorie du changement apparaît atteint. + Le projet a, par ailleurs, permis l'élaboration de documents normatifs et de procédures en lien avec l'Assurance Qualité et l'accréditation hospitalière, qui a permis l'implémentation de la démarche qualité dans 9 hôpitaux. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les actions de renforcement de capacité ont pris en compte de façon partielle certaines composantes de la qualité des soins. Les dimensions non médicales (accueil, relation de soins, expérience patient, prise en compte des déterminants socio-culturels) ont été traitées de façon moins systématiques. Ces dimensions n'ont pas été totalement ignorées, mais très peu d'exemples concrets ont pu être identifiés. - Les actions de renforcement de capacité ne semblent pas avoir intégré des contenus dans une optique d'approche de genre. - L'évaluation n'a pas eu connaissance de processus spécifique de sélection de stagiaires permettant de limiter le turn-over du personnel formé. - Compte tenu de l'abandon de la composante 3 en lien avec le renforcement de l'offre et de la demande en planification familiale, le projet à principalement ciblé le volet offre de service. Les effets du projet sur les barrières d'accès aux soins ont par conséquence été limités. - Des actions de renforcement de capacités pertinentes mais globalement décorrélées de la livraison des équipements - Les activités liées aux équipements ont connu d'importants retards. - Concernant les équipements, des difficultés dans la mise en œuvre de la stérilisation ont été rapportées dans plusieurs structures de santé principalement liées à la vétusté du matériel de stérilisation, même si certains autoclaves ont été prévus sur la base de l'expression des bénéficiaires mais qui semblent ne pas l'avoir été en quantité suffisante. L'inclusion systématique d'équipements de stérilisation (tels que des autoclaves) aurait permis de palier aux problèmes de stérilisation rencontrés dans certaines structures et de mieux garantir le respect des précautions standards universelles
-------------------	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> + L'appui à l'ANTS a permis entre autres l'achat de 48 000 poches à sang et transfuseurs. + Des actions de renforcement des capacités d'agir des adolescents sur leur santé sexuelle et reproductive ont été menées via l'appui au programme CORARE de promotion de l'éducation sexuelle en milieu scolaire (réalisation et dissémination de 10 000 livrets et d'un film pédagogique). + Un soutien aux stratégies nationales de population conforme aux attendus pour les actions de sensibilisation. 	
Durabilité	<ul style="list-style-type: none"> + Des effets toujours sensibles du projet en termes d'amélioration des plateaux techniques et des pratiques professionnelles, en lien avec la mise en œuvre encore récente des activités correspondantes. + Concernant le renforcement de capacités, le projet a essentiellement contribué à combler des lacunes dans la formation de base en SONU et PF. + Au niveau des équipements, la bonne utilisation s'appuie sur des formations dispensées par le fournisseur lors de la livraison et de l'installation, sur des protocoles formels et sur des contrats de maintenance après-vente toujours en place en 2021. + Poursuite de l'engagement politique des autorités béninoises en faveur de la SMI. Le ministère de la santé doit présenter au printemps 2021 un nouveau plan d'infrastructure, d'équipements et de ressources humaines. 	<ul style="list-style-type: none"> - La durabilité des principaux résultats directs du PASMI est structurellement faible : elle est notamment limitée à la durée de vie efficace des équipements fournis et à la durée de mise en application effective des formations reçues. Elle est également fortement dépendante des stratégies et pratiques futures des bénéficiaires, en particulier la gestion des équipements (approvisionnement en consommables et petits matériels nécessaires, programmes d'entretien, de maintenance, de renouvellement et d'achat de nouveaux équipements) et la gestion des ressources humaines (fidélisation des personnels, politiques de formation initiale et continue, y compris recyclage). - Il n'a pas été prévu d'actions de recyclage auprès des personnes formées pendant le projet . - Les contrats de maintenance après-vente ont une durée limitée et les besoins ultérieurs devront être pourvus par les établissements, de même que le réapprovisionnement en petit matériel et consommables. - Le système de santé béninois continue à faire état de besoins très importants (liés à l'intensification de la demande sociale) par rapport aux ressources dont il dispose (que celles-ci proviennent des patients, des structures caritatives ou des contribuables). Ceci fait peser un risque accru sur la durabilité des résultats du PASMI, et cadre avec une forte demande des bénéficiaires interrogés quant à la mise en œuvre d'un « PASMI 2 ». -

7. Récit détaillé et analytique des projets - République centrafricaine

7.1. Présentation du contexte et de son évolution

Le Projet RUBAN réalisé en Centrafrique entre 2014 et 2015 est un projet « *fast-track* » répondant à une situation d'urgence à la suite du coup d'état par la Séléka en 2013 touchant le pays dans son intégralité et conduisant à une situation humanitaire grave (classée niveau 3, niveau maximal de l'urgence humanitaire selon les Nations Unies) avec près d'un million de personnes déplacées. La situation de quasi-guerre civile provoquée par le coup d'état a conduit à l'effondrement presque total du système de santé avec des dégradations significatives des bâtiments, un manque important en consommables et médicaments, et une forte indisponibilité du personnel soignant ayant fui ou n'ayant plus accès aux structures de santé pour des raisons sécuritaires. Cette crise est venue affecter un secteur de la santé déjà faible structurellement et fortement dépendant de l'aide extérieure sur le plan du financement. Le contexte sanitaire était déjà caractérisé par une dégradation continue de tous les indicateurs de santé depuis une quinzaine d'années. Ainsi, le pays présente des taux de mortalité maternelle (882 pour 100.000 naissances vivantes en 2015) et infantile (131 pour 1.000 naissances) parmi les plus élevés du monde et une prévalence très élevée des maladies transmissibles.

7.2. Description du projet

» Objectifs généraux

Lancé en mars 2014 et clôturé en octobre 2015, le projet RUBAN de 1,5M€ « Réponse d'Urgence à Bangui » ou « Relance de l'offre de soins de la qualité des services de santé maternelle et infantile à Bangui » a ainsi été instruit en un temps très réduit début 2014 et visait à **répondre aux besoins urgents des populations et notamment les catégories les plus vulnérables (femmes enceintes/allaitantes et enfants de moins de 5 ans) par le renforcement de l'offre de soins et le soutien psychosocial dans le bassin de population sanitaire de Bangui**. Il visait notamment à :

- Assurer la disponibilité de services de santé de qualité pour les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que pour les enfants de moins de cinq ans dans 4 circonscriptions sanitaires de la ville de Bangui et sa périphérie
- Poursuivre le renforcement de la formation des personnels de santé, en particulier des infirmiers et des sages-femmes et le renforcement des capacités de la Région Sanitaire
- Contribuer à la prise en charge et la réduction de l'incidence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans
- et contribuer à la cohésion sociale en favorisant la disponibilité de services essentiels de santé mentale et de soutien psychosocial communautaire

» Description du projet

Le projet s'organisait autour des composantes suivantes :

- **Composante 1 : Rétablir/renforcer l'offre de soins en accompagnant 5 FOSA (structures de santé) et apporter un soutien psychosocial à base communautaire.** Le Projet vise notamment à **réhabiliter les bâtiments** en fonction des besoins précis des 5 sites ciblés, **fournir** des équipements, médicaments et consommables, **renforcer les compétences** du personnel de santé et notamment soins prénataux, SONU

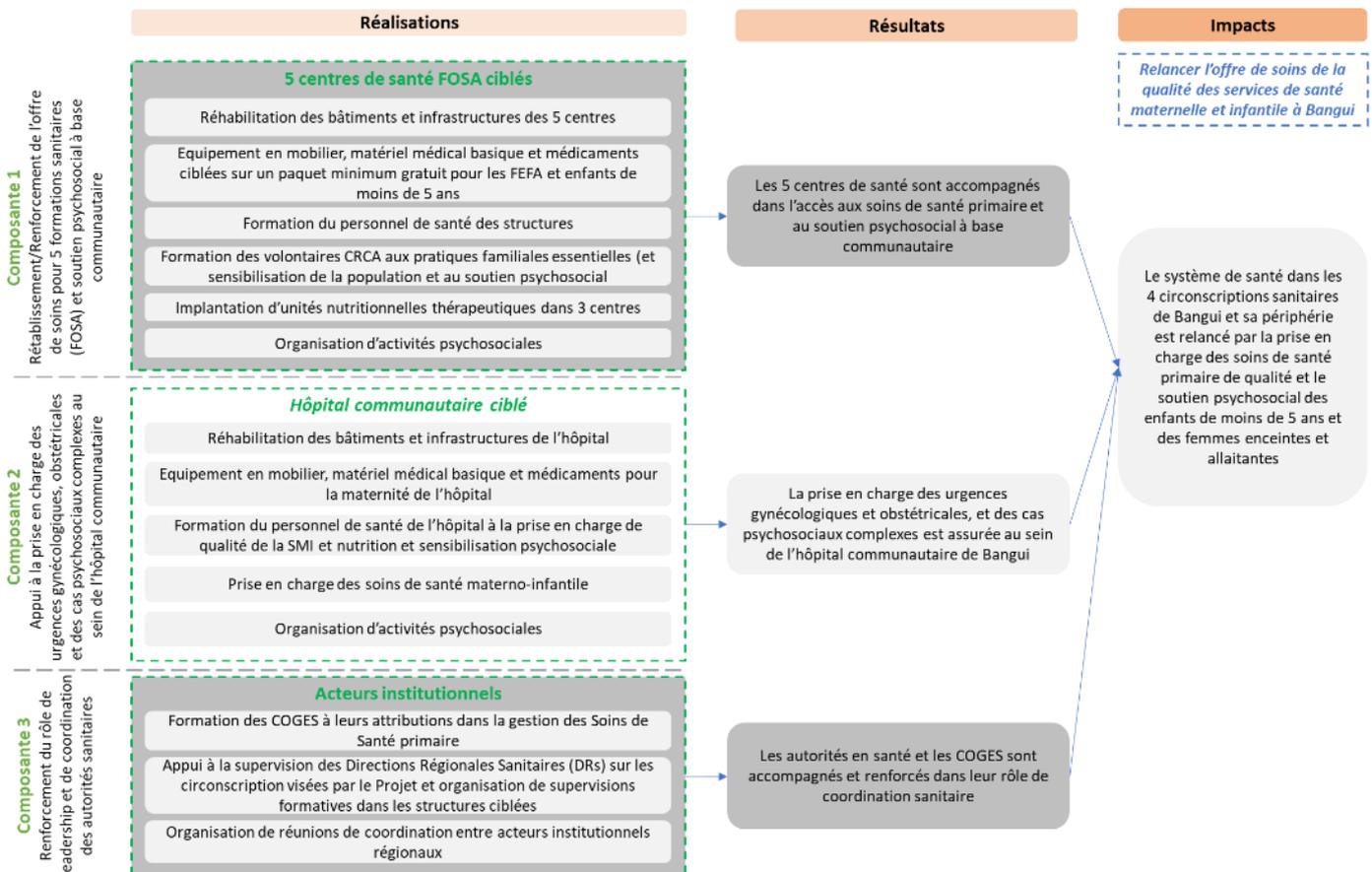
etc., travailler sur la malnutrition aiguë des enfants et délivrer un service essentiel d'**appui psychosocial** à l'échelle communautaire.

- **Composante 2 : Assurer la prise en charge des urgences gynécologiques, obstétricales et des cas psychosociaux complexes au sein de l'hôpital communautaire.** Le Projet vise de la même manière que pour les 5 centres de santé à **réhabiliter** les bâtiments de l'hôpital communautaire, **fournir** des équipements, consommables et médicaments et renforcer la formation du personnel de santé sur la prise en charge des complications.
- **Composante 3 : Renforcer le rôle de leadership et de coordination des autorités sanitaires.** Le Projet prévoyait également de **renforcer les structures locales** : les Comités de Gestion (COGES) dans la gestion des soins de santé primaire, et les Directions Générales de Santé dans la supervision des structures sanitaires et circonscriptions. Il visait également le renforcement de la demande de santé par les communautés.

Comp.	Réalisations	Bénéficiaires	
1	Réhabilitations des bâtiments, système d'eau, latrines et d'élimination des déchets	5 FOSA	
	Équipement en mobilier, matériel médical basique, approvisionnement en médicaments pour la mise en œuvre du paquet minimum d'activités gratuit pour les FE/FA et enfants de moins de 5 ans		
	Formation du personnel de santé à la prise en charge de qualité de la santé materno-infantile et nutrition et sensibilisation à l'approche psychosociale		
	Appui à la prise en charge des soins de santé materno-infantile: consultations pré et post natales, accouchements sans complication, soins du nouveau-né, dépistage et prise en charge de pathologies courantes et référencement des cas complexes		
	Formation des agents de santé sur l'utilisation de l'échographe et interprétation des images pour les échographies pelviennes et obstétricales.		2 FOSA (Bédé Combattant, Castors)
	Implantation des Unités nutritionnelles thérapeutiques ambulatoires. Dépistage communautaire.		3 FOSA (Castors, Fatima et Henry Dunant)
	Formation de volontaires aux pratiques familiales essentielles (PFE), planification familiale et lutte contre la malnutrition. Formation de volontaires CRCA au soutien psychosocial.		Croix-Rouge centrafricaine CRRCA
Organisation des séances de sensibilisation des femmes enceintes et allaitantes aux pratiques familiales essentielles et planification familiale	Femmes enceintes / allaitantes		
Organisations d'activités psychosociales (sensibilisation, groupes de discussion, entretiens individuels, activités occupationnelles)	Communautés		
2	Réhabilitation du bâtiment, système d'eau, latrines et d'élimination des déchets	Hôpital communautaire de Bangui	
	Équipement en mobilier, matériel médical basique et approvisionnement en médicaments de la maternité		
	Formation du personnel de santé à la prise en charge de qualité de la santé materno-infantile et nutrition et sensibilisation à l'approche psychosociale		
	Formation des agents de santé sur l'utilisation de l'échographe et interprétation des images		
	Prise en charge des soins de santé materno-infantile (cas référés et patients spontanés) Organisation d'activités psychosociales		
3	Formation des COGES à leurs attributions dans la gestion des Soins de Santé Primaires	COGES	

Organisations de supervisions (formatives) mensuelles conjointes dans les structures sanitaires ciblées avec les responsables en santé (DRS)	Circonscriptions sanitaires
Organisation de réunions de coordination DRS - Circonscription sanitaires et/ou avec les partenaires	
Organisation de réunions de SSP (Circonscriptions sanitaires ciblées avec les FOSA sous leur juridiction)	
Appui à la supervision (administrative et technique) autonome de la DRS sur les Circonscriptions sanitaires ciblées par le projet	

⇒ Pour une analyse plus fine de la logique d'intervention, se reporter au DLI ci-dessous :



» Bénéficiaires

Le projet était dirigé vers les bénéficiaires suivants :

- **5 Formations Sanitaires²⁵ (FOSA)** / niveau soins de santé primaires dans trois arrondissements de Bangui (3ème, 5ème et 8ème arrondissement) et sa périphérie : les centres de santé de Guitangola, Bédé Combattant, Notre Dame de Fatima, Henry Dunant et les Castors ;
- **La Croix-Rouge de République centrafricaine (CRRCA)**, partenaire de la Croix-Rouge française, et notamment ses volontaires qui ont bénéficié de formations aux pratiques familiales essentielles (PFE), planification familiale et lutte contre la malnutrition, ainsi qu'au soutien psychosocial ;
- **L'Hôpital Communautaire** dans Bangui, hôpital de référence pour les FOSA ciblées ;

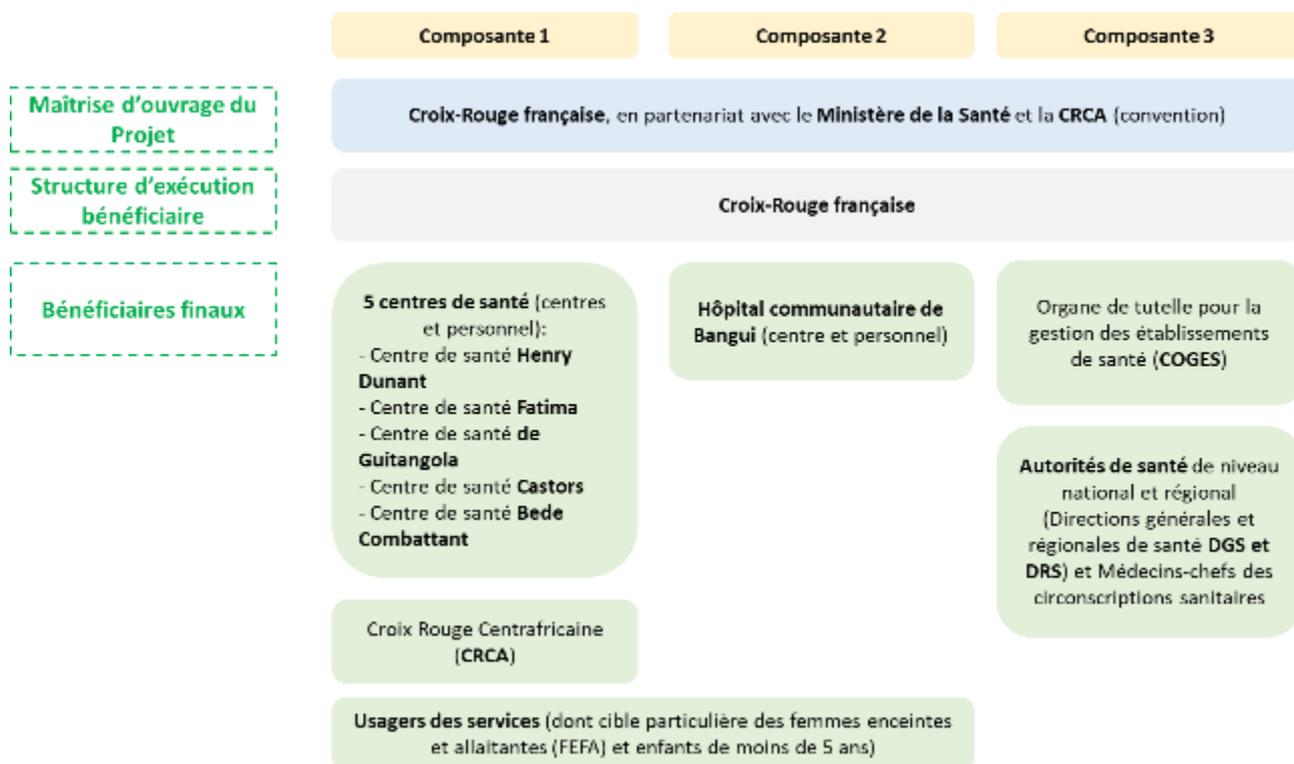
²⁵ Dans le contexte de la RCA le terme de FOSA correspond aux structures de santé, dans le contexte du projet il est utilisé pour désigner les 5 centre de santé (niveau soins de santé primaires) soutenus

- **Les Comités de Gestion (COGES)** des FOSA (hormis Notre Dame de Fatima et Henri Dunant qui sont des structures privées) correspondant à des organes de gestion communautaire des structures de santé (habituellement constitués en RCA de 6 personnes dont 4 élus de la communauté). Impliqués dans la cogestion et le management des FOSA, les COGES représentent une interface entre les communautés et les personnels de santé. Ils ont pratiquement cessé de fonctionner avec la crise ;
- **Les autorités sanitaires des circonscriptions ciblées / équipes cadres de district**, qui correspondent au niveau opérationnel des autorités sanitaires en charge d’appuyer les FOSA pour la mise en œuvre des services de façon intégrée. Un accent particulier a été donné à l’appui à l’équipe cadre du district des Castors (dont 3 des 5 FOSA soutenues faisaient partie).



⇒ Pour une analyse plus fine du jeu d’acteurs, se reporter au sociogramme ci-dessous :





» Plan de financement

	Budget
Frais de fonctionnement	448.606 €
Frais généraux	104.601 €
Transports / stockage	344.005 €
Frais de personnel	379.312 €
Personnel expatrié	163.315 €
Personnel national	215.997 €
Programmes	536.082 €
Médicaments et consommables	337.732 €
Équipement et réhabilitation	130.081 €
Formation	38.000 €
Missions d'expertise, ateliers et restitutions	30.269 €
Total coûts directs	1.364.000 €
Frais de gestion	136.000 €
Total	1.500.000 €

Plan de financement final – Convention de financement

» Mode opératoire

Le projet a été confié directement à la Croix-Rouge française, qui assure la maîtrise d'ouvrage du projet en partenariat avec le Ministère de la santé publique et la Croix-Rouge centrafricaine. Une convention tripartite a été signée à cet effet entre la CRf, la CRCA et le Ministère de la Santé.

La CRF apportait notamment une expertise technique et opérationnelle au Ministère de la santé, et la CRCA assurait avec la Croix-Rouge française la coordination avec les autorités sanitaires étatiques au niveau national, régional et local.

Les fonds ont été versés en trois avances successives directement à la Croix-Rouge française : 60% au démarrage du projet, 30% à la remise d'un rapport d'exécution intermédiaire 7 mois après, et 10% du budget restant à la remise du rapport final.

» Bilan

Le projet s'est déroulé de manière satisfaisante et s'est achevé en mai 2015. Le cadre logique et les grandes activités ont été globalement respectés, **à l'exception des activités prévues pour l'hôpital communautaire de Bangui réalisées très partiellement** (une dotation ponctuelle en équipement et matériel) faute d'avoir pu valider le cadre conventionnel entre la direction de l'hôpital et la CRF durant le projet (voir ci-dessous).

Les activités finalement réalisées ont été les suivantes :

Au titre de la composante 1		
Rétablir/renforcer l'offre de soins en accompagnant 5 FOSA et apporter un soutien psychosocial à base communautaire		
Réhabilitations des bâtiments, système d'eau, latrines et d'élimination des déchets des 5 centres de santé ciblés	Missions de réévaluation des besoins, établissement d'un plan de réhabilitation et de construction des infrastructures	
	Travaux de réhabilitation et de construction	04/2014-05/2015
Équipement en mobilier, matériel médical basique, approvisionnement en médicaments auprès des 5 formations sanitaires ciblées pour la mise en œuvre du paquet minimum d'activités gratuit pour les FEFA et enfants de moins de 5 ans	Fourniture d'équipements médicaux (principalement petit matériel et instruments)	A partir de 07/2014
	Approvisionnement en médicaments et consommables	A partir de 07/2014
	Fournitures de bureau et matériel de jardinage	
Formation du personnel de santé des structures sanitaires ciblées à la prise en charge de qualité de la santé materno-infantile et nutrition et sensibilisation à l'approche psychosociale	Plan de formation des agents de santé	08/2014
	Formations selon le détail suivant : - « Consultation prénatale recentrée » - "SONU" - "Prescription rationnelle" - "Gestion des produits médicaux" - "Importance du soutien psychologique dans les soins de santé" - "Soutien psycho social dans la lutte contre la malnutrition et la gestion des cas de stress post traumatique"	08/2014 – 02/2015
Formation des agents de santé sur l'utilisation de l'échographe et interprétation des images		09-12/2014
Formation de volontaires CRCA aux pratiques familiales essentielles (PFE), planification familiale et lutte contre la malnutrition		08/2014
Organisation des séances de sensibilisation des femmes enceintes et allaitantes aux pratiques familiales essentielles et planification familiale	Visites à domicile, 10 focus groupes, 6 sensibilisations de masse aux PFE, PF et malnutrition	
Prise en charge des soins de santé materno-infantile dans les 5 formations sanitaires ciblées : consultations pré et post natales, accouchements sans complication, soins du nouveau-né, dépistage et prise en charge de pathologies courantes et référencement des cas complexes	Entretien des réfrigérateurs et approvisionnement en pétrole	
	Suivi de la gestion des vaccins et le transport des vaccins de la DRS vers les 5 FOSA soutenues	

	Mise en oeuvre des stratégies avancées de vaccination dans les sites de déplacés"	
	Mise à disposition d'une ambulance et flotte téléphonique	06/2014-03/2015
Implantation des Unités nutritionnelles thérapeutiques ambulatoires sur les formations sanitaires de Castors, Fatima et Henry Dunant.		Non réalisé
Dépistage communautaire réalisé par les volontaires de la CRCA en stratégie avancée		10/2014-03/2015
Formation de volontaires CRCA au soutien psychosocial		08/2014-05/2015
Organisations d'activités psychosociales (groupes de soutien, activités récréatives et sessions de sensibilisation notamment sur les violences basées sur le genre, mobilisation des maris, vivre avec le VIH et lutte contre les discriminations, cohésion sociale)		
Au titre de la composante 2		
Assurer la prise en charge des urgences gynécologiques, obstétricales et des cas psychosociaux complexes au sein de l'hôpital communautaire		
Réhabilitation du bâtiment, système d'eau, latrines et d'élimination des déchets de l'hôpital communautaire		Non réalisé
Équipement en mobilier, matériel médical basique et approvisionnement en médicaments et consommables de la maternité de l'hôpital communautaire		02/2015
Formation du personnel de santé à la prise en charge de qualité de la santé materno-infantile et nutrition (assurée par IUFP) et sensibilisation à l'approche psychosociale		Non réalisé
Formation des agents de santé sur l'utilisation de l'échographe et interprétation des images		Non réalisé
Prise en charge des soins de santé materno-infantile (cas référés et patients spontanés)		Non réalisé
Organisation d'activités psychosociales (entretiens individuels, activités de renforcement de la dyade mère/enfant, groupe de soutien pour les mères)		Non réalisé
Au titre de la composante 3		
Renforcer le rôle de leadership et de coordination des autorités sanitaires		
Formation des COGES à leurs attributions dans la gestion des Soins de Santé Primaire	Evaluation du fonctionnement des COGES	05/2014
	Création d'une structure de gestion de transition à Castors	09/2014
	Création d'une structure de gestion de transition à Bédé Combattant	05/2015
	Formation	12/2014
Organisations de supervisions (formatives) mensuelles conjointes dans les structures sanitaires ciblées avec les responsables en santé (DRS)		
Organisation de réunions de coordination DRS - Circonscription sanitaires et/ou avec les partenaires	Plaidoyer auprès de la direction régionale de la santé pour la mise en place d'une équipe cadre de district	



Organisation de réunions de SSP (Circonscriptions sanitaires ciblées avec les FOSA sous leur juridiction)	Appui aux réunions mensuelles de l'équipe cadre intérimaire de district du 3e arrondissement	12/2014-04/2015
Appui à la supervision (administrative et technique) autonome de la DRS sur les Circonscriptions sanitaires ciblées par le projet		
Autres		
Achat de médicaments pour le projet Facilité Nutrition (Bambari et Berberati)		04-05/2015
Réunion de médiation à la région sanitaire pour régler un conflit entre la jeunesse du quartier les Castors et le personnel du centre de santé		08/2014

7.3. Instruction (de l'identification à l'octroi du financement)

Face à la crise humanitaire sévère qui a touché le pays, l'AFD s'est engagée à soutenir la relance de l'offre de soins dans les structures de soins de santé primaires et secondaires. Compte tenu du contexte et face à l'urgence des besoins humanitaires, le choix de la maîtrise d'ouvrage s'est rapidement orienté vers un acteur déjà présent et actif dans le pays. La Croix-Rouge française (CRF) intervenait dans le pays en partenariat avec la Croix-Rouge centrafricaine (CRRCA) depuis 2004 et pouvait apporter un ancrage fort auprès des communautés mais aussi auprès des autorités sanitaires compte tenu de leur statut d'auxiliaire des pouvoirs publics, et permettre ainsi un déploiement rapide. La CRF avait par ailleurs fait part à l'AFD de sa volonté d'intervenir en support aux structures de santé existantes et dans une optique de relance du système sanitaire. L'organisation intervenait déjà dans Bangui dans plusieurs sites de déplacés et 3 structures de santé (qui seront inclus dans le projet) sur un financement du Centre de Crise et de Soutien (CDCS) du MEAE.

Nous avons un projet d'appui à la formation paramédicale dans la région (en RCA et dans d'autres pays) d'ailleurs financé par l'AFD. A Bangui, on intervenait dans un centre de formation juste à côté du Centre de Santé Henry Dunant que nous avons par la suite soutenu avec RUBAN. Par ailleurs, nous avons réalisé en 2013 en RCA une mission d'évaluation des besoins pour la mise en place d'un projet en SMNI. Le ministère de la santé voulait collaborer avec nous sur ces questions. Au moment de la crise nous avons donc pas mal d'éléments en main pour élaborer rapidement une intervention. La présence de notre chef de délégation sur place et un travail en collaboration avec le CICR nous ont permis d'obtenir rapidement des données complémentaires (extrait d'entretien – CRF).

Le contexte sécuritaire fortement dégradé et les difficultés d'accès n'ont pas permis aux acteurs de terrain de mettre en place les méthodologies de diagnostic habituelles (telles que les méthodes qualitatives incluant des entretiens collectifs avec les communautés par exemple). Les données démographiques et les données de santé issues du système national d'information sanitaire ne pouvaient pas être exploitées de façon fiable compte tenu des déplacements importants de population. Le Plan National de développement sanitaire (PNDS2) était avant la crise l'unique document cadre relatif aux orientations stratégiques du secteur de la santé. Élaboré en 2000, il définissait l'organisation du système de soins. Très ambitieux au regard des moyens disponibles, ce plan était déjà caduc en 2013 au moment de la crise. L'évaluation initiale s'est entre autres basée sur les informations recueillies par les agences des Nations-Unies et rassemblées en 2014 au sein du rapport MIRA²⁶ qui estimait à 50% la baisse du nombre de structures de santé fonctionnelles dans Bangui en raison des affrontements, de l'insécurité et des pillages et destructions volontaires ayant ciblé certaines structures. Sur la base des premières analyses de la CRF, un positionnement géographique stratégique dans Bangui et sa périphérie a été décidé. La multiplicité des acteurs, la faiblesse des mécanismes de coordination et l'absence de carte sanitaire à jour ont alors complexifié l'identification des structures à soutenir et le travail d'analyse détaillé. La CRF a développé la proposition de logique d'intervention en coordination avec l'AFD. L'objectif était de répondre aux besoins de santé urgents des populations en particulier les personnes les plus vulnérables tels que les femmes enceintes et allaitantes et les

²⁶ Agences des Nations Unies, Rapport d'évaluation multisectorielle initiale rapide (MIRA) des besoins humanitaires en RCA, janvier 2014

enfants de moins de 5 ans mais aussi d'accompagner la relance du système de santé. Il s'agissait d'appuyer la disponibilité de services de santé et renforcer le personnel de santé dans 5 FOSA de Bangui et sa périphérie. Dans une approche multi niveaux d'appui au système de santé, le projet prévoyait par ailleurs un appui à la structure de référencement (l'hôpital communautaire) pour la prise en charge des complications obstétricales et pédiatriques. Enfin, le projet visait également à contribuer à la cohésion sociale en favorisant l'accès à des services essentiels de soutien psychosocial. Les données antérieures à la crise faisaient déjà état d'un niveau important d'exposition des populations à des faits de violence, situation largement accentuée par la crise de 2013 et le contexte sécuritaire dégradé qui a perduré par la suite.

» Une instruction atypique pour l'AFD

RUBAN a été instruit selon des modalités inhabituelles pour l'AFD. Présente depuis longtemps en RCA, l'AFD a choisi de ne pas suspendre ses activités dans le pays lors de l'éclatement de la crise politique et humanitaire, et de compléter son rôle de financement du développement par une intervention dans un contexte d'extrême urgence. La présence de longue date de la Croix-Rouge française en RCA, sa reconnaissance par les autorités centrafricaines et l'action que l'organisation menait déjà en réponse à la crise, sur financement du CDCS, a justifié une co-instruction du projet entre bailleur et maîtrise d'ouvrage, réalisée dans des délais très courts.

La ville était à feu et à sang. Le seul acteur capable d'intervenir très rapidement et de réunir les parties prenantes était la Croix-Rouge française, avec laquelle l'AFD dispose par ailleurs d'un contrat cadre. Nous avons réalisé l'instruction du projet à marche forcée, pour aller très vite face à un contexte d'urgence. (Extrait d'entretien, AFD)

Lors de la phase d'instruction l'AFD a fait preuve d'une très grande flexibilité pour la définition du projet. Nous étions très libres dans l'élaboration de la logique d'intervention et avons pu être force de proposition. Nous avons créé conjointement les modalités de collaboration tout en faisant. Le fait que la CRF avait beaucoup d'expérience de ce type de contexte et du pays à clairement aidé je pense (extrait d'entretien – CRF).

L'instruction du projet s'est ainsi essentiellement appuyée sur la Croix-Rouge française qui a finalement été retenue comme maîtrise d'ouvrage du projet ce qui était assez novateur pour l'AFD à l'époque.

Ce projet est un moment important pour l'AFD. Nous nous sommes rendus compte qu'il n'y avait pas que des maîtrises d'ouvrage publiques qui pouvaient travailler. Les ONG font un excellent travail et les délégations de service public fonctionnent très bien (Extrait d'entretien, AFD)

Si on pense au concept du Nexus humanitaire, le projet est un bon exemple et une réussite de ce point de vue-là. Comme quoi c'est possible... On a pu intervenir rapidement avec un financement du CDCS puis l'AFD a pris le relais en financement un projet de relance du système de santé avant l'obtention d'un financement Bêkou qui nous a permis d'aller plus loin sur l'approche district et le renforcement du système de santé (extrait d'entretien – CRF).

RUBAN a été rattaché aux engagements Muskoka de la France dès l'instruction du projet.

Mars 2013	Coût d'état de la Séléka
Février 2014	Mission d'évaluation initiale et rédaction de la FIP
Mars 2014	Signature de la convention de financement
Juillet 2015	Date limite de versement des fonds

7.4. Exécution (de la signature de la convention de financement jusqu'à l'achèvement du projet)

Le projet a été mis en œuvre d’avril 2014 à mai 2015 incluant une extension, à la durée initialement prévue, de deux mois sans coûts additionnels afin de finaliser certains travaux de réhabilitation et achat. A l’exception de ceci, le reste des activités a cessé d’être financé par le projet RUBAN à compter du 31 mars 2015 pour passer sous financement du fond Békou.

» Résumé général du déroulement du projet

Avril 2014	Démarrage du projet et réévaluation des besoins
Juin 2014	Acquisition d’une ambulance Projet pour le transfert des complications obstétricales et pédiatriques vers les structures de référence
Juillet 2014	Réception des premières commandes en médicaments et consommables – Mise en place d’un stock push
Été 2014	Démarrage des réhabilitations de bâtiment
Été 2014	Mise en place pour toute la durée du projet du volet psychosocial : premiers secours psychologiques, groupes de soutien, renforcement du lien mère-enfant, etc.
Août 2014	Activités de sensibilisation sur les pratiques familiales essentielles et activités communautaires
Juin – Août 2014	Première série de formations formatives
Septembre – décembre 2014	Formation de sages-femmes dans 2 FOSA
Octobre 2014	Activités de dépistage communautaire (dépistage nutritionnel notamment)
Décembre 2014	Lancement des activités de formation pour les COGES
Janvier 2015	Dotation en équipements médicaux pour chaque FOSA selon leurs besoins
Février 2015	Décision d’abandonner les activités de la composante 2 faute d’accord avec l’hôpital communautaire. Remplacement par une dotation supplémentaire en équipements et consommables (SONUC et kits de césarienne)
Mars 2015	2 ^{ème} série de supervisions formatives dans 4 FOSA et suivi de l’amélioration de la qualité de services
Mai 2015	Fin des activités psychosociales, de réhabilitation des bâtiments et livraison d’équipements prévus. Demande d’extension du projet jusqu’au 31 mai 2015 sans coûts additionnels. Reliquat utilisé pour l’achat de médicaments pour le projet Facilité nutritionnelle

» Une mission de réévaluation des besoins au démarrage du projet

En **2014**, avant le lancement des activités, une mission de réévaluation des besoins a été menée dans les formations sanitaires (FOSA) ciblées afin d’adapter les activités planifiées aux évolutions du contexte (réhabilitation de certaines structures engagées par certaines FOSA elles-mêmes mais aussi dégradation d’autres structures) et établir des plans de réhabilitation et de construction conformes aux besoins réels. Des évaluations initiales ont également visé à analyser la dynamique de fonctionnement des comités de gestion (COGES) des FOSA dans le cadre de la composante 3, seule la FOSA de Guitangola disposait alors d’un COGES fonctionnel.

» La mise en œuvre de la politique de gratuité

Dès le démarrage des activités, le projet a appuyé la mise en place d’une politique de gratuité pour les personnes cibles du projet. Avant la crise le système de santé fonctionnait sur un recouvrement des coûts avec la particularité qu’il n’y avait pas de tarifs fixés par le Ministère de la Santé Publique. Chaque COGES au niveau des formations sanitaires décidait des montants à payer en fonction des actes. En août 2014, sous l’impulsion de plusieurs acteurs

dont l'AFD et certaines ONG, le gouvernement a décrété la gratuité ciblée²⁷ qui visait les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de 5 ans, les urgences vitales, et l'ensemble de la population dans les zones de crise aiguë. Les directives relatives à la gratuité fixaient les normes standards du personnel pour la mise en œuvre des paquets d'activités, mais aussi dans un souci d'harmonisation les montants des indemnités d'incitation pour le personnel. L'intervention de la CRF dès le début du projet (antérieure à ces directives) était parfaitement cohérente avec les grandes orientations de ce décret.

» Une démarche d'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services

La démarche d'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services dans les FOSA a pris en compte d'une part l'amélioration des infrastructures, de la disponibilité du matériel médical et non médical, et de médicaments essentiels et consommables, et d'autre part le renforcement de capacité des personnels de santé.

L'approvisionnement en médicaments et consommables a débuté à partir de **juillet 2014** à la réception des premières commandes. Le premier stock avait vocation à servir de stock push visant à répondre aux premiers besoins et à recueillir des informations sur les consommations moyennes mensuelles alors inconnues compte tenu des évolutions du contexte et des mouvements de population.

Je me rappelle que l'importation a été un vrai cauchemar. On ne pouvait pas trouver de médicaments de qualité dans le pays, tout devait être important. Les procédures de dédouanement étaient vraiment compliquées avec le risque de se retrouver avec une commande bloquée à la douane sans vraiment savoir pourquoi. On a pu bénéficier de notre collaboration avec le CICR pour faciliter les choses. Finalement la 1^{ère} commande est arrivée en juillet ce qui n'était vraiment pas si mal (extrait d'entretien – CRF).

Sur le volet réhabilitation/construction, si des retards au démarrage des travaux ont été observés (dus à la lenteur du processus de validation avec les autorités sanitaires d'une part, et au respect des procédures logistiques de la CRF d'autre part), l'ensemble des travaux planifiés ont pu être réalisés à la fin d'une extension de 2 mois à la fin du projet sans coûts additionnels validée par l'AFD.



Construction de latrines au centre Henri Dunant – Extrait du rapport final de la CRF

²⁷ Ministère de la Santé Publique, des affaires sociales, de la promotion du genre et de l'action humanitaire, Directives relatives aux modalités d'application de la gratuité des soins dans les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratifs en RCA, août 2014



Latrines et cuves d'eau construites dans le cadre du projet au centre de Bédé combattant



Espaces psychosociaux construits dans le cadre du projet RUBAN et toujours utilisés aujourd'hui, Centre de santé de Guitangola

Les équipements ont été livrés en janvier 2015, il s'agissait essentiellement de petit matériel et d'instruments (stéthoscopes, boîtes d'instruments, ect).

Évidemment, les équipements livrés ont eu un impact sur l'offre de soins. Cela nous a permis de recommencer à fonctionner normalement. Avec les donations de médicaments, les patients ont commencé à affluer dans le centre car nous pouvions alors dispenser des soins gratuits aux femmes enceintes et aux enfants (extrait d'entretien – Centre de santé de Bédé Combattant).

Sur le volet renforcement de capacité, une première série de supervisions formatives a pu être organisée avec les autorités de santé au niveau des districts sanitaires entre **juin et août 2014**. Ces supervisions ont constitué la base de la définition des plans de formation et de l'estimation des besoins en équipements et ont permis l'attribution de notes de performance permettant de suivre l'amélioration de la qualité des services pendant le projet (note moyenne pour l'ensemble des FOSA en août 2014 = 64/100). 7 sessions de formations ont été planifiées et réalisées en collaboration avec les médecins chefs de districts sur les thèmes de santé maternelle et néonatale (consultations de soins obstétricaux et néonataux d'urgence), de santé infantile (prescription rationnelle des médicaments), d'organisation des structures de santé (gestion des produits médicaux), de soutien psychosocial (importance du soutien psychologique dans les soins de santé et soutien psychosocial dans la lutte contre la malnutrition et la gestion des cas de stress post traumatique). Les thématiques de formation avaient été définies sur la base d'une évaluation des besoins et semblent avoir bien correspondu aux priorités de l'époque.

Au début de la crise, les principaux problèmes de santé de la population étaient la malnutrition chez les enfants, le manque de moyens pour les femmes enceintes pour suivre correctement la grossesse, le

paludisme, les traumatismes et les troubles mentaux et les violences sexuelles (extrait de focus groupe avec les volontaires de la CRCA).

Il avait été initialement planifié que les formations soient dispensées par l'Institut Universitaire de Formations Paramédicales (IUFP) de Bangui. Cependant, compte tenu des conditions sécuritaires dans le quartier où se situe l'IUFP (PK5), l'Institut est resté fermé pendant la période du projet. Les formations ont donc été animées par des membres de la CRF dans des salles louées pour l'occasion.

Une formation des sages-femmes des FOSA de Bédé Combattant et de Castors à l'utilisation et l'interprétation de l'échographie a par ailleurs été dispensée par le responsable du service de radiologie de l'Hôpital de l'amitié de **septembre à décembre 2014**.



Formation d'une sage-femme sur l'utilisation de l'échographe – Extrait du rapport final CRF

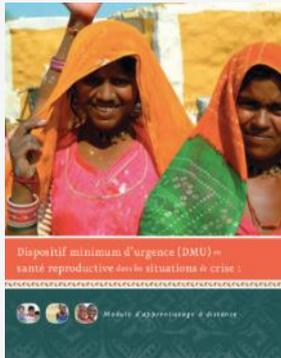
En addition des formations, et dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité, les superviseurs en santé maternelle et infantile de la CRF ont assuré un accompagnement régulier des activités préventives et curatives des FOSA. En **mars 2015**, une seconde série de supervisions formatives en lien avec les districts sanitaires a été organisée (à l'exception de Bédé Combattants dont l'accès était interrompu pour raison sécuritaire), permettant d'identifier une amélioration de la qualité des services.

Je pense qu'à la suite des formations, le personnel soignant s'est amélioré dans la pratique des soins et tout le monde était assez positif par rapport aux formations. Malheureusement aujourd'hui, on peine toujours à mettre en œuvre des actions de suivi (extrait d'entretien – District sanitaire de Bédé Combattant).

Les évaluations ont permis de définir la note de performance moyenne de 74/100 pour l'ensemble des FOSA (soit une augmentation de 10% depuis le début du projet). L'absence d'une équipe cadre de district sur une partie du projet et les difficultés de coordination n'ont pas permis l'organisation d'autres supervisions formatives en lien avec les autorités de santé sur la durée du projet.

Par ailleurs, le projet prévoyait l'implémentation d'unités nutritionnelles thérapeutiques (UNT) dans les FOSA des Castors, de Notre Dame de Fatima et d'Henry Dunant. Après réévaluation avec les autorités de santé, seul la FOSA des Castors avait été retenue pour la mise en place d'une UNT. Les démarches entreprises auprès de l'UNICEF pour la fourniture d'intrants nutritionnels n'ayant pas abouti, cette activité n'a pas pu être mise en œuvre dans le cadre du projet.

Une insertion partielle des interventions dans le Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) en santé de la reproduction dans les contextes de crise



Le DMU est une réponse immédiate aux principaux besoins de santé reproductive. Il a été conçu par un groupe de travail inter organisations (IAWG = Inter agency working group on reproductive health in crisis²⁸) qui comprend des agences des Nations Unies, des ONGI et des organismes de recherche universitaires. Élaboré en 1996, il a fait l'objet d'une révision en 2010 et 2018. **Ce dispositif (intégré aux normes Sphère) fait référence en matière d'interventions en santé de la reproduction dans les contextes de crise** auprès des principaux acteurs, Agences des Nations Unies, ONGI, bailleurs d'urgence, etc. Il énonce les principales lignes directrices en la matière et un ensemble coordonné d'activités prioritaires. Dans sa version 2010, le dispositif promeut la mise en place d'activités visant **les 5 objectifs suivants** :

- **Axe 1** : Coordonner la réponse en terme de santé de la reproduction et les activités du DMU : le FNUAP est habituellement l'organisation cheffe de file pour cette coordination ;
- **Axe 2** : Prévenir les violences sexuelles et gérer les conséquences : mise en place de mesure de protection, soins de prise en charge médicale pour les victimes de viol, sensibilisation des communautés sur les services disponibles ;
- **Axe 3** : Réduire la transmission du VIH : respect des précautions standards universelles, mise à disposition de préservatifs, procédures de sécurité transfusionnelle ;
- **Axe 4** : Réduire la surmortalité et la surmorbidity maternelles et néonatales : appui aux SONU incluant les systèmes de référencement, fourniture de kits d'accouchement hygiénique pour les femmes ne pouvant pas accéder à un accouchement en structure de santé ;
- **Axe 5** : Planifier des services de SSR complets suite à la phase aiguë de la crise : évaluation des besoins complètes, activités de renforcement de capacité, etc.



Le projet RUBAN s'est partiellement inséré dans ce dispositif. **Le ciblage spécifique des femmes enceintes et allaitantes et des enfants de moins de 5 ans** n'a pas permis la prise en compte de l'ensemble des activités recommandées. Ainsi, les victimes de violences sexuelles identifiées dans le cadre des activités psychosociales n'ont pas pu recevoir de prise en charge médicale dans les formations sanitaires soutenues par RUBAN. Les professionnels de santé de formation sanitaire soutenues par RUBAN n'ont pas pu bénéficier de formation ou sensibilisation spécifiques sur ces questions en dehors du volet psychosocial. Certaines victimes ont cependant pu être référées vers d'autres acteurs. Se basant sur cette expérience, le ciblage des bénéficiaires a pu être adapté sous Bêkou. S'agissant des activités en lien avec l'Axe 3 (réduire la transmission du VIH), celles-ci n'ont pas été couvertes par le projet mais la CRF semble avoir coordonné ses activités avec d'autres acteurs impliqués sur le sujet (voir paragraphe suivant).

Le projet a par contre apporté un appui conséquent aux SONU (axe 4 du DMU), et des efforts importants en terme de coordination inter-acteurs (notamment via la participation active au Cluster Santé) (Axe 1 du DMU) et de planification de services plus complets suite à la crise (via l'appui aux équipes cadre de district et la continuité du projet sous Bêkou) (Axe 5 du DMU) ont été mis en œuvre.

» Un travail de coordination avec les différents acteurs de santé et de l'aide humanitaire pour compléter le paquet de services

Afin de compléter le paquet de services disponibles dans les FOSA soutenues, la CRF a coordonné ses activités avec d'autres acteurs tels que les ONGS Cordaid et Esther (pour les services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH), l'UNFPA (pour les services de planification familiale), MSF-Belgique (pour les soins obstétricaux d'urgence complet), l'hôpital général (pour la prise en charge des troubles sévères de santé mentale) , ACF pour

²⁸ <https://iawg.net>

le volet nutritionnel, Emergency (pour les soins pédiatriques) et IRC (pour la prise en charge psychosociale complémentaire des cas de violences sexuelles).

Dans ce cadre à partir du mois de **juin 2014**, afin de mieux prendre en compte les barrières d'accès géographiques et pour pallier l'absence de mécanisme de gestion des référencement et de transport au niveau global, le projet a disposé de sa propre ambulance pour le transfert des complications obstétricales et pédiatriques vers les structures et acteurs de références (soit 147 patients transférés au cours d'un projet, dans 80% des cas pour des complications obstétricales). La CRF a défini un cadre de gestion de l'ambulance avec les responsables des FOSA. Compte tenu du contexte sécuritaire, l'ambulance ne fonctionnait qu'en journée.

» La mise en œuvre d'activités à base communautaire pour réduire les barrières d'accès aux soins liées aux déterminants socio-culturels

En **août 2014**, un groupe de volontaire de la CRRCA dédié à la sensibilisation sur les pratiques familiales essentielles a été formé et des activités communautaires de visites à domicile, de focus groupes et de sensibilisations de masse ont été menées. Ces activités ont permis une meilleure prise en compte des barrières d'accès aux soins en lien avec les déterminants socio-culturels et à la restauration du lien entre communautés et FOSA. Elles contribuent probablement à expliquer l'augmentation du taux de consultations prénatales qui a été observée au cours du projet. En **octobre 2014**, après l'organisation en lien avec ACF de formations, des activités de dépistage communautaire par les volontaires de la CRRCA ont également été lancées, en tout d'octobre 2014 à mars 2015 10.899 enfants de moins de 5 ans ont bénéficié d'activités de dépistage nutritionnel, 784 cas de malnutrition aiguë modérée et 215 cas de malnutrition aiguë sévère ont vers les FOSA assurant la prise en charge de la malnutrition et soutenues par ACF. En **janvier 2015**, toutes les FOSA ont reçu des dotations en équipements médicaux de base selon les besoins spécifiques de chaque structure.

» La réponse à des besoins peu couverts avec le volet psychosocial de l'intervention

Le volet psychosocial a permis la mise en œuvre d'un large panel d'activités : premiers secours psychologiques²⁹ et entretiens d'écoute individuel (dont 1.121 personnes ont bénéficié au cours du projet), groupes de soutien (84 groupes organisés sur la durée du projet) et activités occupationnelles (dont 560 personnes ont bénéficié au cours du projet) visant à renforcer la cohésion sociale et l'estime de soi. Des activités de renforcement du lien mère-enfant ont également été mises en place dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition (1.322 dyades mère-enfant pris en charge par le projet).

²⁹ Il s'agit d'une méthodologie de soutien de première ligne social et psychologique aux personnes ayant vécu une situation grave et souffrant de détresse aiguë : OMS, Premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain, 2012.



Activité de soutien psychosocial aux victimes de violence, FOSA de Bédé Combattant, Extrait du rapport final CRF

Compte tenu du contexte et des niveaux extrêmement élevés de violence auxquelles les communautés ont été exposées, ces activités semblent avoir répondu à un besoin important faiblement couvert par les services existants et par les autres acteurs. Par ailleurs, l'approche mise en œuvre semble s'être pleinement insérée dans les recommandations dans les directives du Comité permanent inter-organisation (forum inter-institutions de partenaires humanitaires onusiens et non onusiens) qui font référence en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence³⁰.

L'inclusion d'un volet psychosocial faisait partie des modalités habituelles d'intervention de la CRF en contexte de crise. Je dois dire que c'était essentiel dans le contexte centrafricain. Les niveaux de violences pendant le conflit ont été extrêmement élevés. Le recours aux premiers secours psychologiques était vraiment pertinent. Je crois que c'était également très important de mettre en place des débriefings émotionnels avec les professionnels de santé car les violences auxquels ils étaient confrontés avaient un impact sur la relation de soins avec les patients (extrait d'entretien – CRF).

Par ailleurs, au cours de ces activités des besoins ont également été identifiés auprès de publics non ciblés par le projet comme :

- des victimes de violences basées sur le genre (VBG) et notamment de violences sexuelles (144 cas détectés dont 57 cas de viol). Il est par ailleurs largement documenté que les VBG augmentent significativement en situation de crise³¹.
- des hommes en détresse psychologique à la suite d'événements violents vécus. Bien que non ciblés par le projet, au-delà de leurs propres problèmes de santé, ces hommes peuvent avoir un impact sur la santé et le bien-être des femmes et des enfants.

Le projet semble avoir donc permis de tirer des leçons notamment en termes d'approche genre et de prise en compte des besoins spécifiques des individus qui ont pu être prises en compte pour le projet Bêkou.

Aujourd'hui, les recommandations en terme d'approche genre sont beaucoup plus structurées qu'à l'époque. Mais c'est intéressant de voir qu'on a mis en place pas mal de chose spontanément. Les hommes ne faisaient pas parti du ciblage initial, pour autant les situations de violences impactent fortement leur comportement vis-à-vis des femmes et de leurs enfants. La prise en compte de leurs besoins sur le volet psychosocial a permis d'avoir un effet positif sur l'accès aux services des femmes et

³⁰ Comité permanent inter-agences (IASC), Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, 2007

³¹ Une attention particulière à la prise en charge des victimes de violence sexuelle est d'ailleurs accordée par le Dispositif Minimum en Santé Reproductive dans les contextes de crises (élaboré en 2011 par IAWG le groupe de travail interagences sur la santé reproductive en situation de crise et validé comme une norme Sphère)

des enfants. Avec le volet psychosocial on a essayé de mieux les impliquer et les responsabiliser sur les soins de santé pour les femmes enceintes et pour le suivi des enfants malnutris. On a pu utiliser les leçons apprises de Ruban pour construire une approche plus aboutie dans Bêkou qui incluait aussi une prise en charge plus complète pour les victimes de VBG (extrait d'entretien – CRF).

» L'abandon de la composante 2 en lien avec l'Hôpital Communautaire

Dès le mois de **mai 2014**, des discussions ont été engagées avec l'Hôpital Communautaire dans le cadre des activités prévues au titre de la composante 2 sur la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales et des cas psychosociaux complexes. Un travail d'analyse du volume d'activités potentiellement induit par la gratuité a été lancé et un protocole d'accord transmis par la CRF. À la suite de l'opposition formulée par l'Hôpital Communautaire estimant que les frais de fonctionnement de l'administration n'étaient pas suffisamment couverts, plusieurs séances de travail et de discussions ont été engagées y compris avec le niveau central du Ministère de la santé.

En **février 2015**, au regard du retard généré par les difficultés de négociation à propos de la collaboration avec l'Hôpital Communautaire et du temps restant jusqu'à la fin du projet, il a été décidé de suspendre les activités prévues au titre de la composante 2. Une dotation en équipements et consommables d'une valeur de 47.000 euros déjà achetée en anticipation de la collaboration a été remise à l'Hôpital. Il s'agissait principalement de consommables pour les SONUC et de kits de césariennes.

En raison de l'abandon de la composante 2, une demande d'extension de 2 mois (jusqu'au 31 mai 2015) sans coûts additionnels a été formulée par la CRF le 23 mars 2015. En accord avec l'AFD, le reliquat budgétaire a été utilisé pour l'achat de médicaments pour le projet Facilité Nutritionnelle financé par l'AFD et mis en œuvre par la CRF et la CRRCA dans les sous-préfectures de Bambari et Berberati.

L'abandon de cette composante ne semble pas avoir affecté la prise en charge des cas de complications obstétricales, pédiatriques et de santé mentale dans le cadre du projet. Dans le cadre de la coordination avec les différents acteurs dans le secteur de la santé décrite plus haut, les situations de complications ont pu être référées vers d'autres services de santé secondaires notamment soutenus par des partenaires internationaux.

» Des difficultés dans la mise en œuvre de la composante 3 et l'importance de l'appui aux équipes cadre de district

Les activités prévues à la composante 3 ont pu être mises en œuvre au niveau des COGES. En **décembre 2014**, 18 membres des COGES ont été formés sur la gestion des FOSA et l'élaboration de plan de développement.

Le projet s'est en revanche heurté au fait qu'au démarrage du projet il n'existait pas à proprement parler d'équipe cadre de district dédiée au 3^e arrondissement (où se trouvent 3 des 5 FOSA appuyées). Le projet s'est alors concentré sur la mise en œuvre d'un plaidoyer à destination des autorités sanitaires centrales et régionales sur l'importance de la mise en place d'une équipe cadre de district dédiée au 3^e arrondissement. En conséquence, en janvier 2015 un médecin a été nommé à la fonction de médecin chef du 3^e arrondissement.

Par ailleurs, et en lien avec l'AFD, les constats réalisés au cours du projet concernant l'importance de renforcer ce niveau intermédiaire de la pyramide que représente le niveau district, ont pu être partagés auprès du fond Bêkou pour une priorisation de "l'approche district".

» Des résultats notables en termes de taux de fréquentation des FOSA

En addition de la mise en place de la politique de gratuité, la reprise des activités des FOSA après une période d'interruption, la fermeture de plusieurs dispensaires de sites de déplacés, l'amélioration relative des conditions sécuritaires et les activités de sensibilisation communautaire sur la disponibilité de l'offre de soins et la gratuité menées dès le début du projet par la CRCA, ont contribué à une augmentation rapide des taux de fréquentation

des 5 FOSA soutenues, observée dès le mois de **mai 2014** et maintenue tout au long du projet. Ainsi, la plupart des cibles d'indicateurs d'activités ont été atteintes et ont même pour certaines largement dépassé les attendus.

Les files actives de patients sont rapidement devenues importantes. Bien sûr les activités de sensibilisation communautaire et de stimulation de la demande ont pesé dans la balance. Mais il faut dire que le fait que les structures soient soutenues par un partenaire et la mise en place de la gratuité ciblée a constitué un appel d'air pour des populations qui n'avaient plus accès aux soins faute de disponibilité et de moyens (extrait d'entretien – CRF).

7.5. Faits marquants intervenus post-achèvement

À la suite de l'achèvement du projet RUBAN, la Croix-Rouge Française a bénéficié d'une subvention du fonds fiduciaire européen Bêkou pour poursuivre la structuration de l'offre de service de soins de santé primaire et de soutenir le district sanitaire dans ses fonctions d'encadrement et de planification. Depuis 2015, 3 phases du financement Bêkou ont été mises en œuvre. Il s'agit d'un facteur de succès clé du projet, avec une continuité des actions post-projet grâce à la disponibilité de ce financement.

Zoom sur le Fonds Bêkou

Créé en juillet 2014 pour faire face à la crise qui a frappé la RCA en 2013, le fonds fiduciaire de l'Union Européenne en faveur de la RCA Bêkou (qui signifie « espoir » en sango) réunit l'UE, la France, l'Allemagne et les Pays-Bas. L'Italie et la Suisse l'ont rejoint en 2015. Il a été un instrument essentiel pour combler le vide entre la couverture des besoins humanitaires et le développement en RCA et pour mettre en œuvre l'approche reliant le relèvement et le développement.

Dans le cadre de l'adoption d'un nouvel instrument financier unique par l'Union Européenne, le fonds Bêkou devrait cependant s'arrêter début 2022. Un autre financement devrait être mis en place via ce nouvel instrument mais une période de « gap » n'est pas à exclure pouvant mettre en péril les acquis des différents projets mis en œuvre.

Aujourd'hui, nous en sommes à la mise en œuvre de la phase 3 de Bêkou. La mise en place des différentes phases a permis d'accentuer de plus en plus le renforcement de capacités et de mettre en place le financement basé sur la performance. Il y a eu des progrès, malheureusement je dois dire que les conditions ne sont toujours pas remplies pour un arrêt de l'aide. L'insuffisance de RH de qualité et le manque de ressources du ministère pour les payer reste un frein énorme à l'autonomisation (extrait d'entretien – Fonds Bêkou).

7.6. Synthèse de l'exécution du projet et principaux résultats

7.6.1. Bilan financier

Le rapport financier final du projet Bangui fait état d'un taux de décaissement de 100% ayant permis de décaisser l'intégralité des 1,5M€ engagés sur le projet.

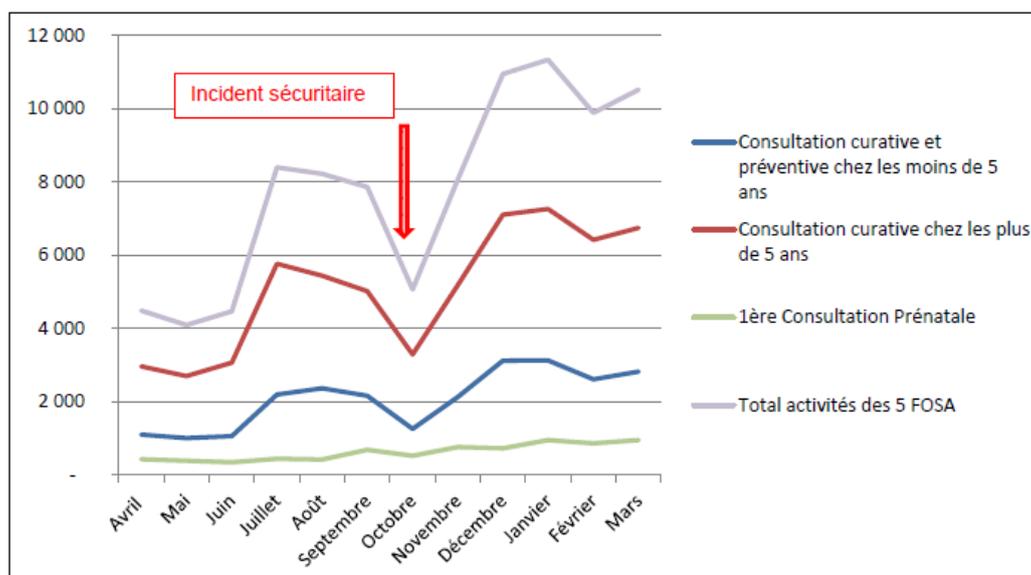
Description	Budget	Depenses	Solde	% solde	% Consommé
Frais de fonctionnement	448 606	454 385	-5779	-1%	101%
Frais Généraux	104 601	106 641	-2040	-2%	
Transports/stockage	344 005	347 744	-3739	-1%	
Frais de personnel	379 312	353 679	25633	7%	93%
Personnel expatrié	163 315	169 978	-6663	-4%	
Personnel national	215 997	183 701	32296	15%	
Programmes	536 082	555 936	-19854	-4%	104%
Médicament et consommables	337 732	408 369	-70637	-21%	
équipement et réhabilitation	130 081	119 654	10427	8%	
formation	38 000	27 436	10564	28%	
missions d'expertise, ateliers et restitutions	30 269	477	29791	98%	
Total coûts direct	1 364 000	1 364 000	0	0%	100%
Frais de gestion (10%)	136 000	136 000	0	0%	100%
TOTAL	1 500 000	1 500 000	0	0%	100%

7.6.2. Principaux résultats et activités mis en œuvre

Le tableau ci-dessous illustre les résultats obtenus et activités réalisées. Globalement, à l'exception de la composante en lien avec l'appui à l'hôpital communautaire qui n'a pas été mise en œuvre, et de certaines activités en lien avec les COGES et les équipes cadres de district, la plus grande partie des activités a pu être mise en œuvre. Par conséquent, les principaux indicateurs de résultats et d'objectif spécifique ont été atteints.

FOSA	PERFORMANCE (%)	
	AOÛT 2014	MARS 2015
Castors	69	73
Fatima	73	83
Henry Dunant	53	64
Guitangola	58	75
Bédé Combattant	69	NA ⁶
Moyenne Total	64	74

Comparaison des performances par FOSA entre août 2014 et mars 2015 – Extrait du rapport de la CRF



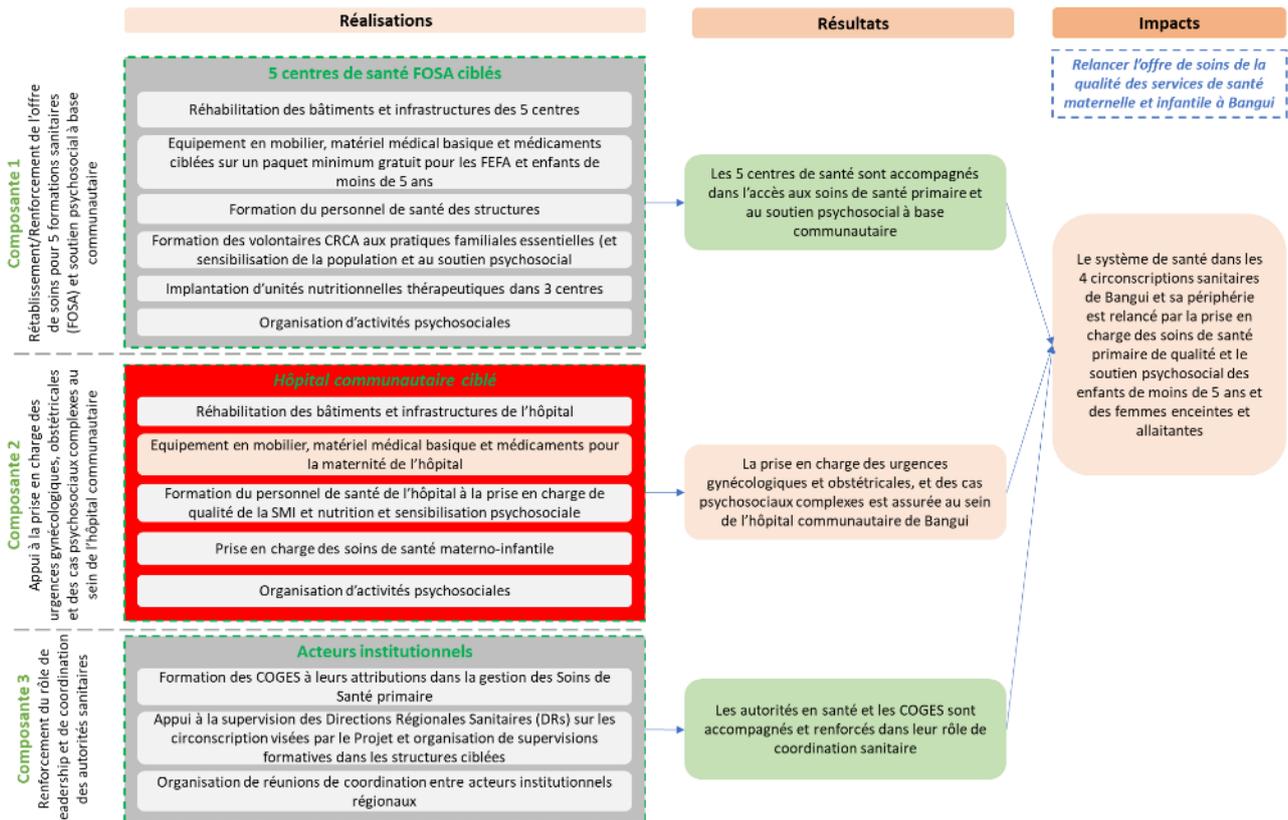
Evolution de la fréquentation des 5 FOSA soutenues, Extrait du rapport final CRF

OG : Contribuer à l'amélioration des conditions sanitaires et au bien-être des enfants de moins de 5 ans et des FEFA dans 4 circonscriptions sanitaires de Bangui et sa périphérie			
	Logique d'intervention	Indicateurs cibles	État / Taux de réalisation à la fin du projet
OS	Accompagner la relance du système de santé dans 4 circonscriptions sanitaires de Bangui et sa périphérie par la prise en charge des SSP de qualité et le soutien PSS des enfants de moins de 5 ans et des FEFA	100% des structures appuyées disposent des moyens essentiels à leur fonctionnement 70% des consultations pratiquées sur les 5 FOSA répondent aux protocoles de santé nationaux	Atteint : 100% des structures fonctionnelles Indicateur nécessitant la mise en place d'une enquête, impossible à collecter dans le cadre du projet. Cependant, les supervisions ont fait état d'une augmentation des performances de 10%.
R1	5 FOSA sont accompagnées dans l'accès aux SSP et au soutien PSP à base communautaire	Au moins 4 membres de chaque FOSA formés /recyclés au PMA et sensibilisation approche PSS accueil et accompagnement 80% des volontaires de la CRCA formés au soutien PSS mènent des activités de sensibilisation Taux de fréquentation des FOSA augmentation de 5% 70% femmes enceintes bénéficient d'une CPN1 85% E-5 ont reçu au moins 1 dose de vaccin pentavalente 80% des E-5 sont dépistés à la malnutrition	Atteint : formations et nombres de personnes formées à la hauteur des attendus Atteint : plus de 24 000 personnes bénéficiaires des activités psychosociales Atteint : taux de fréquentation augmenté > 5% Atteint : 109% Non atteint : 66% Atteint : 10 899 enfants dépistés
R2	La prise en charge des urgences gynécologiques et obstétriques et des cas psychosociaux complexes est assurée au sein de l'hôpital communautaire de Bangui	Les unités OBGYN et la permanence PSP disposent des moyens essentiels à leur fonctionnement 20 pers de santé de la mater de l'hôpital formés / recyclés 80% des partogrammes sont correctement remplis dans l'hôpital communautaires 75% des urgences OBGYN sont référées dans les délais 100% des patients présentant des signes de détresse PSS se voient proposer des activités adaptées par un psychologue	Composante abandonnée
R3	Les autorités en santé et les COGES sont accompagnés et renforcés dans leur rôle de coordination sanitaire	COGES formés à leur rôle et fonctionnement 4 missions de supervisions conjointes DRS / circonscription sanitaire 4 réunions de coordination entre la DSR et les circonscriptions sanitaires	Partiellement atteint : 75% Non atteint : 2 supervisions conjointes uniquement Non atteint
Activités	R1 : 1. Réhabilitations des bâtiments, système d'eau, latrines et gestion des déchets 5 FOSA 2. Équipements mobilier, matériel médical, médicaments (E-5 FEFA) 5 FOSA 3. Formations des professionnels de santé : prise en charge materno-infantile et nutritionnelle, sensibilisation approche PSS 4. Formations des volontaires CRCA : pratiques familiales essentielles, PF, malnutrition 5. Séances de sensibilisation aux pratiques familiales essentielles, PF 6. Prise en charge des soins en SMNI (CPN, CPoN, SONUB, référencement) 7. Implantation unités nutritionnelles thérapeutiques ambulatoires FOSA Castors, Fatima, et Henry Dunant. 8. Formations de volontaires de la CRCA soutien PSS 9. Activités PSS à base communautaire (groupes de soutien, activités récréatives, sensibilisation VBG, VIH et discrimination)		Réalisé Réalisé Réalisé Réalisé Réalisé : 48 242 personnes sensibilisées Réalisé : 93 360 personnes (tous âges et services confondus) Non réalisé Réalisé Réalisé
	R2. 1. Réhabilitation bâtiment, système d'eau, latrines, gestion déchet Hôpital Communautaire 2. Equipements mobilier, matériel médical et médicaments pour la maternité de l'Hôpital Communautaire 3. Formations des professionnels de santé : soins MNI et approche psychosociale 4. Prise en charge des soins de santé maternelle et infantile (urgences) 5. Organisation activités PSS (entretiens individuels, support lien mère-enfant, groupes de soutien)		Non réalisé Réalisé Non réalisé Réalisé : 147 référencement Réalisé : 10 référencement à l'hôpital psychiatrique

R3. 1. Formation des COGES gestion SSP 2. Supervisions formatives mensuelles conjointes responsables DRS 3. Réunions de coordination DRS / Circonscription sanitaires 4. Réunions SSP (circonscriptions sanitaires FOSA) 5. Appui supervision autonome DSR	Partiellement réalisé : 75% Réalisé Réalisé : 1 réunion Réalisé : 5 réunions Réalisé : une supervision
--	--

Zoom sur la théorie du changement actualisée :

En dehors du volet dédié à l'hôpital communautaire dont seule la dotation en équipements et consommables a été maintenue (désaccord sur la prise en charge des frais hospitaliers ayant conduit à l'abandon de l'essentiel des volets), les résultats attendus par le projet sont globalement atteints. Les résultats liés à l'hôpital communautaire sont partiellement atteints, ayant contribué à améliorer le plateau technique de ses services maternité.



7.6.3. Prolongements du projet – Etat en février 2021 et perspectives

Type d'activités	Prolongement
Rétablissement / renforcement de l'offre de soins	<p>D'après les rapports consultés et les entretiens menés avec différents interlocuteurs de la CRF, les actions de renforcement de capacité ont été réalisées, à hauteur des attendus. Elles ont ciblé des sujets de santé maternelle et néonatale, et des sujets plus transversaux (amélioration de la gestion et l'organisation des services, soutien psychosocial) . Les formations ont intégré des sessions théoriques et pratiques et couvert le niveau soins de santé primaires / centre de santé et le niveau communautaire (volontaires de la CRCA).</p> <p>Les professionnels de santé interrogés ont souvent fait état d'un sentiment de renforcement des compétences et d'amélioration des pratiques.</p> <p>Les résultats des pré et post tests dispensés dans le cadre de certaines formations (ensemble des tests pour le volet psychosocial) font état d'une amélioration de 80% des connaissances</p> <p>Les rapports d'évaluation des performances réalisées lors de supervisions formatives font état d'une amélioration de 10%.</p>

<p>Volet psychosocial</p>	<p>D'après les différents entretiens menés avec la CRF et les volontaires de la CRCA, le volet psychosocial au sein des formations sanitaires et au niveau communautaire via les volontaires de la CRCA constitue un élément particulièrement pertinent compte tenu du contexte centrafricain. Il semble avoir permis en particulier d'atteindre efficacement les bénéficiaires, malgré les contraintes sécuritaires, de renforcer les activités de santé maternelle et infantile et de fournir un premier appui psychosocial aux victimes de violences basées sur le genre (VBG). Le ciblage de RUBAN (femmes enceintes et allaitantes, enfants de moins de 5 ans) excluait cependant les victimes de violences sexuelles pour le volet médical.</p> <p>Le volet psychosocial semble avoir été particulièrement pertinent au regard du contexte. D'après les entretiens menés avec différents interlocuteurs de la CRF, ce volet semble avoir tenu compte d'une perspective de genre et de renforcement des capacités individuelles des individus : prise en compte des besoins spécifiques des hommes et des femmes en terme d'appui psychosocial, sensibilisation pour une meilleure implication des hommes sur les questions de suivi de grossesse, accouchement, soins au nouveau-né et prise en charge de la malnutrition, prise en charge psychosociale des victimes de violences basées sur le genre.</p>
<p>Bâtiments, équipement, matériel, consommables, médicaments</p>	<p>Les réhabilitations ont bien été effectuées sur la base de l'état des lieux initial. Les infrastructures ont été livrées avec deux mois de retard (justifiant la prolongation sans coût additionnel de RUBAN pour permettre la finalisation des travaux). A l'exception d'un incinérateur, elles étaient conformes aux attendus des bénéficiaires en termes de besoin et de niveau de qualité. Leur utilisation a pu être constatée lors des visites (latrines, espaces activités psychosociales).</p> <p>D'après les rapports et les entretiens menés avec la CRF, les équipements livrés semblent avoir été fonctionnels, et avoir été utilisés dans les structures bénéficiaires même s'ils n'ont pas pu être retrouvés</p> <p>La fourniture d'équipements médicaux a ciblé principalement du petit matériel et des instruments, à la suite d'un état des lieux effectués par la CRF. Ces équipements ont été reçus en janvier 2015.</p> <p>L'approvisionnement en médicaments et consommables s'est fait selon une approche "stock push" au démarrage particulièrement adaptée au contexte, et qui a permis d'affiner au fil de l'eau les besoins des FOSA. Malgré les difficultés majeures d'importation des médicaments, la première livraison a pu avoir lieu en juillet 2014, 4 mois après le démarrage du projet ce qui constitue une belle réussite du projet.</p> <p>Au titre des choix opérationnels pertinents, on compte la mise en place de formations sur la prescription rationnelle et la gestion des stocks, ainsi que le recrutement d'un gestionnaire en pharmacie à sein de l'équipe CRF.</p>
<p>Accès aux soins</p>	<p>Certaines barrières d'accès aux soins directement ciblées dans le cadre logique ont été levées grâce au projet</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'appui au dispositif de gratuité ciblée pour les femmes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans a contribué à lever les barrières financières d'accès aux soins - La mise en place d'activité de sensibilisation sur la disponibilité des services et les pratiques familiales essentielles par les volontaires de la CRCA a contribué à lever certaines barrières en lien avec les déterminants socio-culturels - La mise en place d'une ambulance pour le transfert des complications a contribué à lever certaines barrières géographiques pour la prise en charge des urgences en santé maternelle néonatale et infantile <p>La fréquentation des centres de santé a été supérieure aux attendus</p> <p>Le redémarrage de l'activité des formations sanitaires a permis sur la durée du projet la prise en charge de 93 360 personnes dont 7474 femmes enceintes et allaitantes et 24 945 enfants de moins de 5 ans. 109% de la cible a été atteinte pour les consultations prénatales n°1 . L'objectif de 85% d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu une dose de vaccin pentavalent n'a pas pu être atteint mais le projet a permis une amélioration de 40% de cet indicateur. Par ailleurs, d'autres acteurs ont réalisé des campagnes de</p>

			vaccination dans les zones couvertes par les formations sanitaires. 10 899 enfants ont bénéficié d'un dépistage nutritionnel dans le cadre du projet.
Equipes district	cadres	de	Le système de santé centrafricain était en situation d'extrême fragilité avant même les conflits de 2013. Les niveaux intermédiaires (districts sanitaires) concentrent les manifestations de ses fragilités, entre un niveau central priorisé par le gouvernement et des formations sanitaires sous statut privé et/ou bénéficiant d'aide humanitaire directe. A l'époque de RUBAN, une seule équipe cadre de district sur trois était formellement constituée.



7.7. Analyse de la performance du projet

Critères d'évaluation	Forces	Faiblesses
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> + Le projet a apporté des réponses adéquates à des besoins forts et avérés dans un contexte de crise humanitaire majeure. + Les interventions se sont appuyées sur une bonne connaissance du contexte par la maîtrise d'ouvrage (Croix-Rouge française), co-instructrice du projet, et sur l'appui que cette dernière apportait déjà aux formations sanitaires. Des évaluations des besoins précis de chaque FOSA bénéficiaire ont de surcroît été conduites en début de projet. + L'absence, l'indisponibilité ou le manque de données fiables permettant de construire des indicateurs baseline ont été en partie palliés par la mise en place d'indicateurs d'activités par la maîtrise d'ouvrage dès le démarrage de RUBAN. 	<ul style="list-style-type: none"> - La logique d'intervention au regard des services couverts a ciblé prioritairement les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans qui correspondaient aux usagers majoritaires des formations sanitaires. Cependant l'intervention ne s'est pas pleinement insérée dans les standards internationaux en santé de la reproduction et notamment le Dispositif minimum d'urgence en santé de la reproduction dans les contextes de crise. Ainsi, la prise en charge médicale des survivantes de VBG n'a pas été intégrée au projet. Ceci a limité la réponse aux besoins des personnes prises en charge dans le cadre des activités psychosociales. Cependant, un système de référencement vers des partenaires a été mis en place et des activités dédiées ont été prévues dans le cadre du projet Bêkou succédant à RUBAN.
Cohérence	<ul style="list-style-type: none"> + La bonne articulation dans le temps des soutiens successifs du Centre de crise et de soutien/fonds propres Croix-Rouge française, puis RUBAN, puis Bêkou a été déterminante pour la cohérence des actions dans le temps. + La Croix-Rouge française participe activement aux réunions du Cluster Santé³² (coordination thématique et rôle dans l'attribution du Fonds humanitaire commun) 	<ul style="list-style-type: none"> - La coordination est globalement faible entre acteurs, mais compte tenu de la multiplicité des besoins à l'époque cela n'a pas forcément posé de problème (les opérateurs humanitaires se sont concentrés chacun de leur côté sur des FOSA distincts).
Efficience	<ul style="list-style-type: none"> + Le projet apparaît avoir été mis en œuvre avec un bon niveau d'efficience, avec des réalisations globalement dans les temps (extension de 2 mois seulement), conformes au prévisionnel (à l'exception de 	<ul style="list-style-type: none"> - Le contexte de crise a eu un impact sur la disponibilité, le coût et le délai d'approvisionnement des équipements et matériels. Les délais sont cependant restés largement raisonnables (2 mois de retard uniquement) voire très courts étant donné le contexte de crise, avec des délais

³² Unité de coordination sectorielle des acteurs de la santé dirigé par l'OMS et le Ministère de la Santé (approche mis en place dans le cadre de la réforme humanitaire du système des Nations Unies de 2005)

	<p>l'appui à l'hôpital communautaire, voir ci-contre), et avec un bon degré de redevabilité.</p>	<p>incompressibles liés à la nécessité d'importer systématiquement ces intrants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le dimensionnement de l'aide apportée par RUBAN aux FOSA, au regard de la mise en place de la gratuité ciblée de certains soins et donc de la diminution des recettes de la patientèle, s'est révélé complexe. Dans le cas de l'appui à l'hôpital communautaire de Bangui, le sujet a été à l'origine de l'abandon de la réalisation : les compensations demandées par l'hôpital (primes de personnel notamment) sont apparues démesurées par rapport à la hausse de l'activité et la diminution des recettes.
<p>Efficacité</p>	<ul style="list-style-type: none"> + Les actions prévues dans le cadre du projet ont été réalisées à la hauteur des attendus à l'exception du volet d'appui à l'hôpital communautaire, structure de référence pour la prise en charge des complications. Des mécanismes de référencement vers d'autres structures de santé soutenues par des partenaires ont cependant été mises en place pour palier à cette situation + Les actions de renforcement de capacité ont été réalisées, à hauteur des attendus. Ces actions ont été globalement bien ciblées, les thématiques de formation ont été définies sur la base d'une évaluation des besoins. + Les professionnels de santé interrogés ont souvent fait état d'un sentiment de renforcement des compétences et d'amélioration des pratiques. Par ailleurs, l'inclusion de la thématique de la relation de soins dans les formations à destination des professionnels de santé semble avoir eu un effet bénéfique sur le recours aux soins des communautés. D'après les entretiens menés avec la CRF, le volet psychosocial de façon globale semble avoir été particulièrement pertinent au regard du contexte. Au-delà du bénéfice de former les professionnels aux premiers secours psychologiques, ce volet a permis d'intégrer une perspective de genre. + Les résultats des pré- et post-tests dispensés dans le cadre de certaines formations (ensemble des tests pour le volet psychosocial) font état d'une amélioration de 80% des connaissances. Les rapports d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> + La composante en lien avec la prise en charge des complications obstétricales au niveau de l'hôpital communautaire initialement prévue a dû être abandonnée faute d'avoir pu trouver avec la direction de l'hôpital, un accord quant à la prise en charge de certains frais de fonctionnement et au montant des indemnités pour le personnel. + L'objectif de 85% d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu une dose de vaccin pentavalent n'a pas pu être atteint mais le projet a permis une amélioration de 40% de cet indicateur. Par ailleurs, d'autres acteurs ont réalisé des campagnes de vaccination dans les zones couvertes par les formations sanitaires. + Les actions de suivi de formation et notamment le volet supervisions formatives conjointes avec les autorités de santé ont été limitées, d'une part, par le contexte sécuritaire et d'autre part par le fait qu'en début de projet seulement une partie des équipes cadre de district étaient réellement fonctionnelles

	<p>des performances réalisées lors de supervisions formatives font état d'une amélioration de 10%.</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les réhabilitations ont bien été effectuées sur la base de l'état des lieux initial. Les infrastructures ont été livrées avec deux mois de retard. A l'exception d'un incinérateur, elles étaient conformes aux attendus des bénéficiaires en termes de besoin et de niveau de qualité. + D'après les rapports et les entretiens menés avec la CRF, les équipements livrés semblent avoir été fonctionnels, et avoir été utilisés dans les structures bénéficiaires. + L'approvisionnement en médicaments et consommables s'est fait selon une approche "stock push" particulièrement adaptée au contexte, et qui a permis d'affiner au fil de l'eau les besoins des FOSA. Malgré les difficultés majeures d'importation des médicaments, la première livraison a pu avoir lieu en juillet 2014, 4 mois après le démarrage du projet. + L'appui au dispositif de gratuité ciblée pour les femmes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans a contribué à lever les barrières financières d'accès aux soins. + La mise en place d'une ambulance pour le transfert des complications a contribué à lever certaines barrières géographiques pour la prise en charge des urgences en santé maternelle néonatale et infantile. + Le redémarrage de l'activité des formations sanitaires a permis sur la durée du projet la prise en charge de 93 360 personnes dont 7474 femmes enceintes et allaitantes et 24 945 enfants de moins de 5 ans. 109% de la cible a été atteinte pour les consultations prénatales n°1. 10.899 enfants ont bénéficié d'un dépistage nutritionnel dans le cadre du projet. 	
Durabilité	<ul style="list-style-type: none"> + L'obtention d'un financement Bêkou en continuité de RUBAN a permis de poursuivre l'appui aux FOSA, d'élargir la zone de couverture et le paquet de services (inclusion et prise en charge médicale des VBG), et d'accentuer l'appui aux équipes cadres de district. 	<ul style="list-style-type: none"> + Le contexte de crise n'a pas permis au niveau central du système de santé de se renforcer suffisamment pour permettre la mise en œuvre d'une stratégie de sortie des partenaires techniques et financiers. L'arrêt prochain de Bêkou ne semble pas en proposer non plus et suscite donc des interrogations sur la manière dont les autorités centrafricaines

	<p>+ Le renforcement des équipes cadre de district, unités opérationnelles du système de santé en RCA, pourraient contribuer à un maintien des résultats des interventions, dans la limite des moyens disponibles et compte tenu de la fragilité structurelle des institutions.</p>	<p>gèreraient une "période de carence" avant la mise en place d'un nouvel instrument.</p>
--	---	---

8. Zoom sur la dimension renforcement de capacités dans les projets

8.1. Synthèse

Les actions de renforcement de capacités ont concerné un champ thématique assez large qui semble avoir répondu à de réels besoins prioritaires. Si les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence ont représenté la thématique principale sur l'ensemble des projets, des formations sur les questions de planification familiale, de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes ont également été mises en œuvre et des thématiques plus transversales ont été abordées. Au regard des besoins sur le sujet, il aurait été pertinent d'intégrer davantage le volet santé sexuelle et notamment la question de la prise en charge médicale des violences sexuelles en particulier dans le contexte centrafricain (tel que recommandé par le DMU³³). Le volet santé infantile a par ailleurs été également intégré de façon moins systématique. La dimension « prestation de service » a principalement été ciblée, la dimension « expérience patients » ne semblant pas avoir été couverte en dehors du projet en RCA (aucun exemple concret identifié). Au regard de l'impact des relations soignants-soignés sur le recours aux soins en lien avec la santé de la reproduction, et sur la santé des femmes de façon plus générale, et des difficultés souvent documentées dans cette relation³⁴, il aurait été pertinent d'intégrer cette thématique aux éléments plus techniques traités dans le cadre des formations. De la même façon il aurait été intéressant d'intégrer des éléments en lien avec la prise en compte d'une perspective de genre.

Sur l'ensemble des projets, un sentiment général de satisfaction concernant le renforcement de capacités a été rapporté par de nombreux interlocuteurs certains ayant étayé leurs propos par des exemples concrets d'évolution de pratiques. Les modalités de capitalisation, de suivi-post formation et de recyclage sont cependant restées assez limitées, ne permettant pas une analyse approfondie des évolutions et limitant l'impact de ces formations.

8.2. Champ thématique couvert et niveaux d'intervention

8.2.1. Thématiques de santé

Thématiques de SSRMNIA

Si le fil conducteur sur l'ensemble des projets a été le renforcement de capacité en matière de **Santé Maternelle et Néonatale**, les différents projets ont ciblé un panel assez large de sujets en lien avec la SSRMNIA y compris des soins/interventions reconnus parfois « peu couverts » habituellement :

³³ Dispositif Minimum d'Urgence développé par le groupe de travail inter-agences sur la santé reproductive dans les contextes de crise (IAWG), version 2011 applicable au moment du projet

³⁴ La relation soignant-soigné dysfonctionnelle, les mauvais traitements et le manque de respect dans le cadre des services de santé maternelle ont été documentés ces 30 dernières années. A ce sujet on peut se référer aux travaux de Yannick Jaffré et Pierre-Olivier de Sardan en Afrique de l'Ouest ou aux études plus récentes réalisées par l'OMS.

- Le volet **Santé Maternelle et Néonatale** a été couvert par l'ensemble des projets avec un focus important sur les Soins Obstétricaux d'Urgence Néonataux. Les formations sur l'ensemble des projets ont intégré de façon systématique des sessions sur la réanimation néonatale et sur les soins après avortement (composante parfois négligée). Si une attention particulière a été accordée aux domaines des soins prénataux, il est à noter qu'aucun des projets n'a couvert la thématique des consultations postnatales. Cela aurait cependant été pertinent dans une optique d'approche intégrée du continuum de soins ;
- Le volet **Santé de la Reproduction et planification familiale** a été assez largement couvert sur les projets au Sénégal et au Bénin. Il n'a pas été traité dans le cadre du projet en RCA (sujet couvert par le FNUAP) ;
- Seul le projet au Sénégal a intégré un volet **Santé Sexuelle** avec des formations sur la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles (IST) et de façon plus transversale la thématique d'Éducation à la santé sexuelle des adolescents et jeunes. Certaines composantes habituellement négligées telle que la prise en charge des violences sexuelles n'ont pas été intégrées. Ce sujet aurait pourtant été extrêmement pertinent dans le contexte centrafricain, la prise en charge des violences sexuelles faisant partie du Dispositif Minimum en Santé reproductive dans les contextes de crise. Des recommandations en ce sens ont d'ailleurs été formulées à l'issue du projet RUBAN et cette composante semble avoir été intégrée au projet Bêkou qui s'en est suivi ;
- Le volet **Santé Infantile** a été couvert de façon moins systématique. Seul le projet au Sénégal a intégré des formations pour les professionnels de santé par exemple sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ou encore sur la prise en charge de la malnutrition. Le projet en RCA a cependant intégré le sujet de la lutte contre la malnutrition au niveau communautaire ;
- Le volet **Santé des Adolescents** a été pris en compte à différents niveaux dans le cadre du projet au Sénégal (niveau communautaire et soins de santé primaires et niveau central pour la création de curriculum de formations). A noter que le projet au Bénin a intégré cette dimension dans le cadre de l'appui au programme CORARE³⁵ ciblant spécifiquement les enseignants et les élèves.

Thématiques transversales

- L'ensemble des projets a ciblé, via différentes modalités de formation, des thématiques en lien avec le **renforcement du système de santé** : santé publique et santé communautaire, systèmes d'information sanitaire, procédures de gestion, gestion des produits médicaux, etc. ;
- Les projets au Bénin et au Sénégal ont intégré des formations spécifiques sur la **transfusion sanguine** (de façon générale et plus spécifiquement en lien avec la SSRMNIA) ;
- Le projet RUBAN en RCA a intégré de façon spécifique la **dimension psychosociale** au niveau communautaire et au niveau des soins de santé primaires, thématique particulièrement pertinente au regard du contexte et à l'époque encore intégrée de façon non systématique par les acteurs de l'aide humanitaire ;
- **Une approche plus spécifique genre** ne semble pas avoir été intégrée de façon systématique dans le cadre du renforcement de capacité. Le projet RUBAN semble avoir intégré une prise en compte des spécificités de genre et une volonté d'impliquer les hommes sur les questions de SSRMNIA au sein des formations en lien avec le volet psychosocial.

³⁵ Programme « Connaitre son corps, réfléchir ses choix, et améliorer les relations de genre à l'école » mis en œuvre dans le cadre du PASMI par Yannick Jaffré et le Groupe interacadémique pour le développement en lien avec le Ministère de l'Enseignement secondaire et la DSME : élaboration et diffusion d'un film pédagogique et diffusion de livrets d'information

8.2.2. Contenu de formation et approche de la qualité des soins

- L'ensemble des formations a combiné des modalités de formation sur les aspects théoriques et des mises en pratique, notamment pour certains gestes (réanimation néonatale, pratique de la ventouse obstétricale, aspiration manuelle intra-utérine en soins après-avortement, pose et retrait de dispositifs contraceptifs à longue durée d'action) ;
- L'accent a été mis sur le volet **prestation de soins** en présentant des *pratiques fondées sur les données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications (respect des précautions standards universelles, soins de prévention, dépistage et prise en charge des complications, référencement)* ;
- La dimension **expérience des soins par les patients** en lien avec l'accueil, la relation de soins, une communication efficace et le respect de la dignité des patientes a été intégrée de façon limitée et non systématique. Cette dimension non médicale des soins n'a fait l'objet de sessions dédiées que dans le cadre du projet RUBAN en RCA en lien avec l'approche psychosociale. Des initiatives sur le sujet existaient à l'époque des projets au Sénégal et au Bénin (« accouchement en style libre » au Sénégal et « soins de maternité respectueux » au Bénin) mais n'ont pas été intégrés aux formations dispensées dans le cadre des projets. Plusieurs interlocuteurs interrogés dans le cadre de ces deux projets ont par ailleurs souligné l'intérêt d'intégrer cette dimension.

8.2.3. Niveaux de soins ciblés par le renforcement de capacité

- Les projets ont ciblé de façon assez variée les **différents niveaux de la pyramide sanitaire** ;
- Le projet PASME au Sénégal a intégré des activités de renforcement de capacité à chaque niveau depuis **le niveau communautaire jusqu'au niveau central** ;
- Le projet PASMI au Bénin a ciblé principalement **les niveaux central niveau hospitalier** et soins de santé primaires ;
- Une **approche district** a été mis en place dans le cadre du projet RUBAN en RCA qui a ciblé le niveau communautaire, le niveau soins de santé primaires / centres de santé et le renforcement des équipes cadres de district ;
- Des dynamiques de formations en cascade ont été intégrées aux projets au Bénin et au Sénégal.



	Niveaux de la pyramide sanitaire	Thématiques de SSRMNIA					Thématiques transversales		Publics cibles
		Santé sexuelle	Santé reproductive	Santé maternelle et néonatale	Santé infantile	Santé des adolescents	Renforcement du système de santé	Soutien psychosocial	
BENIN	Central						Santé publique, santé communautaire, transfusion sanguine		Cadres de la DSME
	Hospitalier et/ou régional		Planification familiale	SONU, Soins après avortement, complications transfusionnelles dans le cadre des SONU, réanimation néonatale			Bonnes pratiques transfusionnelles, pathologies hématologiques et gestion de l'anémie		Médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, infirmiers
	Soins de santé primaires		Planification familiale	SONU, Soins après avortement, réanimation néonatale					Sages-femmes
SENEGAL	Central		Planification familiale	Soins mère et nouveau-né à domicile	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, alimentation du nouveau-né et du jeune enfant, nutrition appliquée au cycle de vie, prise en charge de la malnutrition aiguë	Éducation à la santé sexuelle, construire son avenir, gestion espace ados	Bonnes pratiques de transfusion, DHIS2, Santé publique, suivi-évaluation, gestion RH, planification		Cadres de la DSMRE, secrétaire, Équipes cadres de région
	Hospitalier et/ou régional	Prise en charge syndromique des IST	Méthodes longue durée d'action, DMPA-SC (Sayana Press®)	Consultation prénatale, SONU, soins essentiels du nouveau-né, échographie obstétricale, Prévention transmission mère-enfant VIH	Prise en charge de la drépanocytose, prise en charge de malnutrition, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, prise en charge de la malnutrition		DHIS2, procédures de gestion, passation de marché		Équipes cadre de région, Médecins, sages-femmes, infirmiers
	Soins de santé primaires	Prise en charge syndromique des IST	Méthodes longue durée d'action, DMPA-SC (Sayana Press®)	Consultation prénatale, SONU, soins essentiels du nouveau-né, échographie obstétricale, Prévention transmission mère-enfant VIH	Prise en charge de la drépanocytose, prise en charge de malnutrition, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, prise en charge de la malnutrition	Construire son avenir	DHIS2, procédures de gestion		Équipes cadre de district, Médecins, sages-femmes, infirmiers
	Communautaire				Supplémentation en vitamine A	SRAJ pairs éducateurs	Orientation Bajenu Gox		Agents communautaires, Bajenu gox, pairs éducateurs
RCA	Soins de santé primaires			Consultation prénatale, SONU, échographie obstétricale			Prescription rationnelle, gestion des produits médicaux, rôle des COGES	Soutien psychosocial dans les soins de santé, la lutte contre la malnutrition,	Médecins, sages-femmes, infirmiers, assistantes accoucheuses, gestionnaires pharma, COGES

								gestion des cas de PTSD	
Communautaire	Pratiques familiales essentielles, PF, lutte contre la malnutrition							Soutien psychosocial	Volontaires CRCA

L'ensemble des thématiques de formation par niveau de soins sont présentées au sein du tableau suivant.

Tableau : Synthèse des thématiques de formation sur l'ensemble des projets

8.3. Méthodologies utilisées

8.3.1. Modalités de renforcement de capacité

Modalités

Les projets ont recouru à des modalités de renforcement de capacité assez variées :

- Création de protocoles, outils et curriculum de formation bénéficiant à la formation initiale et continue (Bénin et Sénégal)
- Appui à la formation continue : formations diplômantes à l'international pour certains cadres de santé (Bénin et Sénégal), formations ponctuelles à destination des professionnels de santé ou agents de santé communautaires (Bénin, Sénégal, RCA), stages pratiques (Bénin, Sénégal, RCA), supervisions formatives (Bénin, Sénégal, RCA)
- Ouverture de centre de formation (Bénin) : centre de télé-simulation SONU, centre de formation initiale et continue en transfusion sanguine et création d'un diplôme universitaire en transfusion sanguine : Des dynamiques de **formation en cascade** ont été mises en place au Sénégal et au Bénin. Au Bénin de façon plus spécifique, le projet PASMI a permis de décentraliser le modèle des « champions SONU³⁶ » et de mettre en place des pools de formateurs.

Si une dimension de formation de formateurs a été intégrée à certaines formations continues mises en œuvre, il est à noter **qu'aucun des projets n'a intégré des initiatives consacrées exclusivement au renforcement des méthodologies d'ingénierie pédagogique / de formations de formateur**. Les différents formateurs ayant dispensé des formations dans le cadre du projet avaient pu bénéficier de formations dans le cadre des politiques nationales en place de façon non systématique.

Évaluation des besoins

- Au Bénin, les priorités de formation ont été établies sur la base d'évaluations des besoins en SONU et des besoins prioritaires pour l'atteinte de l'OMD 5, mises en œuvre par le ministère de la santé en 2010 et 2014 et complétées par une évaluation des besoins en formation mises en œuvre par l'assistance technique ;
- Au Sénégal, les priorités de formation ont été établies sur la base d'une analyse des plans de formations établis au niveau de la DSME et de la région médicale de Louga ;
- En RCA le paquet de thématique de formation a été élaboré sur la base d'une évaluation initiale des besoins effectuées en début de projet et des paquets de formation habituellement utilisés par la CRF en contexte de crise.

Apports théoriques / contenus de formation

La plupart des formations se sont basées sur des **curriculums et des supports de formations nationaux existants** qui ont été mis à jour en fonction des dernières recommandations scientifiques en matière de SSRMNIA. Au Sénégal, le projet a permis de développer de nouveaux curriculums de formation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, thématique qui n'avait jusqu'ici pas été investie et pour laquelle le ministère ne disposait pas de supports. Au niveau de la région médicale de Louga, les équipes cadres de région ont bénéficié de l'assistance technique du cabinet Conseil Santé via un expert long terme qui a été impliqué sur une partie des formations. Au Bénin, les supports existants déjà et ont été remis à jour avec l'appui d'un experte nationale court terme de Conseil Santé.

³⁶ Pool de formateurs sur les Soins Obstétricaux d'Urgence

Enfin en RCA, le projet RUBAN s'est appuyé d'une part sur les curriculums nationaux et d'autre part sur les supports de formation habituellement déployés par la CRF et adaptés au contexte notamment sur le volet psychosocial.

8.3.2. Suivi post-formation et supervisions formatives

- Sur l'ensemble des projets des **supervisions formatives** avaient vocation à suivre les acquis des formations ;
- Pour l'ensemble des projets il semble que ces supervisions aient été insuffisantes (manque de disponibilité des équipes, contraintes financières, et contrainte sécuritaire pour la RCA) ;
- Au Sénégal dans la région médicale de Louga les supervisions ont été assurées par un binôme coordinatrice SR de la région médicale / médecin spécialiste de l'hôpital de Louga. Au Bénin, elles ont été assurées par les autorités de santé au niveau des départements. En RCA, des supervisions conjointes entre la CRF et les équipes cadres de districts ainsi que des supervisions plus régulières par l'équipe de la CRF uniquement ont été réalisées ;
- A l'exception du projet RUBAN, l'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'obtenir de rapports de supervision détaillés, rendant difficile une analyse précise de ces supervisions ;
- Aucun des projets n'a permis la mise en place de **sessions de recyclages**. Ceci a été relevé comme une limite importante par différents interlocuteurs pour les projets au Sénégal et au Bénin. Pour le projet en RCA, les formations ont continué d'être organisées dans le cadre du projet sur fonds Bêkou qui a succédé au projet RUBAN ;
- Le **fort turn-over des professionnels de santé** a été rapporté comme principale difficulté pour le maintien et la mise en œuvre des acquis des formations pour l'ensemble des trois projets ;
- Dans le cadre du projet PASMI au Bénin, certaines structures de santé ont pu bénéficier de matériel de formation / modèles anatomiques permettant d'une part aux professionnels de santé de pratiquer certains gestes utilisés moins fréquemment dans leur activités afin de conserver les acquis de la formation (par exemple ventouse obstétricale ou AMIU pour les structures de santé périphérique avec un faible volume d'activité), d'autre part le compagnonnage et la transmission de connaissances auprès des nouveaux arrivants. Le centre de télé-simulation en SONU mis en place au niveau du CHUMEL représente également un atout de taille concernant la formation continue et le maintien de compétences à jour notamment concernant la pratique de gestes techniques ;
- Aucun autre mécanisme de transmission de connaissance aux nouveaux arrivants en cas de turn-over n'a pu être identifié.

8.3.3. Capitalisation d'outils

- Plusieurs documents clés et détaillés en lien avec les formations ont pu être transmis à l'équipe d'évaluation dans le cadre du projet PASMI au Bénin : rapport d'évaluation des besoins par Conseil Santé, termes de références des formations, rapports de formations ;
- Malgré plusieurs demandes, l'équipe de formation n'a été en capacité d'obtenir que très peu de documents relatifs à la mise en œuvre des formations dans le cadre des projets PASME 1 au Sénégal et RUBAN en RCA ;
- Des éléments descriptifs relatifs à la mise en œuvre de supervisions formatives n'ont pu être récupérés que dans le cadre du projet RUBAN (rapport de supervision conjointe du centre de santé de Guintagola) ;
- Aucun support de formation n'a pu être récupéré.

8.4. Évolution des connaissances et des pratiques de soins post-formation

8.4.1. Évaluation des connaissances suite aux formations

Seuls certains rapports de formation ont pu être obtenus par l'équipe d'évaluation pour l'ensemble des projets. L'évolution des connaissances n'a pas pu être analysée de façon exhaustive mais voici quelques illustrations relatives à l'analyse des résultats pré et post tests :

- Les résultats de pré et post-tests mis en œuvre dans le cadre des formations sur le volet psychosocial du projet RUBAN en RCA ont révélé un taux d'évolution positive des connaissances de 80% (moyenne des pré-tests = 10/20 ; moyenne des post-tests = 18/20) ;
- Les résultats de pré et post-tests disponibles de 2 sessions de formations mises en œuvre par le projet PASMI au Bénin ont révélé un taux d'évolution positive des connaissances de 90% (moyenne des pré-tests = 10/20 ; moyenne des post-tests = 19/20) ;
- Les résultats des pré/post-tests relatifs aux sessions de formation sur les consultations prénatales recentrées dans la région médicale de Louga pour le projet PASME au Sénégal ont révélé un taux d'évolution de 20% (moyenne des pré-tests = 12/20 ; moyenne des post-tests = 14/20).

8.4.2. Évolution des performances

Les données présentées dans le cadre du rapport final du projet RUBAN en RCA et relatives à l'évaluation des performances des centres de santé mise en œuvre en 2014 et 2015 a montré une évolution favorable de 10% (moyenne des performances à t0 =64/100 ; moyenne des performances à t1=74/100).

8.4.3. Évolution de pratiques de soins

Si aucun focus groupe formel n'a pu être organisé, différents entretiens collectifs et individuels ont pu être menés avec des personnes ayant dispensé ou ayant reçu les formations pour les trois projets. L'ensemble des personnes interrogées ont fait part d'un bon niveau de satisfaction quant aux formations dispensées, les thématiques de formations ont été jugées prioritaires et des évolutions de pratiques à la suite des formations ont été identifiées. Les entretiens ont ainsi permis d'identifier des exemples concrets de ces évolutions pratiques qui semblent être de deux types :

Renforcement de la qualité des pratiques existantes et mise à jour selon les données scientifiques récentes

- Arrêt de l'utilisation systématique de l'ocytocine au cours du travail et recentrage des indications d'utilisation selon les recommandations de l'OMS (Bénin) ;
- Harmonisation des pratiques et mise en place de protocoles d'utilisation du sulfate de magnésium en traitement de l'éclampsie (Bénin) ;
- Amélioration de la pratique de la réanimation néonatale (Bénin et Sénégal) ;
- Amélioration de l'organisation générale des services et du circuit patient (RCA) ;
- Mise en place et utilisation du nouveau partogramme recommandé par l'OMS avec l'augmentation de la phase de latence (Sénégal) ;
- Amélioration de l'accueil et de la relation de soins ayant contribué à augmenter la file active et terme de soins maternels et infantiles (RCA) ;
- Renforcement de la précision et de la confiance en soi des professionnels pour certains gestes techniques peu pratiqués par les professionnels exerçant dans des structures ayant un faible volume d'activité (ventouse obstétricale, AMIU) (Sénégal et Bénin).

Mise en place de nouvelles pratiques de soins

- Mise en place de la tamponnade intra-utérine pour la prise en charge des hémorragies de la délivrance (Bénin) ;

- Dans le cadre de la planification familiale, inclusion de la pose de DIU en post-partum immédiat (pratique pour laquelle les sages-femmes n'étaient pas formées avant) (Bénin) ;
- Dans le cadre de la planification familiale, inclusion de la prescription de contraceptifs injectables : DPMA-SC (Sayana Press®) (Sénégal) ;
- Dans le cadre de la planification familiale au niveau des centres et postes de santé, inclusion de la prescription, pose et retrait de méthodes à longue durée d'action : DIU et implants contraceptifs (pratiques pour lesquelles les sages-femmes n'étaient pas / peu formées avant) (Sénégal) ;
- Mise en place de consultations d'échographie obstétricale dans un centre de santé (avant le projet, le matériel était disponible mais personne n'était formé à son utilisation) (RCA) ;
- Mise en place la méthodologie de Premier Secours Psychologiques pour la prise en charge en phase aiguë pour les personnes ayant vécu un traumatisme (RCA).

8.5. Analyse de la performance des actions de renforcement de capacités sur les trois projets

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Couverture assez large des sujets de SSRMNIA dans les actions de formation entre les différents projets et inclusion de thématiques transversales (ayant notamment trait au renforcement du système de santé) ; • Mise en œuvre d'actions de renforcement de capacité couvrant différents niveaux de la pyramide sanitaire en fonction des projets depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central ; • Bonne priorisation des sujets de formation en fonction des besoins d'après les différents interlocuteurs interrogés ; • Inclusion dans certains projets (Bénin et Sénégal) d'un sujet à l'époque peu traité / souvent négligé (Éducation complète à la sexualité) dans certaines actions de formation ; • Mix de méthodologie théoriques et pratiques permettant de renforcer les savoirs et les savoir-faire ; • Plusieurs exemples concrets d'évolutions positives des pratiques des professionnels de santé à la suite des formations ; • Des bonnes pratiques identifiées sur les projets (par exemple : volet psychosocial en RCA, centre de télé-simulation et champions SONU au Bénin) • Sentiment général de satisfaction des autorités sanitaires, formateurs et 	<ul style="list-style-type: none"> • Certains sujets/dimensions de la SSRMNIA peu / pas couverts : volet santé sexuelle (notamment IST, violences sexuelles) consultations post natales, et volet santé infantile. A priori, absence de formation sur une approche plus globale et intégrée de la SSRMNIA (continuum de soins, interconnexion des services) ; • Actions de formation centrées sur la dimension « prestation de services » et faible prise en compte de la dimension « expérience patient » (accueil, relation de soin, communication, etc) ; • Problèmes d'assiduité des participants et de temps de formation réduit au minimum rapportés pour certaines formations ; • Très peu d'exemples identifiés illustrant la prise en compte d'une perspective de genre dans les actions de formation et faible prise en compte d'une approche centrée sur les patients et de renforcement de leurs capacités individuelles ; • Ressources insuffisantes dédiées à la mise en œuvre d'actions de suivi post-formation : supervisions formatives insuffisantes, actions de recyclage non planifiées ; • Impact des actions de formation limité par le turn-over des ressources humaines sur l'ensemble des projets, peu de stratégies identifiées pour mitiger cet état de fait ;

participants aux formations ayant pu être interrogés au cours de l'évaluation.

- Formations diplômantes parfois suivies de mutations à des postes plus prometteurs et par conséquent non pas utilisées pour l'amélioration du service demandeur.



© Pluricité 2021. Tous droits réservés.

Ce document est confidentiel est établi à l'attention exclusive de son destinataire. Toute modification, reproduction ou partage des informations contenues dans ce document est strictement interdite