

ÉVALUATION DU

PROJET COUFFO, BÉNIN

OCTOBRE 2025

Cette publication a été réalisée à la demande de Médecins Sans Frontières (MSF) – Centre Opérationnel de Bruxelles (OCB) sous la direction de l'Unité d'Évaluation de Stockholm (SEU).

Tous les évaluateurs engagés par la SEU respectent les directives éthiques de la SEU pour les évaluations.

L'évaluation a été menée de manière indépendante par Global Health Direct Ltd. : Nicolas Avril, Prudencia Ayivi, Claire Weil.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Les opinions exprimées par les auteurs dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Médecins sans Frontières ni de l'Unité d'évaluation de Stockholm.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	4
INTRODUCTION ET CONTEXTE	10
But de ce Rapport.....	10
Contexte du Benin	11
Récapitulatif de la méthodologie et de la collecte des données	16
Présentation de la Théorie du Changement du Projet Couffo	19
Limitations de la revue.....	22
RESULTATS DE LA REVUE A MI-PARCOURS.....	24
Pertinence de la conception et alignement avec les besoins.....	24
Mise en œuvre des activités et adaptation	29
Résultats observés et changements générés.....	41
Efficience opérationnelle et défis de mise en œuvre.....	57
SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS ET DES LEÇONS APPRISES	68
CONCLUSION	74
ANNEXE 1 : THEORIE DE CHANGEMENT DETAILLEE	76
ANNEXE 2 : MATRICE DE LA FORCE DES PREUVES	78

ABRÉVIATIONS

AQ	Assurance Qualité
COD	Cas Obstétricaux et/ou Néonataux D'urgence
COGES	Comité de gestion de santé
CNGOB	Collège National des Gynécologues Obstétriciens du Bénin
CPN	Consultations prénatales
CPoN	Consultations post-natales
CPS	Changement le Plus Significatif
DDS	Direction Départementale de la Santé
EIC	Entretiens Informateurs Clés
EVA	Exploration des Valeurs et Attitudes
HDZ	Hôpital de Zone KTL
HP	Promotion de la Santé (<i>Health Promotion</i>)
KTL	Klouékanmè, Toviklin et Lalo
MICS	UNICEF Multiple Indicator Cluster Surveys
MdS	Ministère de la Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
MVC	Femmes leaders (aussi connus comme « membres des volontaires communautaires »)
MCZ	Médecin coordinateur de Zone
NV	Naissances Vivantes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCI	Prévention et contrôle des infections
PEC	Prise en charge
PF	Planification familiale
QCR	Questions Clés de la Revue
TdC	Théorie de Changement
SAS	Soins d'Avortement Sécurisé
SEU	Unité d'Evaluation de Stockholm
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Bases
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
VSX	Victimes de Violences Sexuelles

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

La revue à mi-parcours du projet Couffo de Médecins Sans Frontières (MSF) au Bénin, conduite par Global Health Direct pour l'Unité d'Évaluation de Stockholm, visait à analyser la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité des interventions menées depuis 2022 dans la zone sanitaire de Klouékanmè, Toviklin et Lalo (KTL). La revue à mi-parcours, menée selon une méthodologie mixte et participative, a combiné l'analyse documentaire, l'exploitation des données médicales de routine, des entretiens avec les parties prenantes, des groupes de discussion communautaires et des observations de terrain. Elle s'est appuyée sur une Théorie du Changement co-construite avec MSF, servant de cadre à l'analyse des contributions et à l'identification des maillons critiques de la chaîne de résultats. Les limitations méthodologiques incluent l'absence de collecte quantitative primaire indépendante, la qualité variable des données de routine, l'accès partiel aux bases de données, et la portée géographique restreinte de l'échantillon analysé.

RESULTATS CLES

1. *Quelle est l'approche générale et quelles sont les activités mises en œuvre à Couffo ?*

Pour répondre aux priorités stratégiques nationales en santé sexuelle et reproductive (SSR) et en santé maternelle et néonatale (SMN) pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle, le projet a adopté une approche générale combinant renforcement des capacités cliniques, amélioration des infrastructures, fourniture d'équipements essentiels et mobilisation communautaire structurée autour de femmes leaders. Cette double approche clinique et communautaire a été perçue comme appropriée pour atteindre les multiples objectifs fixés du projet.

Activités mises en œuvre

Le projet Couffo a déployé un ensemble d'actions cliniques, communautaires et institutionnelles :

- **Renforcement de l'offre de soins de qualité** : CPN (1 et 4), accouchements assistés, planification familiale (PF), SAS (soins d'avortement sécurisé), prise en charge des VSX (victimes de violences sexuelles).
- **Appui en infrastructures et équipements** : réhabilitation des maternités, installation de châteaux d'eau et dispositifs WATSAN/PCI, fourniture d'équipements médicaux (échographes, équipements du bloc opératoire et de néonatalogie, dispositifs de tests, médicaments et divers matériels des soins).
- **Renforcement des capacités** : formations mensuelles et coaching bimensuel pour 12 sages-femmes sur SONUC, EVA, SAS, VSX, PF et prévention des infections.
- **Engagement communautaire** : mise en place et formation de femmes leaders (MVC) chargées de la sensibilisation, visites à domicile (entretien et consultation médicale basique), référencement vers les CS, et groupes de "chuchoteurs" pour influencer les comportements communautaires vis-à-vis de la SMN et SSR.
- **Mécanismes de référence** : mise en place de tricycles pour évacuations et prise en charge intégrale des coûts de transport et soins de cas urgents à l'hôpital de zone (HDZ).
- **Appui financier et institutionnel** : gratuité de certains soins, compléments salariaux, intégration progressive dans les mécanismes institutionnels du MdS, collaboration avec DDS/MCZ.

Activités adaptées

Certaines composantes ont nécessité des ajustements face aux réalités locales et institutionnelles :

- **Introduction progressive des SAS et VSX** : précédée de plaidoyer et sensibilisation pour réduire les résistances sociales et religieuses. Du fait de l'objection de conscience de nombreuses sages-femmes, MSF a dû s'appuyer sur un petit noyau de prestataires volontaires et établir des partenariats ponctuels avec des cliniques privées.
- **Gestion des médicaments** : après négociation avec les autorités, MSF a obtenu l'autorisation d'importation des médicaments et les stocks ont été intégrés dans le circuit national, échappant au contrôle logistique direct de MSF, ce qui a exigé une adaptation de la coordination et du suivi.
- **Formations cliniques** : adaptation nécessaire face aux contradictions entre protocoles MSF et normes nationales, et nécessité d'impliquer davantage de formateurs locaux pour harmonisation.
- **Cycle d'appui** : introduction d'un modèle rotatif (2 ans de soutien par centre), avec ajustement progressif des retraits et intégrations pour tenir compte de la capacité réelle des structures.

Activités qui tardent

D'autres actions prévues ou amorcées rencontrent des retards ou restent incomplètes :

- **Institutionnalisation et pérennisation** : faible planification du Ministère de la Santé pour assurer la reprise des ressources humaines et le maintien des acquis après retrait de MSF.
- **Entretien des infrastructures et équipements** : inquiétudes sur le maintien à long terme des dispositifs WATSAN/PCI et du matériel installé.
- **Intégration des personnels formés** : non systématiquement repris par les autorités, ce qui fragilise la durabilité de l'investissement en renforcement de capacités.
- **Systèmes de suivi-évaluation** : encore fragmentés entre plusieurs bases (santé, HP, finances, RH, etc.), freinant la consolidation et l'utilisation optimale des données.
- **Reconnaissance et motivation des femmes leaders** : leur statut bénévole et l'absence de mécanismes institutionnels fragilisent la continuité de leur engagement après le départ de MSF.

L'introduction des composantes SAS et VSX a suivi une approche progressive, précédée d'une phase de sensibilisation et de plaidoyer pour réduire les résistances. Si des avancées ont été réalisées, l'offre demeure vulnérable du fait de l'objection de conscience largement pratiquée par les sages-femmes et de la dépendance à un petit nombre de prestataires volontaires. Les partenariats ponctuels avec des cliniques privées ont permis de pallier temporairement ce déficit, mais leur pérennisation exige une diversification des prestataires, une harmonisation des protocoles avec le Ministère de la Santé et un renforcement du plaidoyer juridique et institutionnel.

2. Quels changements ont été observés suite à la mise en œuvre du projet ?

Tout d'abord, le projet a permis l'amélioration de l'offre des services SSR et SMN offerts dans les centres de santé appuyés par MSF grâce à un appui holistique en infrastructure, équipement, renforcement de capacité du personnel de santé, financier, et institutionnel. De plus, le projet a contribué à stimuler la demande pour ces services en changeant la perception de certaines femmes enceintes et femmes en âge de procréer à travers une sensibilisation et un suivi communautaire par des femmes leaders et chuchoteurs. Le projet a contribué à l'évolution progressive des perceptions communautaires sur des thématiques sensibles tels que l'avortement et la contraception. Les femmes leaders, sélectionnées par les communautés, ont joué un rôle essentiel dans

la levée des barrières socio-culturelles, la diffusion d'informations fiables et le référencement vers les structures de soins. Cette stratégie a permis un meilleur accès aux informations sur les services SSR et SMN disponibles, une réduction des barrières logistiques et financières limitant directement l'accès à ces services, et un renforcement des systèmes de santé fournissant ces services. La durabilité de ce modèle repose encore sur une base fragile, notamment en raison du caractère bénévole de l'engagement des femmes leaders et de l'absence de mécanismes institutionnels garantissant la continuité de leurs activités après un éventuel retrait de MSF. Conscient de cette limite, le projet a néanmoins intégré la dimension de durabilité dès sa conception en misant fortement sur l'engagement communautaire, à travers un processus participatif de sélection et de mobilisation des femmes leaders. Celles-ci ont été identifiées et recrutées à l'issue de séances de travail approfondies avec leurs communautés, afin de consolider la légitimité de leur rôle et de renforcer l'adhésion locale. Pour répondre à la question clé du financement et de l'autonomisation de ces initiatives, MSF a également noué un partenariat avec une organisation de la société civile spécialisée, Éleveurs sans Frontières, qui accompagne les femmes leaders dans le développement d'activités génératrices de revenus adaptées à leur contexte. Cette stratégie vise à renforcer leurs capacités et à diversifier leurs moyens de subsistance, créant ainsi des perspectives de pérennisation au-delà du soutien direct de MSF.

Dans les centres de santé appuyés par MSF, le projet pourrait avoir contribué indirectement à une augmentation du taux de couverture de CPN1, au maintien des services de SMN de qualité, et une augmentation des CPON2 dans les centres de santé appuyés par le projet. L'amélioration de ces indicateurs semblent être corrélés à la mise en œuvre des activités du projet. Cependant, les données récoltées par la revue ne permettent pas de clairement identifier des effets sur le taux de CPN4 au troisième trimestre de grossesse, les accouchements faits par un personnel qualifié, l'utilisation des services SAS ou VSX, et les consultations PF pour femmes enceintes. Les résultats sont mitigés et ne montrent pas de changement significatif. Il convient également de noter que certaines limites liées à la qualité des données — telles que des erreurs potentielles de saisie, des changements de collecteurs de données ou encore des évolutions dans les méthodes de calcul des indicateurs — peuvent avoir influencé ces résultats. Au niveau de l'HDZ de zone, la revue note une baisse du taux de létalité des complications obstétriques directes et du taux de mortalité maternelle intrahospitalière depuis le début du projet. Il est difficile d'attribuer ces changements au projet mais quelques facilitateurs clés sont ressortis des données qualitatives et documentaires, notamment la mise en place d'un système de référencement et transport pour les cas COD, la sensibilisation à grande échelle sur l'importance des services SMN notamment pour le suivi des grossesses, et le financement de MSF des soins des COD et services de qualité de SMN fournis.

3. Comment les acquis du projet de MSF pourront-ils être préservés et pérennisés une fois le projet transféré aux autorités béninoises ?

La revue à mi-parcours identifie également des contraintes structurelles qui freinent l'efficacité et la durabilité du projet : gestion inégale des tricycles de référence, tensions dans l'approvisionnement pharmaceutique, rotation du personnel mobil international de MSF et du personnel national du MdS, manque de retour d'information systématique aux structures communautaires (COGES), et difficultés d'accès à certaines données désagrégées pour l'analyse des résultats par l'équipe de suivi. Par ailleurs, la reprise des activités par le Ministère de la Santé reste un défi majeur en raison de ressources humaines et financières limitées, ce qui compromet la capacité institutionnelle à maintenir les acquis et souligne que la pérennisation des résultats du projet demeure fragile.

4. De quelles manières et pour qui le projet a-t-il été un succès ? A-t-il été un succès pour MSF, le Ministère de la Santé (MdS), les communautés et les patients ?

Le projet a été un succès pour MSF, permettant à l'organisation de tisser des liens étroits avec le MdS et les autorités locales sanitaires, et de piloter une approche communautaire en parallèle à une approche clinique standard.

Pour le Ministère de la Santé, le projet a représenté un appui concret au renforcement du système de santé local : amélioration des capacités du personnel (formations SONUB/SONUC, SAS, VSX, PCI), dotation en équipements et médicaments, gratuité ciblée des soins, et introduction de dispositifs novateurs comme les tricycles de référence. Ces éléments ont contribué à renforcer l'alignement du projet sur les priorités nationales et à tester des solutions transférables à d'autres zones.

Pour les communautés et les patients, les bénéfices ont été tangibles : réduction des barrières financières grâce à la gratuité ciblée, accès élargi et de meilleure qualité aux services de CPN, d'accouchement et de SSR, amélioration des pratiques de prévention et de prise en charge des urgences obstétricales, et transformation progressive des perceptions sur des thématiques sensibles comme la planification familiale, les SAS et les VSX. L'engagement des femmes leaders et la co-construction avec les COGES ont renforcé la confiance envers le système de soins et favorisé une appropriation locale, malgré les défis de motivation et de reconnaissance qui restent à consolider pour assurer la durabilité.

5. La conception du projet est-elle pertinente et appropriée au regard de l'objectif général/spécifique du projet ?

La revue souligne que les objectifs du projet étaient bien alignés au contexte et aux besoins prioritaires de la zone d'intervention, en particulier pour répondre aux défis persistants de qualité et d'accès aux soins dans le Couffo. Le projet a bâti son approche autour d'un package standard de soins MSF centré sur la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), tout en intégrant de manière complémentaire les volets de santé sexuelle et reproductive (SSR). Cette combinaison a permis de renforcer la cohérence et la pertinence de l'offre de soins, en favorisant une approche globale et intégrée au bénéfice des communautés.

6. Quelles opportunités peuvent être identifiées pour rendre le projet plus efficace ? Quels défis ou challenges restent à relever ?

Le projet Couffo pourrait gagner en efficacité par la consolidation d'un système intégré de suivi-évaluation, l'harmonisation des protocoles avec le Ministère de la Santé et le renforcement du plaidoyer pour la pérennisation des acquis. Toutefois, plusieurs défis demeurent : manque de continuité du personnel formé, difficultés d'entretien des infrastructures et équipements, résistances socioculturelles sur les SAS et VSX, ainsi que des limites systémiques liées au financement, à la logistique et à la gouvernance du système de santé.

7. Quels enseignements peut-on tirer de l'approche d'engagement communautaire du projet qui soient pertinents pour d'autres projets d'OCB ?

L'approche communautaire du projet Couffo montre que l'implication des femmes leaders et des groupes de proximité est un levier puissant pour accroître l'adhésion aux soins, y compris sur les thématiques sensibles comme SAS et VSX. Elle souligne l'importance d'une stratégie intégrée, combinant renforcement clinique et mobilisation locale, pour lever barrières sociales et financières. Les leçons transférables pour OCB incluent :

sélection participative des femmes leaders, co-construction avec les COGES, reconnaissance institutionnelle et incitations adaptées.

8. Quels enseignements peut-on tirer de la collaboration avec le Ministère de la Santé qui soient pertinents pour d'autres projets d'OCB ?

La collaboration avec le Ministère de la Santé a montré l'importance d'un alignement étroit sur les priorités nationales et d'une co-construction des interventions pour renforcer à la fois la légitimité et la durabilité. Les délais institutionnels, parfois perçus comme contraignants, se sont révélés être des opportunités stratégiques pour affiner les approches et renforcer la confiance mutuelle.

Leçons pour améliorer le projet lui-même : la nécessité d'harmoniser davantage les protocoles avec ceux du Ministère, et d'intégrer plus systématiquement les acquis du projet dans les plans et budgets nationaux pour favoriser leur pérennisation.

Bonnes pratiques déjà mises en œuvre : depuis la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions, le projet a veillé à associer précocement les autorités sanitaires. Durant les deux premières années, MSF présentait tous les six mois l'évolution des activités au Ministère de la Santé, permettant des échanges réguliers sur les résultats obtenus et les défis rencontrés.

Leçon plus large : il apparaît essentiel d'appuyer le renforcement des capacités administratives du Ministère afin de soutenir la pérennisation du projet. Toutefois, ce domaine dépasse le mandat direct de MSF et nécessite un investissement institutionnel à plus long terme.

RECOMMANDATIONS POUR LE PROJET

Face à ces constats, la revue met en avant une sélection des recommandations prioritaires, parmi un ensemble plus large développé dans le rapport complet. Ces recommandations visent à :

1. Consolider l'intégration institutionnelle et la pérennisation

- Renforcer le plaidoyer auprès du Ministère de la Santé et des autorités locales pour l'intégration progressive des acquis (ressources humaines formées, équipements, mécanismes communautaires) dans les plans et budgets.
- Appuyer les DDS, MCZ et centres de santé en gestion administrative et financière pour sécuriser la continuité après le retrait de MSF.

2. Renforcer la qualité et la résilience des services cliniques

- Former l'ensemble des prestataires de soins sur les thématiques clés (SMN, SAS, VSX), et organiser des sessions de remise à niveau régulières.
- Poursuivre l'harmonisation des protocoles avec le MdS, en appuyant la mise à jour et l'appropriation des protocoles nationaux, avec implication directe des formateurs nationaux.
- Diversifier les prestataires SAS (partenaires privés, ONG locales) pour réduire la dépendance à un nombre restreint d'acteurs et limiter l'impact de l'objection de conscience.

3. Renforcer les dispositifs communautaires et leur reconnaissance

- Maintenir et valoriser le rôle des femmes leaders (formations continues, reconnaissance institutionnelle, activités génératrices de revenus via partenariats comme Éleveurs sans Frontières), tout en clarifiant leur complémentarité avec les ReCos.

- Optimiser les mécanismes communautaires de gestion (tricycles de référence, suivi des références) et renforcer la concertation avec les COGES pour accroître leur rôle dans la pérennité.

4. Améliorer la transition et le suivi

- Développer des outils opérationnels de planification de la transition, avec jalons clairs et progressifs.
- Instaurer un dispositif de suivi post-intervention (indicateurs clés) pour détecter toute régression après le retrait de MSF.
- Ajuster la durée d'engagement de MSF en fonction de la résolution de certaines questions structurelles (salaires, financement durable), plutôt qu'une extension automatique de la présence.

CONCLUSION

En conclusion, le projet Couffo se distingue par une approche intégrée et pertinente, ayant permis des avancées notables en santé maternelle et néonatale et santé sexuelle et reproductive dans un contexte à la fois stable et marqué par des défis structurels persistants. Les succès observés reposent sur la complémentarité entre offre clinique renforcée et mobilisation communautaire, mais leur pérennité dépendra de la capacité à lever les hypothèses critiques identifiées, à institutionnaliser les pratiques et à assurer une transition planifiée et contextualisée vers les acteurs locaux et nationaux. Cette revue met en lumière comment le projet se situe à l'intersection de l'action humanitaire et du renforcement des systèmes de santé. Pourtant, la théorie du changement du projet ne définit pas suffisamment le niveau d'ambition pour que les résultats soient soutenus après la conclusion du projet. Nous plaidons pour une réflexion stratégique sur le potentiel du projet à servir de catalyseur au changement systémique.

INTRODUCTION ET CONTEXTE

BUT DE CE RAPPORT

L'objectif de ce rapport est de présenter les résultats de la revue à mi-parcours du projet Couffo de Médecins Sans Frontières (MSF) au Bénin. Il est structuré comme suit :

- Section 1 : Analyse du contexte national et du département du Couffo, présentation du projet MSF, de sa logique d'intervention et de la Théorie du Changement (TdR), ainsi que les limites de la revue à mi-parcours.
- Section 2 : Présentation détaillée des résultats de la revue à mi-parcours.
- Section 3 : Synthèse des recommandations et leçons apprises pour le projet et pour d'autres interventions du Centre Opérationnel de MSF à Bruxelles (OCB).
- Section 4 : Conclusions.
- Annexe 1 : Un narratif de la théorie du changement.
- Annexe 2 : La matrice de la force des preuves.

Les analyses s'appuient sur :

- Une visite préliminaire dans le Couffo.
- Un examen approfondi de la documentation disponible, incluant les données quantitatives secondaires.
- Des entretiens et groupes de discussion réalisés lors de visites sur les sites du projet en juin 2025.

Pour faciliter la lecture, un code couleur est utilisé :

Encadrés bleus pour les résultats clés
Encadrés verts pour les recommandations au projet Couffo
Encadrés oranges pour les leçons apprises pour d'autres interventions de l'OCB

De même, un système de badge de la force des preuves (dont la matrice est disponible en annexe 2) est utilisé pour chaque résultats clés de la manière suivante :



<p>Fortes : lorsqu'il existe une bonne triangulation des données provenant de diverses sources.</p>	<p>Moyennes : lorsqu'il existe une certaine triangulation des données ou lorsque les preuves sont rapportées dans des documents officiels du projet.</p>	<p>Anecdotiques : lorsque les preuves se limitent à quelques répondants lors des entretiens.</p>
--	---	---

CONTEXTE DU BENIN

CONTEXTE NATIONAL

La mortalité maternelle et infantile reste un défi de santé publique majeur au Bénin, malgré une tendance à la baisse des taux depuis 2001. Les causes principales incluent les complications liées à la grossesse et à l'accouchement (hémorragies post-partum), ainsi que les maladies infantiles comme le paludisme, les infections respiratoires et la prématurité. Le gouvernement, soutenu par des partenaires au développement, met en œuvre des stratégies pour améliorer la qualité des soins et renforcer la surveillance de ces décès, reconnaissant que la réduction de ces indicateurs est cruciale pour la santé et le développement à long terme du pays.

En 2018, il s'est doté d'un **plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale**¹, par lequel le Ministère de la Santé (MdS) fixe les objectifs, détermine les stratégies permettant de les atteindre, ainsi que les interventions cliniques, managériales, politiques, législatives et autres requises pour infléchir les indicateurs de mortalité maternelle et néonatale.

Dans la même lancée, le 20 octobre 2021, le parlement béninois a adopté un nouvel amendement juridique à **la loi de 2003 sur la santé sexuelle et la reproduction (SSR)**², élargissant l'accès légal à l'avortement sécurisé via l'article 17 et marquant une étape indispensable pour lutter contre les décès maternels évitables et les incapacités subies par les femmes, les filles et leurs familles en raison d'un avortement à risque. Malgré un cadre législatif favorable, avec une loi qui favorise un accès à l'avortement jusqu'à 12 semaines de grossesse, la mise en œuvre effective des politiques nationales semble limitée. Le personnel de santé est réticent à offrir des services d'avortement sécurisés (SAS) à cause des tabous liés aux croyances socio-culturelles³.

Depuis quelques années, pour faciliter l'accès des populations aux soins, le gouvernement a mis en place la **nouvelle assurance maladie obligatoire avec le plan ARCH** (Assurance pour le Renforcement du Capital Humain). Le département du Couffo est marqué par la coexistence de deux systèmes de gratuité des soins. La

¹ Plan Opérationnel De Reduction De La Mortalité Maternelle Et Néonatale Au Benin PO-RMMN 2018 – 2022, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant – Ministère de la Santé (Mars 2018)

² LOIN°2U03-04nuU3MAHS200.1 République du Benin

³ Sources : Entretiens préliminaire avec l'équipe de coordination de MSF et visite préliminaire des sites du projet.

gratuité pour certains types de soins et la gratuité pour les « pauvres extrêmes ARCH ». Toutefois, la mise en pratique de l'ARCH s'accompagne de nombreux défis, et de nombreux patients vulnérables continuent d'être exclus des soins par manque de moyens financiers⁴.

Par ailleurs, le Bénin a adopté en 2020 la **Politique Nationale de Santé Communautaire**⁵. Cette politique lancée en 2023 prévoit de relever les défis liés à la réduction significative de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en impliquant d'avantage les populations dans la gestion de leur santé, avec pour vision qu'à l'horizon 2025, toute personne vivant au Bénin, ait acquis des compétences et dispose de ressources pour gérer de façon autonome sa santé en partenariat avec les professionnels de la santé, les membres de la communauté et les autres acteurs du développement, dans un système de santé au niveau local plus efficace.

L'analyse de tous ces efforts fournis a révélé⁶ qu'il n'y a pas eu d'avancées notables en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Les niveaux de couverture et la qualité des principales interventions ciblant les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les nouveau-nés sont insuffisants pour produire des changements significatifs. Les faiblesses identifiées concernent surtout la non-appropriation de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale par les acteurs du niveau opérationnel et intermédiaire, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, la fragmentation de la mise en œuvre de la stratégie, le faible partenariat avec le secteur privé, les problèmes de coordination et du suivi / évaluation.

CONTEXTE PROJET

Au Bénin, le ratio de mortalité maternelle est de 518⁷ décès pour cent mille naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale est de 38 pour mille naissances vivantes (MICS 2017-2018). Dans le Couffo, le contexte socio-sanitaire démontre les défis observés au niveau national avec des indicateurs de santé critiques. Le ratio de mortalité maternelle à 182,4/100000NV, taux de mortalité néonatale à 30/1000NV, taux de fécondité chez les 15 -19 ans à 68%, indice synthétique de fécondité à 5,6 enfants/femme, les besoins non satisfaits en contraception 29,4% (MICS 2021-2022).

OBJECTIFS STRATEGIQUES

Le projet Couffo, lancé par MSF en 2022 et prévu jusqu'en 2027, revêt une importance stratégique pour l'organisation. Après près de quinze ans d'absence, MSF a relancé ses activités au Bénin pour répondre aux besoins en santé maternelle et néonatale dans le Couffo et aux enjeux croissants dans le nord, liés à l'extension de la crise sécuritaire touchant le Sahel central. De plus, ce contexte a rendu essentiel l'établissement de relations solides avec le gouvernement béninois. Le projet a constitué une opportunité pour MSF de piloter une approche d'engagement communautaire plus élaborée que dans ses interventions habituelles, profitant de la stabilité du contexte béninois pour expérimenter des stratégies plus complètes.

OBJECTIFS PROGRAMMATIQUES

Le projet vise à contribuer à la **réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale dans la Zone Sanitaire de KTL en collaboration avec la communauté et le renforcement de la qualité des soins offerts au niveau primaire et secondaire**. Dans la Zone Sanitaire de Klouékanmé, Toviklin et Lalo (KTL), MSF intervient

⁴ MSF au Bénin Stratégie de Plaidoyer 2025

⁵ Politique Nationale de Santé Communautaire 2020-2030, Ministère de la Santé (mai 2020)

⁶ Plan Opérationnel De Réduction De La Mortalité Maternelle Et Néonatale Au Bénin PO-RMMN 2018 – 2022, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant – Ministère de la Santé (Mars 2018)

⁷ Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

à l'Hôpital de Zone (HDZ) de Klouékanmé en renforçant les plateaux du bloc opératoire, de la stérilisation, de la maternité, de la néonatalogie, de la buanderie et, en parallèle, MSF soutient également les centres de santé primaires de Tohou, Adjahonmé, Lokogba, Toviklin et Klouékanmé.

Plus spécifiquement, le projet vise à renforcer l'offre des services de :

- 1) Santé maternelle et néonatale (SMN) pour les femmes enceintes et les nouveaux nés, tels que les consultations prénatales (CPN), l'accouchement, et la consultation post-natale (CPoN) des nouveau-nés
- 2) Santé sexuelle et reproductive (SSR) et de planification familiale (PF) tels que les soins de contraception et d'avortement pour les femmes en âge de procréer
- 3) Santé sexuelle pour les survivants de violence sexuelle (VSX) et basée sur le genre ainsi qu'une composante de santé mentale en cours de développement.

Pour ce faire, le projet a adopté une approche à plusieurs volets à travers :

- **Résultat 1** : Les activités de promotion de la santé et des services de SSR dans les communautés via les femmes leaders
- **Résultat 2** : Les soins de santé de qualité en CPN, accouchement, CPoN et les soins néonataux, y compris le support psychologique basique et les SONUB dans les centres de santé (CS)
- **Résultat 3** : Les SONUC de qualité disponible à l'HDZ KTL
- **Résultat 4** : Les soins de contraception modernes, la prise en charge (PEC) médicale complète et psychosociale des survivants de VSX et les soins d'avortement médicalisé, de qualité disponible et accessibles
- **Résultat 5** : L'analyse et la documentation de l'impact de l'assurance maladie ARCH sur l'accès aux soins des plus vulnérables dans KTL

Pour atteindre ces objectifs, le projet a mis sur une approche inclusive, centrée sur les besoins spécifiques des populations les plus vulnérables. Plus largement, le projet vise à améliorer les connaissances, les apprentissages, les pratiques et les capacités du personnel de santé et des communautés pour favoriser une culture et un environnement propices à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales.

MISE EN ŒUVRE DU PROJET

La phase de démarrage du projet, qui a duré environ un an, a été marquée par des négociations avec le gouvernement béninois, qui semblait initialement réticent à accueillir MSF. Cette réticence pourrait être liée à des divergences de visions, notamment sur la question de la gratuité des soins. Cependant, cette période de négociation a permis à MSF de mener des analyses approfondies de la situation et de développer une stratégie d'engagement communautaire plus structurée, adaptée à un contexte relativement stable, contrairement aux environnements plus instables dans lesquels l'organisation opère habituellement.

Depuis 2024, le projet a élargi ses activités en intégrant les services d'avortement sécurisé (SAS) et le soutien aux victimes de violences sexuelles (VSX). Cette évolution a élargi la portée du projet, passant d'un objectif centré sur la santé maternelle et infantile à une approche plus globale axée sur la SSR. Bien que l'avortement soit légal au Bénin, des réticences persistent chez certains agents de santé à offrir ces prestations, ce qui a conduit MSF à collaborer avec la clinique privée Grace Divine pour renforcer l'offre de services. Par ailleurs, une nouvelle composante de soutien psychosocial pour les composantes VSX et SAS est en cours de préparation et son déploiement est prévu pour juin 2025.

Le projet SSR a démarré en novembre 2022 dans les structures de santé, et dès janvier 2023 au niveau communautaire. Les services de contraception, de soins prénataux et postnataux pour la mère et le nouveau-né ont ainsi été déployés à deux niveaux : communautaire et institutionnel (centres de santé et hôpital de zone).

Composante communautaire

Les activités ont été initiées dans les arrondissements de Lokogba et Adjahonmé, puis étendues progressivement à Klouékanmè, Tohou, Djotto et d'autres localités. La stratégie a débuté par une revue qualitative dans chaque village à travers des focus groups rassemblant des femmes et des hommes de 20 à 80 ans. Ces groupes, ciblés à l'avance, incluaient des acteurs clés tels que des groupements de femmes, élus locaux, conseillers villageois, leaders religieux ou traditionnels, ainsi que certains guérisseurs et accoucheurs traditionnels. Tous les participants étaient issus des villages concernés.

Ensuite, l'équipe MSF a rencontré les chefs de village de chaque arrondissement, les Comités de Gestions des Centres de Santé (COGES)⁸ et les majors des centres de santé pour présenter de nouveau le rôle et la stratégie de l'organisation, et solliciter leur appui. Leur collaboration a permis d'identifier trois femmes leaders par village, sur la base de critères précis : savoir lire et écrire, accepter le bénévolat, et être disponible. Ces femmes leaders, aussi connues comme membres volontaires de la communauté (MVC)⁹, ont suivi une formation de cinq jours sur la SMN/SSR, les techniques de communication et l'utilisation des outils de collecte de données.

Officiellement présentées dans leurs villages, elles accompagnent trois groupes cibles de femmes : celles en âge de procréer, les femmes enceintes et les mères de nouveau-nés. Elles organisent des séances de sensibilisation sur la SMN/SSR, mènent des visites à domicile, des entretiens individuels et des causeries de groupe, et réfèrent les femmes vers les centres de santé si nécessaire. Ces activités contribuent à la détection précoce des femmes à risque et à la réduction des complications obstétricales.

Pour soutenir leur travail, MSF leur a fourni des outils (boîtes à images, lampes torches, etc.) et assure une supervision mensuelle afin de les coacher sur les techniques de communication, de vérifier la qualité des données collectées et de trouver des solutions partagées aux difficultés rencontrées. Tous les trois mois, un recyclage est organisé pour renforcer leurs connaissances et compétences. Les fiches de collecte sont rassemblées chaque mois et intégrées dans une base de données permettant de mesurer l'impact des activités. Chaque femme leader reçoit en outre une prime mensuelle de 10 000 FCFA destinée à couvrir ses frais de communication et de transport.

Composante Structures de santé

Au niveau des centres de santé, l'équipe logistique de MSF a procédé à une évaluation des besoins, suivi de travaux de réhabilitation et de dotations en équipements et matériels. Des tricycles ont été fournis pour faciliter les références des femmes entre les villages et les centres de santé.

Le personnel des centres de santé a bénéficié de formations sur les soins d'hygiène de qualité et les protocoles standards. Chaque centre appuyé a recruté un agent d'entretien, formé par l'équipe IPC. Par ailleurs, une sage-femme a été affectée dans chaque maternité appuyée et formée pendant quatre jours sur les pratiques essentielles de SONUB et de SSR, avec un suivi assuré par des sessions régulières de coaching animées par les

⁸ Les COGES sont composés de membres de la communauté, élus lors d'une assemblée générale. Ils incluent généralement les responsables des centres de santé, des leaders communautaires, certains agents des services de santé ainsi que des représentants de la société civile à base communautaire.

⁹ Ces femmes, issues des communautés et initialement désignées comme Membres Volontaires de la Communauté (MVC), ont été renommées « femmes leaders » en concertation avec le gouvernement béninois, afin d'éviter toute confusion avec le personnel volontaire à base communautaire rattaché au Ministère de la Santé.

sages-femmes MSF. Les deux agents ainsi mobilisés (sage-femme et agent d'entretien) sont recrutés localement par les centres, mais leurs salaires sont financés par MSF, ce qui constitue un appui direct aux ressources humaines essentielles pour la qualité des soins. À l'hôpital de zone de Klouékanmè, structure de référence pour les SONUC, MSF assure directement la prise en charge des soins urgents et vitaux pour les patients sans ressources financières, garantissant ainsi l'accès aux interventions life-saving indépendamment de la capacité de paiement. Bien que la maternité n'ait pas bénéficié d'appui direct, la qualité des soins au bloc opératoire a été améliorée grâce à des travaux d'aménagement, dont l'installation d'un service de stérilisation, d'une buanderie et la mise en place de circuits propres conformes aux standards. L'hôpital est désormais mieux organisé pour prendre en charge les SONUC et réduire les risques de complications. Un agent d'entretien, deux sages-femmes et un infirmier ont été recrutés pour appuyer le service, tandis qu'un gynécologue MSF assurait le suivi technique et les formations en SMN/SSR. Les responsables IPC ont également renforcé les capacités de l'ensemble du personnel hospitalier sur l'hygiène.

Gratuité des soins

La gratuité ciblée constitue un autre pilier du projet. Dans les centres de santé, elle couvre spécifiquement la première et la quatrième consultation prénatale (CPN1 et CPN4), ainsi que certains services destinés aux femmes particulièrement vulnérables (veuves, femmes handicapées, mères sans ressources suffisantes). L'éligibilité se fait sur présentation de la carte ARCH ou, à défaut, après une enquête menée conjointement par une femme leader et le chef de village. À l'hôpital de zone, la gratuité s'applique aux cas de SONUC pour lesquels la famille ne peut s'acquitter de la facture, l'évaluation de la situation étant alors réalisée directement par le personnel de santé. Les femmes bénéficiant de cette gratuité reçoivent également, lors de l'accouchement, un kit d'hygiène comprenant moustiquaire, savon, cuvette, gobelet, comprimés de désinfection de l'eau et bidon de 25 litres. Enfin, une boîte d'urgence a été placée dans chaque maternité pour faciliter l'accès aux SONUC en cas de rupture de stock ou d'incapacité de paiement immédiat. MSF reverse mensuellement la rémunération du personnel recruté à la comptabilité de la zone sanitaire, qui assure le paiement. De plus, en partenariat avec les autorités locales, MSF a renforcé la stratégie avancée permettant aux équipes de santé de se déplacer régulièrement dans les villages éloignés pour y fournir des services SMN/SSR.

Services d'avortement sécurisé (SAS)

Les SAS, thématique sensible dans le contexte local, n'ont été mis en place qu'en juin 2024 après près de deux ans de travail de préparation visant à établir une relation de confiance avec les communautés et faire accepter la pratique par le personnel Sage-femme. Cette phase initiale s'est concentrée sur des thématiques consensuelles (consultations prénatales et postnatales, accouchement sécurisé, contraception).

Avant leur introduction, une analyse contextuelle et des discussions exploratoires (des sessions EVA (Exploration de Valeurs et Attitudes) ont permis d'identifier les croyances, résistances et attentes des communautés. Un réseau de 30 « chuchoteurs » – femmes leaders, animateurs des Centres Amis des Jeunes, relais communautaires, membres du Maison des Adolescents et des Jeunes, et leaders religieux – a été mobilisé pour orienter discrètement les patientes vers les structures de soins. Ces chuchoteurs ont été formés sur les SAS, la confidentialité, la lutte contre la stigmatisation et la communication interpersonnelle.

Au niveau des structures de santé, le personnel soignant a été impliqué dans des sessions EVA pour identifier ses perceptions et obstacles éventuels. Les sages-femmes ont été formées sur les protocoles SAS (médicamenteux et chirurgicaux), la prise en charge post-avortement et la gestion des complications. Des procédures écrites ont été mises en place, intégrant les SAS dans l'offre de soins régulière et garantissant confidentialité et respect.

Face aux refus exprimés par certaines sages-femmes d'offrir ces services, MSF a établi des partenariats avec des cliniques privées locales. Après le retrait d'une clinique initialement partenaire, deux nouvelles collaborations ont été mises en place. En parallèle, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens du Bénin (CNGOB), contracté à cet effet par MSF, a appuyé la vulgarisation de la loi sur l'avortement, la formation spécialisée des prestataires et la clarification des objections de conscience à travers un atelier regroupant les sages-femmes du projet et de la zone sanitaire.

Cycle d'appui

Le soutien de MSF repose sur un cycle de deux ans par centre de santé : deux nouveaux centres de santé sont intégrés tous les deux ans, tandis que l'appui se retire progressivement après deux ans de soutien. Actuellement, cinq centres sont appuyés : deux en phase de retrait, deux en appui continu et un nouvellement intégré. Un sixième centre doit rejoindre le programme en 2025. MSF s'est déjà retiré de deux centres après avoir atteint ses objectifs de renforcement des capacités. Ces centres offrent principalement des SONUB, tandis que l'hôpital de zone demeure la seule structure disposant des fonctions quasi-complètes de SONUC. L'appui à l'hôpital est prévu jusqu'en 2027, date de la fermeture du projet.

RECAPITULATIF DE LA METHODOLOGIE ET DE LA COLLECTE DES DONNEES

La revue à mi-parcours du projet Couffo, menée par Global Health Direct pour l'Unité d'Évaluation de Stockholm (SEU) de MSF, visait trois objectifs principaux :

1. **Évaluer les réalisations du programme depuis sa conception en 2022 à ce jour**, en examinant les interventions, activités et modalités de mise en œuvre du projet.
2. **Identifier les enseignements clés et proposer des pistes d'adaptation afin d'alimenter les réflexions stratégiques lors des Revues Annuelles des Opérations (ARO) de 2025**, et orienter les décisions sur la manière de consolider et d'étendre les acquis du projet jusqu'en 2027, date prévue de la fin du projet Couffo.
3. **Créer un espace de réflexion et d'auto-évaluation pour le personnel de MSF et partenaires impliqués**, afin de renforcer l'apprentissage collectif, de mettre en lumière la valeur ajoutée du projet, et de guider les décisions relatives à l'amplification de son impact au cours des deux prochaines années.

La revue a été cadrée par des questions clés de la revue définissant les axes de recherche précises :

1. Quelle est l'approche générale et quelles sont les activités mises en œuvre à Couffo ? Qu'est-ce qui était prévu et qu'est-ce qui est effectivement réalisé ?
2. Quels changements ont été observés suite à la mise en œuvre du projet ? Comment le projet a-t-il contribué à ces changements ?
3. Comment les acquis du projet de MSF pourront-ils être préservés et pérennisés une fois le projet transféré aux autorités béninoises ?
4. De quelles manières et pour qui le projet a-t-il été un succès ? A-t-il été un succès pour MSF, le Ministère de la Santé (MS), les communautés et les patients ?
5. La conception du projet est-elle pertinente et appropriée au regard de l'objectif général/spécifique du projet ?
6. Quelles opportunités peuvent être identifiées pour rendre le projet plus efficace ? Quels défis ou challenges restent à relever ?

7. Quels enseignements peut-on tirer de l'approche d'engagement communautaire du projet qui soient pertinents pour d'autres projets de l'OCB ?
8. Quels enseignements peut-on tirer de la collaboration avec le Ministère de la Santé qui soient pertinents pour d'autres projets de l'OCB ?

APPROCHE GENERALE

La revue adopte une méthodologie rigoureuse, participative et sensible au contexte, centrée sur l'utilisation des résultats par les parties prenantes. Elle combine méthodes mixtes (quantitatives/qualitatives) et dispositifs d'implication active des équipes MSF, des communautés et des institutions. À visée sommative, elle évalue les résultats depuis 2022 pour dégager des enseignements opérationnels et orienter la stratégie jusqu'en 2027, tout en nourrissant une culture d'apprentissage. La théorie du changement (TdC) sert de fil conducteur de l'analyse et est affinée au fil de la collecte des données.

COLLECTE DE DONNEES

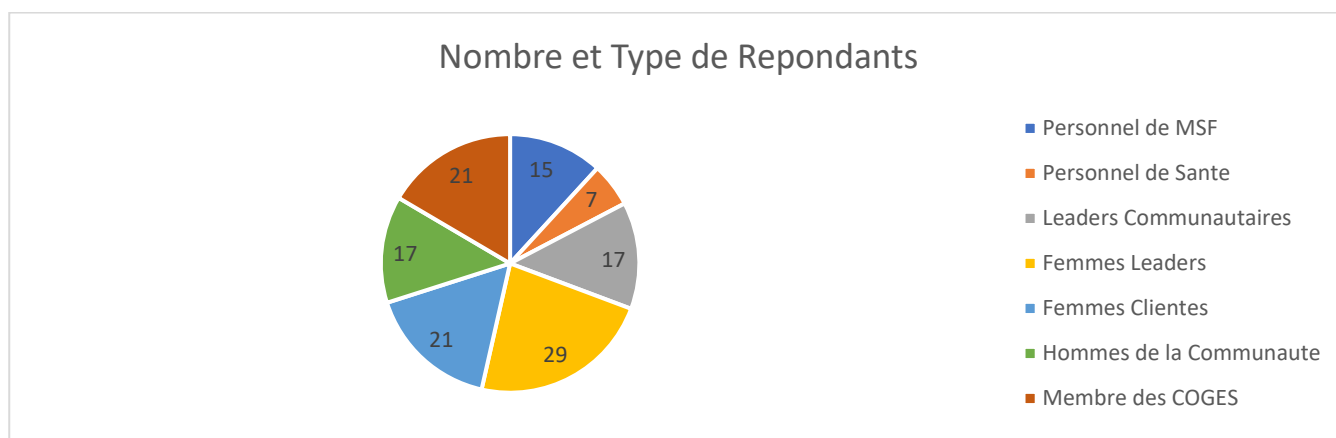
La collecte de données s'est appuyée sur une combinaison de sources documentaires, statistiques et qualitatives. Une revue documentaire systématique des rapports du projet (2022–2025), cadres logiques, des données agrégées DHIS2 pour les centres appuyés par MSF et des données de suivi internes MSF, et documents stratégiques nationaux et internationaux a permis d'identifier les réalisations, écarts et tendances sur la base des indicateurs disponibles.

Sur le plan qualitatif, des entretiens semi-directifs ont été menés avec les équipes MSF (à Cotonou et dans le Couffo), les autorités sanitaires, le personnel de santé, des acteurs de la société civile, la clinique privée partenaire, ainsi que, de manière opportuniste, certaines patientes. Des groupes de discussion ont été organisés avec des femmes utilisatrices des services, dans la tranche d'âge de 18 à 50 ans, mères d'au moins deux enfants, ménagères, et revendeuses ou agricultrices, ainsi qu'avec quelques femmes vulnérables comme les veuves, les femmes ne disposant pas de ressources financières pour mener des activités et ayant à charge plusieurs enfants, ou les femmes portant un handicap, des hommes de leur entourage, des leaders communautaires (Chef d'arrondissement, Chef de Village, Chef de Quartier), des femmes leaders, ainsi que les COGES dans quatre zones représentant les différentes étapes du projet. Enfin, des visites de sites dans les centres de santé, à l'hôpital de zone et à la clinique partenaire et dans les communautés ont permis d'observer les pratiques et d'ancrer l'analyse dans la réalité locale. Quatre sites ont été sélectionnés pour les visites, correspondant aux différentes phases d'engagement de MSF au cours de sa période de soutien de deux ans :

- À Djotto, où MSF vient de démarrer ses activités ;
- À Klouékamè, où l'organisation intervient depuis plus d'un an ;
- À Tohou, où une stratégie de sortie est en cours ;
- À Lokogba, où MSF s'est déjà désengagée.

Ce choix permet d'illustrer les différentes étapes du soutien de MSF et d'offrir un aperçu des processus et des résultats liés à la durée d'intervention.

Au total, la revue a recueilli les impressions de 127 individus, répartie de la manière suivante :



CONSIDERATIONS ETHIQUES ET INCLUSION

La revue à mi-parcours a été conduite conformément aux principes d'Égalité de Genre et d'Inclusion Sociale (EGIS), qui imprégnaient l'ensemble du processus méthodologique. Cela s'est traduit par la mobilisation d'une équipe équilibrée et diversifiée, sensibilisée aux questions de genre, de diversité sociale et culturelle. Les outils et méthodes de collecte de données ont été adaptés aux réalités locales (langues, niveaux d'alphabétisation, pratiques sociales, accessibilité physique) afin de garantir la participation équitable des différents profils, y compris les femmes, les minorités ethniques, les populations vivant dans des zones éloignées et les patientes marginalisées.

Des dispositifs éthiques rigoureux ont encadré la collecte de données. Le consentement éclairé avait été systématiquement obtenu, oralement ou par écrit selon le contexte. Les mineurs de moins de 18 ans n'ont pas été inclus. Une attention particulière avait été accordée aux sujets sensibles, tels que les violences sexuelles ou les expériences traumatiques, en veillant à appliquer strictement le principe de « ne pas nuire » et à offrir des conditions sûres et confidentielles favorisant la libre expression des participant-e-s.

Enfin, des mécanismes de sauvegarde et de protection des données ont été mis en place à chaque étape de la revue à mi-parcours : dispositifs de signalement anonyme, gestion des risques liés à la stigmatisation ou à la divulgation, stockage sécurisé et conforme au RGPD, et suppression des données en fin de mission. En cas de déclencheur émotionnel ou psychologique, un filet de sécurité a été activé pour orienter les participant-e-s vers des services d'appui psychosocial ou médical disponibles localement. Global Health Direct s'est engagé à respecter les valeurs de Médecins Sans Frontières et les lignes directrices éthiques de la SEU, en garantissant une conduite professionnelle exemplaire, respectueuse de la dignité et des droits humains.

ANALYSE DES DONNEES

La revue repose sur une analyse de la contribution¹⁰, et mobilise une TdC élaborée en collaboration avec les équipes de MSF. Cette TdC modélise les liens entre les activités, les résultats intermédiaires et les effets visés, en tenant compte des facteurs contextuels et des voies de changement possibles. Elle a servi de cadre structurant pour formuler les questions d'attribution, orienter la collecte de données, et appuyer l'interprétation des résultats. L'histoire de contribution a été construite à partir de données secondaires (revue documentaire, rapports internes, tableau des indicateurs, données agrégées DHIS2 des CS appuyés) et primaires (entretiens, groupes de discussion, récits de changement), avec une attention particulière à la triangulation des sources et à l'évaluation de la solidité des preuves, classées en niveaux fort, moyen ou anecdotique.

¹⁰ Selon le cadre en six étapes de John Mayne

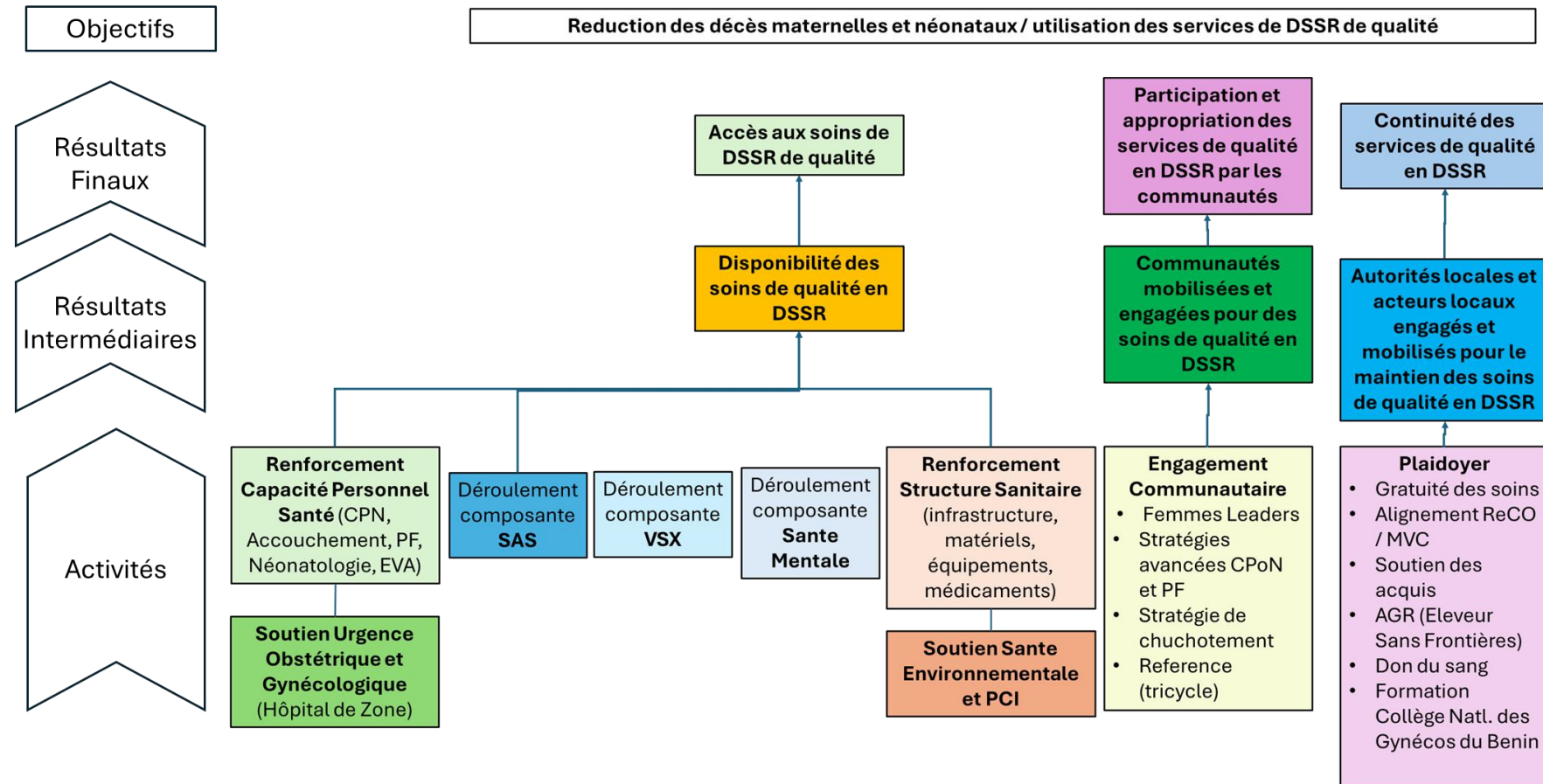
En complément, la méthode du Changement le Plus Significatif (CPS) a été intégrée aux entretiens et groupes de discussion pour recueillir des récits qualitatifs sur les transformations perçues par les communautés, les usagers et les professionnels de santé. Ces récits ont permis d'illustrer les effets ressentis du projet, d'enrichir l'analyse des contributions et de nourrir les ateliers de validation, tout en encourageant un apprentissage collectif autour des changements les plus marquants.

PRESENTATION DE LA THEORIE DU CHANGEMENT DU PROJET COUFFO

LOGIQUE D'INTERVENTION : CHAINE DE RESULTATS ET LIENS CAUSAUX

Le Diagramme 1 représente la TdC tel que conçu par l'équipe de revue avec les équipes de MSF. Plus de détails sont disponibles dans l'annexe 1.

Diagramme 1 : Théorie du Changement du projet Couffo



<p>Intrants (Inputs)</p> <p>Les intrants mobilisés par MSF pour initier le projet comprennent :</p>	<p>Ressources humaines</p> <p>Personnel MSF (international et mobile, et recrutés localement), personnel de santé local, femmes leaders.</p>	<p>Ressources matérielles</p> <p>Médicaments, équipements médicaux, tricycles pour les transports d'urgence, supports Information, Education et Communication (IEC).</p>	<p>Appui technique et financier</p> <p>Formations, supervisions, salaires complémentaires, protocoles de soins harmonisés</p>
--	---	---	--

HYPOTHESES CLES

La logique d'intervention et les voies de changements reposent sur plusieurs hypothèses à chaque niveau de la chaîne de résultats :

Tableau 1 : Synthèse des hypothèses clés

Niveau de causalité	Hypothèses
Inputs → Activités	<p>H1.1. : MSF obtient un accès opérationnel stable et durable à la zone KTL, avec l'aval du gouvernement.</p> <p>H1.2. : Des ressources humaines sont disponibles et stables avec un faible turnover.</p> <p>H1.3. : Des infrastructures nécessaires pour fournir des soins de qualité sont disponibles et fiables (médicaments, équipements, pièce WASH/PCI)</p> <p>H1.4. : Le cadre légal / politique est appliqué pour permettre la gratuité ciblée, les services SAS et la PEC VSX</p> <p>H1.5. : Différentes parties prenantes clés (COGES, ReCos, femmes leaders, soignants) participent aux formations, coaching, et activités communautaires.</p>
Activités → Résultats intermédiaires	<p>H2.1. : Le personnel applique les formations reçues, les communautés acceptent les interventions</p> <p>H2.2. : L'engagement communautaire (femmes leaders, chuchoteurs) est accepté, protège la confidentialité et génère des référencement.</p> <p>H2.3. : Les mécanismes de référence/contre-référence (tricycles, hôpital de zone) fonctionnent sans barrières financières.</p> <p>H2.4. : Des systèmes de suivi évaluation sont en place pour suivre qualité, référencement et données sensibles.</p> <p>H2.5. : Les sages-femmes formées par MSF acceptent de fournir des SAS</p> <p>H2.6. : Les investissements infrastructures/WASH/PCI sont utilisés, entretenus et gérés localement.</p> <p>H2.7. : L'amélioration de la qualité des soins génère une confiance accrue, un recours plus fréquent aux services, et une meilleure adhésion communautaire.</p> <p>H2.8. : Des plans de gestion communautaire et de financement durable sont établis avec les centres de santé (CS), les COGES, et les communautés.</p> <p>H2.9. : La DDS remplace et salarie le personnel formé et déployé par MSF et les salaires sont systématiquement reprise par les autorités après le retrait de MSF.</p>
Résultats intermédiaires → Résultats finaux	<p>H3.1. : La hausse d'utilisation des services et la continuité des soins se traduisent par une baisse réelle de la mortalité maternelle et néonatale.</p> <p>H3.2. : L'offre de qualité et l'acceptabilité sociale se traduisent en utilisation accrue (CPN1-4, accouchements assistés, CPoN, PF, SAS, VSX).</p> <p>H3.3. : La confidentialité et la sécurité perçues lèvent les freins pour SAS/VSX.</p>

	H3.4. : Les structures locales disposent de capacités techniques, humaines et financières suffisantes pour maintenir les acquis.
Résultats finaux → Objectif	H4.1 : L'augmentation de l'accès et de la qualité se convertit en amélioration des issues (morbidity/mortalité, violences prises en charge). H4.2. : Les normes sociales évoluent durablement (PF, SAS, VSX) et réduisent le non-recours. H4.3. : Les données de qualité informent l'ajustement continu et le plaidoyer

LIMITATIONS DE LA REVUE

Plusieurs limitations importantes doivent être reconnues afin d'encadrer l'interprétation des résultats. Ces limitations concernent tant la qualité et la disponibilité des données quantitatives, que les contraintes méthodologiques, logistiques et contextuelles auxquelles la revue à mi-parcours a été confrontée.

LIMITATIONS DES DONNEES QUANTITATIVES

Données secondaires quantitatives exclusivement utilisées : L'analyse quantitative repose intégralement sur des données secondaires agrégées produites par le projet MSF et collectées à travers DHIS2. Certaines données n'étaient disponibles que sous format agrégé ou incomplet, ce qui a limité la profondeur des analyses possibles, surtout longitudinales. En particulier, les désagrégations par aire de santé, sexe, âge ou niveau de vulnérabilité étaient rarement complètes ou fiables. Aucune collecte de données primaires quantitative indépendante n'a été réalisée, limitant ainsi les possibilités d'une analyse quantitative approfondie et une vérification externe indépendante.

Incohérences dans les définitions et périmètres des indicateurs : Entre 2022 et 2025, plusieurs indicateurs-clés ont changé de périmètre, de méthode de calcul ou de définition opérationnelle. Par exemple, certaines données sur les consultations prénatales (CPN1/CPN4), les accouchements, ou encore les références par tricycles, ont été saisies ou rapportées différemment selon les périodes, les centres, ou les outils utilisés. Cette hétérogénéité rend complexe toute analyse longitudinale robuste, en particulier pour les comparaisons interannuelles.

Risque élevé d'erreurs de saisie : Dans certains cas, les données exploitées ont été extraites manuellement à partir de rapports PDF ou Word non uniformisés, augmentant ainsi le risque d'erreurs humaines dans la saisie, la lecture ou l'interprétation. De nombreuses cellules étaient vides, incomplètes ou contradictoires, notamment pour les années 2022 et début 2023. Ce problème est particulièrement visible pour les indicateurs de VSX et SAS, qui n'ont pu faire l'objet d'analyses quantitatives fiables du fait d'un volume insuffisant de données et de leur faible fiabilité.

Mesures de mitigation : L'équipe a effectué une triangulation systématique entre les données quantitatives, les données qualitatives, et les observations de terrain, afin de valider ou nuancer les tendances chiffrées. Chaque indicateur a été recontextualisé selon son évolution méthodologique (changement de périmètre, définition ou calcul). Pour limiter l'impact des erreurs de saisie ou d'extraction, des vérifications croisées ont été effectuées sur les fichiers sources, et les analyses ont privilégié des tendances générales plutôt que des comparaisons précises. Tous les résultats quantitatifs sont présentés avec prudence, accompagnés de commentaires sur leur sources et fiabilité, notamment pour les indicateurs dont la qualité des données s'est révélée particulièrement faible.

CONTRAINTES D'ACCES AUX DONNEES ET AUX ACTEURS

Contraintes liées aux délais et à la logistique : Le calendrier de la revue, très serré, a restreint la durée disponible pour l'analyse approfondie des données. De plus, les visites sur site ont coïncidé avec la saison des pluies, limitant l'accès physique à certaines communautés reculées et réduisant la participation de certains groupes (notamment les femmes en période d'activités agricoles). Cela a restreint le nombre de groupes de discussion et d'entretiens communautaires réalisés, en particulier dans les zones les plus isolées.

Rotation du personnel et mémoire institutionnelle : Le roulement important du personnel MSF et des autorités locales au cours de la période évaluée a eu pour effet que certains informateurs clés n'avaient qu'une connaissance partielle ou indirecte de l'historique du projet, ce qui a pu introduire des biais de perception ou d'interprétation. Bien que des efforts aient été faits pour retrouver d'anciens titulaires de poste, cette limitation a impacté la reconstitution complète de la trajectoire du projet dans certaines zones.

Mesures de mitigation : La triangulation systématique des données a permis de renforcer les analyses de la revue. Des demandes ciblées ont également été adressées aux équipes terrain pour compléter certaines données manquantes, et les désagréments incomplètes ont été clairement signalés dans l'analyse. Concernant les contraintes logistiques et temporelles, l'équipe a adapté la méthodologie en privilégiant des échantillons contrastés de sites, et a renforcé la diversité des profils consultés. Des efforts ont été faits pour reconstituer l'historique du projet à travers l'analyse documentaire, les entretiens croisés, et le recours à d'anciens agents et superviseurs, dans la mesure du possible.

LIMITES DU CHAMP D'ANALYSE

Portée géographique partielle : Bien que les centres de santé sélectionnés pour l'analyse couvrent les quatre phases d'engagement de MSF (démarrage, soutien continu, retrait en cours et post-intervention), l'échantillon reste limité à cinq structures (quatre CS et l'hôpital de zone), ce qui ne permet pas une généralisation à l'ensemble du département du Couffo. En particulier, les centres non soutenus par MSF ou relevant d'autres zones sanitaires n'ont pas été inclus, limitant la possibilité de comparaison avec des zones témoins.

Composantes sous-documentées : Certaines composantes du projet, bien qu'importantes, ont été peu ou pas couvertes par la revue. C'est notamment le cas du soutien psychosocial, en cours de démarrage au moment de la revue, pour lequel très peu d'activités avaient encore été mises en œuvre.

Absence de mesures d'impact direct : En raison de la nature de la revue (non expérimentale), aucune méthode rigoureuse de type contrefactuel (randomisation, groupe contrôle) n'a pu être utilisée pour mesurer l'effet net du projet. L'Analyse de la Contribution a permis de reconstruire une chaîne plausible d'effets, mais ne permet pas d'attribuer formellement les résultats observés à l'intervention MSF de manière exclusive. Par ailleurs, le manque de données sur la mortalité (indicateurs trop peu fréquents ou non désagrégés) a limité les possibilités de validation quantitative des résultats finaux.

Les limites identifiées ne remettent pas en cause la valeur analytique de la revue, mais doivent être considérées pour une interprétation rigoureuse et nuancée des résultats.

RESULTATS DE LA REVUE A MI-PARCOURS

PERTINENCE DE LA CONCEPTION ET ALIGNEMENT AVEC LES BESOINS

RESULTATS CLES

2.1.1 Alignement sur les priorités SMN

Les priorités du projet sont alignées avec le cadre légal et politique de la région du Couffo, notamment le Plan Opérationnel de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale 2018-2022 (H1.4. validé).

2.1.2 Inclusion d'un modèle d'engagement communautaire

L'inclusion d'un mobilisation communautaire stratégique, combinée à une approche d'appui matériel, financier, et en ressources humaines aux centres de santé, a permis la participation de différentes parties prenantes clés dans le développement et la mise en œuvre du projet, soulignant la pertinence de l'approche du projet. (H1.5. validé)

L'engagement communautaire à travers les femmes leaders et chuchoteurs a été acceptée par les membres de la communauté car elle crée des liens de confiance, des canaux de communication confidentiels, et mène à plus de référencements appropriés pour la SMN (H2.1. validé).

Selon les leaders communautaires, les femmes leaders, et les utilisatrices de service elle-même, la conception du projet semble pertinente et appropriée au regard des objectifs du projet (QCR5).

BON ALIGNEMENT SUR LES PRIORITES DE SANTE MATERNELLE ET NEONATALE (SMN) ET SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (SSR) DANS LE COUFFO

Face à un contexte sanitaire alarmant dans le Couffo, le projet s'inscrit de manière pertinente et stratégique dans les priorités de santé publique locales. Notamment avec le Plan Opérationnel de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (PO-RMMN) 2018-2022 du Ministère de la Santé, qui s'articule autour d'interventions de plusieurs ordres :



- Cliniques : Amélioration des soins de SMN.
- Managériales : Optimisation de la gestion des services de santé.
- Politiques et législatives : Élaboration de politiques et de lois favorables à la santé de la mère et de l'enfant.¹¹

Le projet Couffo adopte une approche mixte et holistique qui articule l'offre de services dans les structures de santé avec des actions de prévention et de mobilisation communautaire. Cette double dynamique permet d'aborder de façon intégrée les principaux enjeux de SMN et de SSR dans le département, en agissant à la fois sur l'amélioration de la qualité des soins et sur la réduction des barrières d'accès, particulièrement pour les femmes et les adolescentes.

Concrètement, le projet cible plusieurs défis majeurs. D'une part, il améliore la disponibilité et la qualité des soins de SMN et de SSR en renforçant les compétences du personnel, en optimisant la gestion des services et en garantissant la gratuité de certains soins essentiels. D'autre part, il s'adresse aux facteurs socio-culturels

¹¹ Plan Opérationnel De Reduction De La Mortalité Maternelle Et Néonatale Au Benin PO-RMMN 2018 – 2022, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant – Ministère de la Santé (Mars 2018)

qui freinent le recours aux services, notamment en matière de planification familiale, de santé des adolescents et adolescentes, et de prise en charge des survivantes de violences sexuelles (VSX).

Le projet agit également sur les barrières structurelles qui limitent l'accès aux soins. Face aux difficultés de transport et aux retards dans les prises en charge, il a introduit des tricycles pour les références communautaires et renforcé le système de transfert entre le Couffo et le Mono, notamment pour les urgences néonatales complexes. Enfin, il réduit la charge financière qui pèse sur les ménages en assurant la gratuité de certains services de SMN et de SSR.

Ainsi, cette approche intégrée constitue un levier central dans la voie causale de la théorie du changement (TdC) du projet : en mettant à disposition des services de qualité, accessibles et acceptés par les communautés, le projet favorise une amélioration durable de l'accès et de l'utilisation des soins de SMN et de SSR.

LEÇONS APPRISSES

1. Adapter les approches aux besoins de santé de la mère et de l'enfant spécifiques du contexte local

L'expérience du projet Couffo montre que la pertinence et l'impact d'une intervention dépendent de sa capacité à répondre simultanément à plusieurs leviers de demande exprimés par les communautés. Cela implique de garantir l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, d'assurer la disponibilité des services de planification familiale, de renforcer la sensibilisation communautaire et d'intégrer des services transversaux comme la santé mentale.

Dans ce cadre, l'amélioration des soins de SMN doit être priorisée, avec un accent particulier sur la qualité des prestations et la mise en place de mécanismes adaptés pour stimuler la demande de soins de SMN et de SSR de qualité auprès des communautés. Le projet Couffo illustre cette approche à travers sa composante d'engagement communautaire, qui a permis non seulement d'accroître l'utilisation des services, mais aussi de renforcer la confiance entre les communautés et le système de santé.

2. Valoriser un modèle d'intervention holistique et intégré

Une approche intégrée combinant des soins cliniques de qualité (SONUB/SONUC), un accès facilité aux soins de santé primaires (SAS/VSX), un engagement communautaire structuré (femmes leaders, groupes de chuchoteurs) et l'intégration de services complémentaires, notamment en santé mentale, permet de cibler une panoplie de challenges, tel que l'amélioration des soins de SMN et de SSR de qualité, les barrières socio-culturelles liées à la planification familiale et aux SAS et VSX, et les barrières d'accès aux soins du aux difficultés de transport (adresse par le projet Couffo grâce à la mise en place de tricycles et d'un renforcement du système de référence entre le département du Couffo et du Mono pour les urgences néonatales compliquées) et des frais liés à ces services (adresse par le projet grâce à la gratuité des soins pour certains services de SMN et SSR)

INCLUSION D'UN MODELE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE PERTINENT ET EFFICACE

Un modèle d'engagement communautaire bien adapté, pertinent et efficace

L'engagement communautaire constitue l'un des piliers les plus solides du projet Couffo, unanimement reconnu par les répondants¹² comme une composante clé ayant permis une mobilisation effective des communautés autour des enjeux de SMN, SSR y compris du PF, ainsi que des services de SAS et VSX.



L'approche a été pensée comme un prolongement stratégique du volet clinique. Comme le souligne un membre du personnel MSF :

« On a identifié trois gaps majeurs : les soins obstétricaux, la santé sexuelle et reproductive (notamment les services d'avortement sécurisé), et le non-recours aux soins. D'où le choix d'une approche à double ancrage, clinique et communautaire. »¹³

Ce couplage entre renforcement de l'offre de soins et mobilisation des communautés s'est révélé particulièrement pertinent pour stimuler la demande, améliorer l'accès aux services et renforcer des perceptions positives vis-à-vis de la santé.

Un modèle participatif et légitime

Le dispositif repose sur une approche participative et contextualisée, notamment dans le processus de sélection des femmes leaders, choisies directement par les communautés¹⁴. Cette méthode a renforcé leur légitimité locale et facilité leur acceptation sociale, y compris sur des thématiques sensibles comme les SAS et les VSX :

« Au début, il y avait refus et rejet des thématiques SAS, VSX, mais progressivement la communauté a accepté nos messages. »¹⁵

Le rôle des femmes leaders est central. Elles animent des causeries éducatives sur la SSR, réalisent des visites à domicile pour le suivi prénatal (CPN) et postnatal (CPoN), sensibilisent au planning familial et à la nutrition, et contribuent à la reconnaissance des signes de danger pendant la grossesse. Elles distribuent des coupons de référence, rappellent les rendez-vous médicaux et encouragent les accouchements assistés. Leur proximité, leur légitimité sociale et leur capacité à aborder des sujets intimes comme la contraception ou le SAS ont été perçues par les utilisatrices des services comme un facteur décisif de confiance :

« Les femmes leaders font le suivi des références, le personnel soignant aussi pose cette question après un traitement. »¹⁶

Les patientes confirment :

« Les activités menées par les femmes leaders ont joué un rôle clé dans ce changement [utilisation des services de santé], en contribuant à modifier durablement les comportements. Les communautés

¹² Entretiens avec les autorités locales, le staff MSF, le personnel de santé, et groupes de discussion avec les femmes leaders, les femmes patientes et les hommes de la communauté

¹³ Entretiens avec le personnel de MSF

¹⁴ Pour la sélection des femmes leaders, MSF définit des critères de base, notamment le fait de savoir lire et d'avoir une certaine influence au sein de la communauté. La responsabilité de la sélection est ensuite confiée aux leaders communautaires, qui l'organisent en concertation avec les membres de la communauté.

¹⁵ Entretiens avec les femmes leaders

¹⁶ Entretiens avec les femmes utilisatrices de services

reconnaissent désormais l'importance de recourir aux centres de santé pour les soins, notamment en matière de santé maternelle et néonatale. »¹⁷

« L'engagement communautaire nous a beaucoup facilité la tâche, car les femmes leaders et les relais communautaires nous appuient dans la sensibilisation. Grâce à cela, les communautés acceptent davantage de venir vers les centres de santé. »¹⁸

« C'est l'engagement communautaire qui a fait marcher les activités du projet : les femmes leaders et les volontaires communautaires nous informent, nous rassurent et nous encouragent à aller au centre de santé. »¹⁹

Des changements observés dans les perceptions

Cette action a également contribué à transformer les perceptions masculines. La majorité des hommes reconnaissent désormais les bénéfices de la planification familiale et soutiennent la participation de leurs épouses aux activités :

« Généralement ces thématiques ne sont pas acceptées, mais avec les séances de sensibilisation le planning familial est de plus en plus accepté. SAS et VSX ne peuvent pas être aussi facilement acceptés, mais viendra avec le temps. »²⁰

De même, les sensibilisations ont permis de lever des résistances :

« C'était difficile au début avec le planning familial, les gens disaient que ça rendait stérile. Maintenant, grâce aux sensibilisations, les femmes viennent plus facilement pour les CPN et parlent même des cas de violences sexuelles. »²¹

Les groupes de chuchoteurs ont joué un rôle complémentaire essentiel en créant un espace confidentiel pour aborder les sujets sensibles comme les SAS et les VSX, et orienter discrètement les patientes vers les structures de soins.

Des limites et défis persistants

Malgré ces réussites, plusieurs défis fragilisent la durabilité du modèle. Le principal réside dans la disparité de statut entre les femmes leaders, engagées à titre bénévole et volontaire, et les relais communautaires (ReCos) qui, eux, sont rémunérés par l'État. Cette différence peut alimenter un sentiment d'injustice et affecter la motivation, entraînant parfois une démobilisation progressive. Toutefois, il est important de rappeler qu'au moment de leur identification, les femmes leaders avaient été sensibilisées et avaient accepté cet engagement bénévole, conçu comme une contribution citoyenne en faveur de la santé et du bien-être de leurs pairs. Les ReCos, pour leur part, disposent d'un cahier de charges beaucoup plus large et complexe, relevant d'une logique de « One Health », ce qui justifie la différence de statut entre les deux profils. Un effort de communication renforcé reste néanmoins nécessaire pour clarifier ces rôles et éviter toute confusion ou perception d'inégalité, tout en valorisant la complémentarité de ces deux acteurs dans l'écosystème communautaire. Certaines femmes leaders évoquent aussi une fatigue liée à la charge de travail, les résistances culturelles persistantes ou encore une stigmatisation sociale :

¹⁷ Entretiens avec les leaders communautaires

¹⁸ Entretiens avec le personnel de santé

¹⁹ Groupe de discussion avec les femmes leaders

²⁰ Entretiens avec les femmes leaders

²¹ Entretiens avec les femmes leaders

« Stigmatisation sur les questions de contraception. Cette situation nous démotive parfois. »²²
« Nous sommes parfois renvoyés des domiciles lorsque nous parlons de contraception. »²³

En parallèle, certaines femmes enceintes refusent les références par crainte d'une césarienne, ou n'effectuent pas les CPN intermédiaires (2e et 3e), jugées trop coûteuses, ce qui génère des tensions avec les femmes leaders qui promeuvent ces services. Certains acteurs, tels que le COGES, regrettent par ailleurs de ne pas avoir été pleinement impliqués dans le processus de sélection des femmes leaders. Enfin, dans les zones où MSF s'est retiré, la continuité de l'engagement communautaire reste fragile, faute de mécanismes institutionnels solides pour relayer leurs activités.

Alignement avec les priorités locales

La conception globale du projet Couffo est perçue comme alignée avec les priorités exprimées par les communautés et les acteurs locaux :

« MSF a réalisé une analyse approfondie de la situation sanitaire au Bénin, qui a permis d'identifier le paludisme et la santé maternelle, néonatale et infantile comme priorités. Ces domaines étaient également alignés sur les priorités nationales définies par le gouvernement. (...) Les priorités initialement identifiées par MSF se sont révélées pertinentes et demeurent pleinement justifiées à ce jour. »²⁴

Les actions mises en œuvre — gratuité des soins ciblés, sensibilisation communautaire, amélioration de la qualité clinique — ont contribué à réduire les barrières financières, sociales et structurelles, en particulier pour les consultations prénatales, la planification familiale et la prise en charge des urgences obstétricales.

En somme, l'engagement communautaire, tel que mis en œuvre dans le projet Couffo, constitue un maillon essentiel de sa logique d'intervention. En confiant aux communautés la sélection de leurs propres femmes leaders, MSF a instauré un modèle participatif et culturellement ancré. Celui-ci a favorisé l'accès aux services (CPN, CPoN, accouchements assistés, planification familiale, SAS, prise en charge des VSX), transformé les perceptions communautaires, y compris chez les hommes, et renforcé la confiance envers le système de santé. Toutefois, les défis de motivation, de reconnaissance et de pérennité après le retrait de MSF constituent des hypothèses critiques pour la durabilité de ce modèle.

²² Entretiens avec les femmes leaders

²³ Entretiens avec les femmes leaders

²⁴ Entretiens avec le personnel de MSF

LEÇONS APPRISSES**1. Concevoir une stratégie d'engagement communautaire intégrée, ancrée dans les besoins réels**

En combinant un ancrage clinique à un ancrage communautaire structuré, le projet a pu répondre de manière simultanée aux obstacles à l'accès (distance, coût, stigmatisation) et aux freins à la demande (normes sociales, manque de confiance, faible sensibilisation). Cette approche intégrée s'est révélée particulièrement pertinente dans les domaines sensibles comme la planification familiale, le suivi de grossesse, et la santé néonatale.

2. Renforcer durablement l'adhésion aux soins par l'engagement local

La mobilisation active des femmes leaders et des groupes de chuchoteurs a permis une transformation progressive mais profonde des comportements au sein des communautés. Ces acteurs de proximité ont joué un rôle essentiel en tant que relais de confiance, facilitateurs de dialogue, et agents de changement social. Leur implication a favorisé l'appropriation locale des messages de santé, renforcé la crédibilité du système de soins, et soutenu l'adhésion aux services même dans les domaines les plus sensibles tel que les SAS et les VSX.

MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES ET ADAPTATION**RÉSULTATS CLÉS****2.2.1. Appui en infrastructure et équipement**

Les appuis pour pallier aux faiblesses structurelles dans les centres de santé (château d'eau, réhabilitation et remise à niveau, fourniture de nouveaux équipements essentiels) ont permis de disponibiliser le matériel et l'espace nécessaire pour fournir des services et des soins de qualité (H1.3. validé).

Les investissements infrastructures/WASH/PCI sont utilisés mais des inquiétudes ont été partagées par les prestataires de services et des COGES concernant leur entretien et maintien sur le long terme car les plans de durabilité et de passation après le retrait de MSF n'existent pas de manière systématique dans les CS (H2.6, H2.8, H3.4 non validés, QCR6).

2.2.2. Appui au renforcement des capacités de 12 sages-femmes

En renforçant les compétences techniques (SONUB, PF, SAS, PCI, etc.) de 12 sages-femmes dans les CS appuyés pour les actualiser et les adapter au contexte, MSF a agi sur un levier essentiel pour améliorer la PEC des patientes et garantir la conformité aux standards de qualité. Cependant, les données de la revue montrent une inclusion insuffisante de divers participants, menant à un déséquilibre interne, une surcharge de travail pour celles formés, une démotivation pour les autres, et un risque de dilution des standards (H2.1. en partie validé).

Le personnel formé par MSF ne semble pas être systématiquement repris par les autorités sanitaires et aucun plan de pérennisation des acquis n'existe qui permettrait que le nouveau système de renforcement des capacités soit viable dans la durée après le retrait progressif de MSF (H2.9 et H3.4. non validés, QCR6).

2.2.3. Appui financier et institutionnel

La gratuité des soins, grâce à l'appui financier et institutionnel de MSF, permet de lever une barrière financière majeure pour les utilisatrices potentielles des services ce qui semble avoir amélioré le taux de fréquentation des CS (H2.7. validé). Cependant, cette gratuité n'est pas institutionnalisée et le système ARCH ne permet pas une application équitable des régimes de gratuité un fois le retrait de MSF (H3.4. non validé).

L'appui institutionnel au personnel dans les CS a aussi été un point apprécié mais des éléments structurels ou organisationnels semblent limiter la capacité des CS à répondre parallèlement au modèle salarial dégressif de MSF (H3.4. non validé)

2.2.4. Appui au plaidoyer

Malgré la provision d'un support technique qui réduit les défis de l'offre et la prestation de services SSR et SMN de qualité, l'appui de MSF semble surtout utile sur le court terme mais plus fragile sur le long-terme sans stratégie de sortie concrète permettant un maintien de ces acquis dans les CS (QCR6). Une stratégie de plaidoyer formelle et structurée n'existe pas mais la revue met en lumière plusieurs défis structurels qui bénéficieraient d'un plaidoyer stratégique.

APPUI EN INFRASTRUCTURE ET EQUIPEMENT

Quels appuis en infrastructure ont été fournis ?

Dès le lancement du projet, MSF a identifié d'importantes faiblesses structurelles dans les centres de santé, notamment l'absence d'accès à l'eau potable, un élément critique pour garantir la qualité des soins, en particulier en SMN. Pour y répondre, l'organisation a installé des châteaux d'eau dans tous les centres de santé appuyés (Photo 1), assurant ainsi un accès continu à l'eau. Elle a également procédé à la réhabilitation et à la remise à niveau des maternités, incluant le ravalement, le nettoyage, la réfection des murs, l'assainissement, la désinfection et la peinture. Ces améliorations ont été complétées par la mise en place de dispositifs WATSAN (puits d'incinération) et de mesures de prévention et contrôle des infections (PCI).

Force des
preuves
- Forte
✓

Photo 1 : Château d'eau a Tohou



Quels changements ont eu lieu grâce à cet appui ?

Les prestataires et coordinateurs saluent les progrès visibles en seulement deux ans de soutien :

- « Les recettes mensuelles du centre, qui étaient auparavant d'environ 400 000 FCFA, dépassent désormais un million de FCFA. [...] Des améliorations notables ont été apportées aux infrastructures : le centre dispose désormais d'un accès à l'eau potable — alors qu'auparavant, il fallait se rendre

jusqu'à la rivière — et d'un puits d'incinération, ce qui a permis de renforcer le dispositif WATSAN et les pratiques de prévention et contrôle des infections (PCI). »²⁵

- *« L'aménagement du cadre et la disponibilité du matériel ont permis une augmentation des CPN et une baisse des accouchements à domicile. »²⁶*

Cette dynamique a eu un effet tangible non seulement sur la qualité des soins, mais aussi sur la fréquentation des centres et la motivation du personnel. Du point de vue du Ministère de la Santé, l'augmentation des recettes peut être perçue comme un progrès en termes de viabilité financière des structures. Toutefois, du côté de MSF, l'accent est mis avant tout sur l'amélioration de l'utilisation et de la qualité des services, dans la logique humanitaire qui défend la gratuité des soins pour lever les barrières financières et garantir un accès équitable, plutôt que sur la génération de revenus pour les structures.

Quels appuis en équipements ont été fournis ?

MSF a renforcé les capacités des centres et de l'hôpital par un apport en équipements essentiels. Trois centres de santé (Klouékanmè, Toviklin et Lalo) ont été dotés de machines d'échographie supplémentaires, renforçant les diagnostics au niveau primaire. L'hôpital de zone a également été équipé d'une machine d'échographie, d'un dispositif de test pour la qualité du sang destiné aux dons, ainsi que d'une unité de néonatalogie de base pour améliorer la prise en charge des nouveau-nés. MSF a aussi ponctuellement approvisionné les centres avec ses propres stocks de médicaments, garantissant la continuité des soins. Enfin, des tricycles ont été mis à disposition pour faciliter le référencement des patientes vers les centres ou l'hôpital de zone.

Quels changements ont eu lieu grâce à cet appui ?

Ces investissements ont généré des améliorations perçues directement par les usagers :

« La gratuité des soins pour certaines consultations et la meilleure qualité de l'accueil nous ont encouragées à venir plus souvent au centre de santé. »²⁷

« Le changement significatif est la disponibilité des services SONU et la diminution des accouchements à domicile grâce aux réhabilitations et équipements. »²⁸

Le travail de sensibilisation des femmes leaders a également amplifié l'impact de ces dotations en informant les populations sur la gratuité et la disponibilité des services, ce qui a contribué à une demande accrue et à une meilleure utilisation des structures.

Préoccupations sur la durabilité

Malgré cette reconnaissance, des inquiétudes persistent quant au maintien et l'entretien de ces équipements et infrastructures après le retrait de MSF, prévu au bout de deux ans. Les parties prenantes communautaires — COGES, femmes leaders, leaders communautaires et usagers — soulignent particulièrement le risque lié à l'entretien des infrastructures et à la maintenance des équipements dans un contexte où les capacités du système public restent limitées :

« La communauté et les responsables du centre de santé s'interrogent sur la manière dont les activités seront maintenues si MSF se retire, surtout pour l'entretien des équipements et la motivation du personnel. »²⁹

²⁵ Entretiens avec le personnel de santé

²⁶ Entretiens avec le personnel de santé

²⁷ Entretiens avec les femmes patientes

²⁸ Entretiens avec le personnel de santé

²⁹ Entretiens avec les COGES

« Nous apprécions la gratuité et les bons services, mais nous ne savons pas si cela va continuer après le départ de MSF. Si les équipements ne sont pas entretenus et si les sages-femmes partent, nous risquons de revenir aux mêmes difficultés qu'avant. »³⁰

L'appui en infrastructures et en équipements constitue un pilier central de la logique d'intervention du projet Couffo, en contribuant directement à la mise à disposition de services de SSR complets et de qualité. Toutefois, la disponibilité et le maintien de ces acquis après le retrait de MSF représentent une hypothèse critique de la TdC. Dans un contexte de capacités financières et techniques limitées du système public, la question de la durabilité reste un défi majeur.

LEÇONS APPRISSES

La réhabilitation et l'équipement des maternités ont renforcé qualité, sécurité et attractivité des soins.

La réhabilitation des maternités, l'accès à l'eau potable, l'installation d'équipements médicaux essentiels (échographes, dispositifs de test sanguin) et l'approvisionnement en médicaments ont eu un impact immédiat sur les conditions de travail des prestataires, la sécurité des soins et la fréquentation des services.

L'appui matériel renforce la confiance des usagers et la performance des structures.

L'absence de relais institutionnel pour maintenance et financement menace la durabilité des acquis :

L'absence de relais solide du côté des autorités sanitaires locales en matière de maintenance, et de financement constitue une hypothèse critique à surveiller dans la suite du projet.

APPUI AU RENFORCEMENT DES CAPACITES DU PERSONNEL DE SANTE

Renforcement des ressources humaines et des compétences cliniques

MSF a apporté un appui ciblé et structurant à l'hôpital de zone de Klouékanmè et à sept centres de santé, en renforçant les capacités du personnel soignant, notamment des sages-femmes, à travers des formations spécialisées (SONU, EVA, planification familiale, SAS, VSX) et du coaching clinique.



La revue souligne l'impact positif, mais également les limites, de ces actions de formation. Au total, 12 sages-femmes (réparties entre les CS et l'hôpital de zone) ont bénéficié de sessions ciblées sur des thématiques clés telles que la prévention des infections, les soins obstétricaux d'urgence, les SAS et la prise en charge des VSX. Ces formations mensuelles, complétées par un coaching bimensuel, ont été particulièrement appréciées par les sages-femmes :

« J'ai une bonne perception des formations, elles nous ont vraiment aidées à renforcer nos compétences. »³¹

« Les formations reçues étaient efficaces, adaptées et directement utiles dans notre travail quotidien. »³²

³⁰ Entretiens avec les COGES

³¹ Entretiens avec le personnel de santé

³² Entretiens avec le personnel de santé

« Les formations ont été suffisantes et ont renforcé notre capacité à mieux prendre en charge les patientes. »³³

Défis d'harmonisation et d'inclusion

Toutefois, plusieurs contenus apparaissent en décalage avec les protocoles nationaux (par exemple pour le nettoyage des outils et équipements sanitaires), créant parfois confusion et tensions :

« Les formations ont été suffisantes et renforcées par la supervision. Mais parfois, il y a des contradictions entre les protocoles de soins du Bénin et ceux de MSF tirés de l'OMS. MSF aurait dû impliquer les formateurs nationaux pour relever ce défi. »³⁴

Il convient de préciser que, de manière générale, les protocoles de MSF sont largement inspirés de ceux de l'OMS, avec des adaptations qui peuvent être introduites sur la base des expériences de terrain. Dans le contexte béninois, la difficulté provient souvent du fait que les protocoles nationaux ne sont pas régulièrement mis à jour et se trouvent parfois en déphasage avec les recommandations internationales. MSF s'efforce donc de travailler avec le Ministère de la Santé pour renforcer l'harmonisation et favoriser une meilleure cohérence des pratiques.

De plus, une partie du personnel non formé (infirmiers, pharmaciens, médecins-chefs) se sent exclue du dispositif de renforcement des capacités, ce qui alimente un déséquilibre interne. Cette situation engendre surcharge de travail, démotivation et risque de dilution des standards de qualité :

« À ma prise de service en 2023, les prestataires de soins qui ne sont pas soutenus par le projet se refusent à offrir les services selon les normes d'assurance qualité car ils estiment que c'est du travail supplémentaire non rémunéré. Il y a eu plusieurs séances de travail, concertation avec les autorités afin que cette attitude change. »³⁵

Ces constats soulignent la nécessité d'harmoniser les contenus avec les normes nationales et d'élargir la formation à l'ensemble du personnel soignant. L'implication de formateurs locaux apparaît comme une piste clé pour améliorer la cohérence, favoriser l'appropriation et consolider la durabilité des acquis.

Le renforcement des capacités du personnel soignant constitue un maillon essentiel de la théorie du changement du projet Couffo. En dotant les sages-femmes de compétences techniques actualisées et adaptées, MSF agit sur un levier décisif pour améliorer la qualité des soins et la confiance communautaire. Néanmoins, l'efficacité de cet appui est conditionnée par trois facteurs critiques : la stabilité des ressources humaines (H1.2), la cohérence des standards de qualité pour générer durablement confiance et adhésion (H2.7), et la capacité du système public à assumer la reprise des salaires et du personnel après le retrait de MSF (H2.9). Ces dimensions représentent des hypothèses déterminantes pour la pérennisation des résultats et nécessitent un suivi et une stratégie de transition adaptés :

- **H1.2 – Ressources humaines disponibles et stables avec faible turnover**

L'appui de MSF a permis de renforcer les compétences d'un noyau de sages-femmes. Toutefois, l'exclusion partielle d'autres catégories de personnel et l'absence de garanties sur la stabilité des ressources humaines fragilisent cette hypothèse. La surcharge et la démotivation relevées chez certains prestataires non formés laissent présager un risque accru de turnover, notamment si les acquis ne sont pas institutionnalisés.

³³ Entretiens avec le personnel de santé

³⁴ Entretiens avec le personnel de santé

³⁵ Entretiens avec le personnel de MSF

- **H2.7 – L'amélioration de la qualité des soins génère confiance, recours accru et adhésion communautaire**

Les témoignages recueillis montrent que la qualité des formations et du coaching a renforcé les compétences cliniques, ce qui s'est traduit par une meilleure prise en charge et une perception positive des patientes. Cela confirme en partie l'hypothèse : la montée en qualité des soins favorise la confiance et stimule la demande. Néanmoins, les incohérences entre protocoles MSF et nationaux risquent d'affaiblir cette dynamique en générant confusion et perte de crédibilité auprès des prestataires et des communautés.

- **H2.9 – La DDS remplace et salarie le personnel formé et déployé par MSF**

Cette hypothèse reste fragile. La revue montre que si MSF assume le financement des salaires pendant son intervention, il n'existe pas encore de mécanisme clair et systématique pour assurer la reprise par la DDS après le retrait. Les préoccupations exprimées par les prestataires et la surcharge constatée révèlent que l'intégration durable du personnel formé dans le dispositif public est loin d'être garantie. Cette incertitude constitue un point critique pour la durabilité des acquis.

RECOMMANDATIONS**1. Former l'ensemble des prestataires de soins sur les thématiques SMN, VSX-SAS**

Pour garantir une disponibilité constante de services de qualité et assurer la conformité aux protocoles, il serait favorable que tous les prestataires des centres de santé appuyés par le projet soient formés sur l'ensemble des thématiques couvertes par MSF : SMN, VSX et SAS. Cette approche inclusive permet d'éviter une concentration des compétences sur quelques individus, qui peut entraîner une surcharge de travail et une dépendance risquée. En renforçant de manière systématique les capacités de tous les agents de santé, MSF contribuera à institutionnaliser les bonnes pratiques et à rendre les services plus résilients, même après son retrait.

2. Harmoniser les protocoles de soins entre MSF et le Ministère de la Santé

La revue met en évidence non pas tant un décalage entre les protocoles de soins de MSF et ceux du système national, mais plutôt l'absence, la non-actualisation ou encore la méconnaissance de certains protocoles du Ministère de la Santé par les prestataires. Cette situation peut créer de la confusion et affecter la motivation du personnel. Il est donc recommandé de poursuivre et renforcer le processus de collaboration entre MSF et le MdS pour appuyer la mise à jour, la diffusion et l'appropriation des protocoles nationaux, en impliquant directement les formateurs nationaux. Ce travail conjoint, déjà amorcé sur des thématiques comme la néonatalogie, l'antibiothérapie au bloc opératoire ou la prise en charge des VSX, permet d'harmoniser les pratiques, d'assurer la cohérence des messages et de consolider l'intégration du projet dans l'architecture sanitaire nationale.

3. Mettre en place des sessions de remise à niveau régulières

Au-delà de la formation initiale, il serait important d'organiser des sessions de remise à niveau périodiques (au-delà du coaching) pour actualiser les connaissances des prestataires, corriger les écarts dans l'application des protocoles, et maintenir un haut niveau de qualité dans la prestation des soins, y compris après le départ de MSF dans les CS soutenus. Ces sessions pourraient s'appuyer sur les protocoles harmonisés et mobiliser à la fois les formateurs MSF et ceux du MdS, dans une logique de collaboration et de transfert de compétences. Elles renforceraient non seulement la compétence technique des agents de santé, mais aussi leur engagement et leur confiance dans les standards partagés du projet.

LEÇONS APPRISES

- Combiner la formation et le coaching clinique régulier fonctionne. Les sessions mensuelles, complétées par un coaching bimensuel, sont bien acceptées et améliorent les compétences pratiques.
- Limiter l'appui à un seul groupe crée des îlots de compétence, surcharge, démotivation et dilution des standards.
- Les différences de statut/rémunération (bénévoles vs personnels non appuyés) alimentent la résistance ; prévoir des mesures d'équité (indemnités, reconnaissance, plan de charge).

APPUI FINANCIER ET INSTITUTIONNEL**La gratuité des soins et la durabilité du financement**

L'un des piliers du projet Couffo a été l'instauration de la gratuité ciblée des soins, mesure perçue par les répondants comme alignée avec les priorités locales et répondant directement



aux besoins urgents en matière de consultations prénatales (CPN), de planification familiale (PF) et de prise en charge des urgences obstétricales. Cette gratuité ciblée a levé une barrière financière majeure pour les femmes utilisatrices, favorisant l'accès équitable aux services de SMN et SSR. Elle a également contribué à une meilleure fréquentation des structures et à l'augmentation des recettes des centres de santé. La revue souligne que cette approche intégrée a renforcé la confiance des communautés et stimulé la demande de services.

Limites structurelles et fragilité systémique

Cependant, le contexte national demeure marqué par de fortes limites. Le système ARCH (Assurance pour le Renforcement du Capital Humain) prévoit différents régimes de gratuité (soins spécifiques et couverture des « pauvres extrêmes »), mais son application reste inégale. De nombreux patients vulnérables continuent d'être exclus faute de moyens ou de mécanismes clairs d'identification. Cette fragilité réduit la capacité du système public à pérenniser les acquis du projet MSF, qui applique une définition plus large et inclusive de la vulnérabilité.

Défis liés à la rémunération du personnel

La question de la prise en charge salariale du personnel constitue un autre point critique de la logique d'intervention. Dans plusieurs centres, le retrait progressif de MSF a entraîné une absence de remplacement ou de paiement des salaires par le gouvernement. Certains postes sont restés vacants, tandis que des agents en place n'ont pas perçu de rémunérations comme prévu. Pourtant, les recettes des centres, bien qu'en forte hausse (par exemple à Tohou, passées d'environ 400 000 FCFA à plus d'un million), demeurent prétendument insuffisantes³⁶ pour couvrir les salaires et assurer la continuité des services. Cette situation fragilise la motivation du personnel et menace la qualité des soins.

Comme explique un responsable :

« Concernant la prise en charge des salaires du personnel de santé, MSF couvre l'intégralité des rémunérations pendant la première année d'engagement. À partir de la deuxième année, un modèle de financement dégressif est mis en place : MSF assure 80 % des salaires au premier trimestre, 60 % au deuxième, 40 % au troisième et 20 % au dernier trimestre. L'hôpital est alors responsable de compenser progressivement la part restante. »³⁷

« Dans le protocole d'accord, l'hôpital et les CS devraient payer une partie des salaires pour couvrir la sécurité sociale, les impôts et le retour des remboursements des médicaments aux personnes vulnérables. Aucune de ces clauses n'a été respectée, ce qui fait que le poids est resté sur la zone sanitaire. [...] Lorsque MSF affranchit un CS et quitte, les populations se déplacent vers le nouveau CS enrôlé pour bénéficier de la gratuité. »³⁸

De plus, l'hypothèse H2.8 postule que des plans de gestion communautaire et de financement durable seraient établis conjointement avec les CS, les COGES et les communautés. Or, les constats de la revue montrent que cette hypothèse est faiblement vérifiée.

- Si la gratuité et l'augmentation des recettes ont amélioré la viabilité financière à court terme, aucun mécanisme clair de gestion conjointe n'a été institué avec les COGES pour planifier la réinjection de ces recettes dans le maintien des acquis (entretien des infrastructures, remplacement des équipements, financement de ressources humaines).

³⁶ Entretiens avec le personnel de santé

³⁷ Entretiens avec le personnel de santé

³⁸ Entretiens avec les autorités locales

- Les COGES et les communautés sont souvent consultés, mais leur implication effective dans la planification et la gestion financière reste limitée. Cela réduit leur capacité à jouer un rôle moteur dans la continuité du modèle après le retrait de MSF.
- L'absence de contractualisation stricte ou de mécanisme de redevabilité pour l'utilisation des recettes locales fragilise la durabilité : les centres peinent à mobiliser leurs revenus pour couvrir des coûts essentiels (salaires, maintenance), et la responsabilité retombe sur la DDS, déjà sous-financée.

En pratique, la gratuité mise en œuvre par MSF a créé une dynamique positive de confiance et de fréquentation accrue (validant partiellement H2.7), mais sans consolidation de plans communautaires de financement durable, le risque demeure que ces acquis s'érodent rapidement après le retrait de MSF.

L'instauration de la gratuité ciblée des soins a eu un effet immédiat et positif sur l'accès, l'équité et la confiance communautaire. Toutefois, les limites du système ARCH, l'absence de mécanismes clairs pour la reprise des salaires par les autorités (cf. H2.9) ainsi que l'absence de véritables plans de gestion et de financement durables impliquant les CS, les COGES et les communautés (H2.8) fragilisent la pérennisation des acquis. Dans un contexte où l'institutionnalisation de la gratuité à l'échelle nationale demeure peu réaliste à court terme, il apparaît plus pertinent d'orienter les efforts vers des solutions pragmatiques et adaptées : renforcer la transparence et la concertation locale, formaliser des plans de gestion communautaire, et explorer des mécanismes alternatifs de financement permettant de consolider les acquis du projet tout en maintenant l'équité d'accès aux soins.

RECOMMANDATIONS

Renforcement des mécanismes locaux de gestion et de financement pour la pérennité de la gratuité ciblée

Plutôt que de viser une institutionnalisation immédiate de la gratuité au niveau national, MSF et le projet gagneraient à concentrer leurs efforts sur le renforcement de mécanismes locaux de gestion et de financement, en collaboration avec les CS, les COGES et les communautés. Cette approche pragmatique permettrait de consolider les acquis en matière d'équité d'accès aux soins, tout en préparant progressivement le terrain pour un éventuel alignement futur avec les politiques nationales.

Renforcement des capacités administratives et financières

Les DDS, MCZ et centres de santé doivent être appuyés pour gérer efficacement les ressources humaines et financières. Le recours à un-e consultant-e spécialisé-e peut être envisagé pour accompagner ce processus.

Mise en place d'un dispositif de suivi post-intervention

Un suivi régulier des indicateurs clés dans les sites où MSF s'est retiré doit être instauré afin de détecter toute régression et d'agir rapidement.

Réflexion sur la durée optimale d'engagement de MSF

La durée actuelle de deux ans par site est perçue par les répondants comme trop limitée pour consolider pleinement les acquis, notamment en termes de continuité des services et de stabilisation du personnel avant transfert. Une réflexion approfondie devrait être menée avec le Ministère de la Santé et les acteurs communautaires afin de déterminer la durée optimale d'accompagnement, en tenant compte des questions structurelles non encore résolues. Plutôt qu'une simple extension, il s'agit de conditionner la durée de l'appui à des jalons clairs de renforcement institutionnel et de mise en place de mécanismes durables, afin d'assurer que la pérennisation repose sur des bases solides.

LEÇONS APPRISSES**La gratuité des soins comme levier d'accès et de confiance**

L'instauration de (certains) soins de santé gratuits a levé une barrière financière majeure, augmenté la fréquentation des services (CPN, PF, SONU), et renforcé la confiance communautaire dans les structures de santé.

Limites du système ARCH et fragilité institutionnelle

L'application inégale des régimes de gratuité nationaux (ARCH) exclut encore de nombreux patients vulnérables. Cela met en évidence la nécessité de mécanismes institutionnels solides pour pérenniser les acquis après le retrait de MSF.

Fragilité liée à la rémunération du personnel

Le non-remplacement du personnel et l'absence de paiement des salaires par le gouvernement après le retrait de MSF menacent la motivation et la qualité des soins. Les recettes locales, bien qu'en hausse (ex. Tohou : 400 000 FCFA → 1 million), ne suffisent pas à couvrir les salaires.

Nécessité d'une transition progressive et contextualisée

Les défis liés aux ressources humaines, à la logistique et au financement montrent qu'une stratégie claire et progressive est indispensable pour transférer la responsabilité des acquis au système national et éviter leur érosion rapide.

APPUI AU PLAIDOYER

Plusieurs enjeux clés nécessitent une action concertée auprès des autorités sanitaires nationales et locales, ainsi qu'auprès des acteurs communautaires. Bien que plusieurs axes de plaidoyer aient été observés par l'équipe de suivi, l'équipe du projet ne semble pas avoir développé de stratégie systématique ou documentée pour se faire :



Un premier axe de plaidoyer modèle concerne la reconnaissance et la motivation des femmes leaders, dont l'engagement bénévole peut susciter des tensions par rapport au statut rémunéré des ReCos. Dans un contexte où la politique nationale de santé communautaire place le ReCo au centre du dispositif et où la rémunération des ReCos eux-mêmes reste fragile, un plaidoyer direct pour la rémunération institutionnelle des femmes leaders semble peu réaliste à court terme. Il apparaît plus pertinent de poursuivre la stratégie déjà initiée par MSF consistant à renforcer les capacités des groupements de femmes, notamment via des activités génératrices de revenus en partenariat avec Éleveurs sans Frontières. Cette approche vise à soutenir l'autonomisation économique des femmes leaders, tout en consolidant leur rôle au sein des communautés et la continuité de leurs activités de santé :

« J'apprécie l'approche de l'engagement communautaire, je suggère juste qu'il y ait une harmonisation entre la motivation des femmes leaders et les relais communautaires, sinon les femmes leaders vont disparaître, alors qu'à mon avis, c'est le socle de l'engagement communautaire. »³⁹

Un deuxième axe porte sur la **pérennité des services sensibles (SAS, VSX)**. L'objection de conscience, largement pratiquée par les sages-femmes, limite l'offre effective malgré la demande. La revue souligne l'importance d'un plaidoyer ciblé pour lever ces obstacles institutionnels et socioculturels, clarifier le cadre

³⁹ Entretiens personnels de santé

légal et encourager l'acceptabilité sociale. Des partenariats, comme avec le CNGOB, ont déjà été mobilisés pour renforcer la formation et soutenir la diffusion des bonnes pratiques :

« Les [femmes leaders] ont sensibilisé la population aux services SAS et à la question des violences sexuelles et sexistes. De manière générale, ces services sont bien perçus dans la communauté et reconnus comme utiles. Toutefois, certaines familles restent opposées à l'utilisation des SAS, par crainte que ces services, notamment en lien avec l'interruption de grossesse, puissent entraîner des risques graves, voire la mort. Cette peur alimente une forme de résistance persistante au sein de la communauté, ce qui limite encore leur acceptation et leur utilisation dans certains foyers. »⁴⁰

Enfin, l'équipe de suivi suggère plaider en faveur du **financement durable et de l'institutionnalisation des acquis**. Cela inclut l'intégration des interventions (gratuité des soins, gestion des tricycles, ressources humaines) dans les plans et budgets du Ministère de la Santé, l'harmonisation des protocoles de soins avec ceux du système national, et l'appui technique à la planification de la transition. L'approche catalytique suggérée par cette revue, au croisement de l'action humanitaire contribuant au renforcement du système de santé, suppose de se positionner comme catalyseur de changement systémique, en accompagnant les autorités et en diffusant les bonnes pratiques locales :

« De plus, la gratuité des soins offerte par MSF a permis une meilleure prise en charge des femmes et a conduit à une augmentation notable de la fréquentation des services de santé. Cependant, les membres de la communauté expriment des inquiétudes concernant le départ de MSF. Bien qu'ils aient été informés dès le début qu'il s'agissait d'un projet temporaire, la mise en œuvre du retrait est perçue comme soudaine. Ils estiment ne pas être suffisamment préparés pour assurer la pérennité des acquis. »⁴¹

⁴⁰ Entretiens avec les femmes utilisatrices de services

⁴¹ Entretiens avec les COGES

RECOMMANDATIONS

Institutionnalisation des structures communautaires

- Favoriser la complémentarité entre ReCo (rémunérés) et femmes leaders (bénévoles).
- Maintenir et valoriser l'engagement des femmes leaders via reconnaissance officielle, formations continues et meilleure coordination.

Pérennité des SAS et VSX

- Mettre en place un plan de pérennisation spécifique pour les SAS incluant : formation continue de plus de prestataires, intégration dans les budgets/plans du Ministère, contractualisation durable avec structures publiques/privées, plaidoyer communautaire et institutionnel contre l'objection de conscience.
- Diversifier les prestataires SAS et intensifier le plaidoyer juridique et institutionnel pour lever les obstacles liés à l'objection de conscience.

Financement durable et transition

- Adopter une approche catalytique qui contribue au renforcement du système de santé : plaidoyer ciblé pour financement durable et gratuité des soins, renforcement des capacités administratives et financières (DDS, MCZ, CS), recours possible à un-e consultant-e spécialisé-e.
- Instaurer un dispositif de suivi post-intervention pour détecter rapidement toute régression et ajuster la stratégie.
- Réévaluer la durée d'engagement de MSF (au-delà de 2 ans) et planifier des interventions progressives dans les zones périphériques pour éviter la surcharge des structures de référence.
- Appuyer techniquement la planification de la transition avec des outils concrets.

Plaidoyer global

- Engager un plaidoyer structuré auprès du Ministère de la Santé pour consolider les acquis, harmoniser les protocoles de soins avec le système national et sécuriser la reconnaissance institutionnelle des acteurs communautaires.

LEÇONS APPRISSES**Plaidoyer préparatoire et ciblé**

- Intégrer une phase de sensibilisation et de plaidoyer avant l'introduction de services sensibles (SAS, VSX, santé mentale) afin réduire les résistances socioculturelles et institutionnelles.
- Assurer une articulation stratégique avec la santé mentale pour une prise en charge globale

Engagement communautaire durable

- Valoriser le rôle des femmes leaders comme levier d'adhésion et d'appropriation communautaire. Leur implication favorise la transformation progressive des comportements et renforce la crédibilité du système.

Transition planifiée et contextualisée

- Une pérennisation réussie nécessite une transition progressive impliquant activement autorités locales/nationales, COGES, prestataires et communautés.
- Importance d'une capitalisation et diffusion des bonnes pratiques locales (tricycles, mécanismes communautaires) pour nourrir le plaidoyer institutionnel.

Changement systémique

- Le projet Couffo illustre le potentiel d'une approche catalytique : se positionner comme catalyseur de changement systémique en accompagnant le Ministère de la Santé et en intégrant les acquis dans les dispositifs nationaux.

RÉSULTATS OBSERVÉS ET CHANGEMENTS GÉNÉRÉS**RÉSULTATS CLÉS****2.3.1. Suivi des femmes enceintes**

Les taux de CPN1 réalisées au T1 de grossesses dans les CS se sont visiblement améliorées progressivement sur la durée de mise en œuvre du projet, malgré un taux moyen dans les CS à environ 60%, en dessous de 65% ciblé par le projet. (H3.2. partiellement validé)

En moyenne, 99% des femmes enceintes bénéficient des examens de labo au CPN1 (cible 100%) et 97,23% des femmes qui accouchent dans les CS reçoivent une moustiquaire (cible 100%). Malgré ces observations positives, en moyenne, seul 51% des femmes enceintes sont protégées par le TD2 dans la population (cible 80%). (H3.2. partiellement validé)

2.3.2. Accouchements et soins néonataux

Au niveau des CPN4 au T3 (en moyenne 35%) et des accouchements faits par un personnel qualité (en moyenne 64%), les taux restent inférieurs à ceux ciblés par le projet et aucune tendance claire ne se dégage sur leur progression. (H3.2. partiellement validé)

2.3.3. Composante SAS VSX et 2.3.4. PF

En complément des services PF standards, les services SAS VSX ont été introduits après deux ans de préparation socioculturelle pour instaurer une confiance locale, y compris à travers des ateliers EVA et des formations techniques. Les données qualitatives semblent montrer une acceptation croissante après une résistance initiale (H4.2. partiellement validé). Aucune donnée ne montre que la confidentialité et la sécurité des services SAS VSX et PF étaient

remises en question (H3.3. ne peut pas être validé). Les données récoltées par la revue ne permettent pas de clairement identifier des effets sur ces thématiques (H3.2 ne peut pas être validé).

2.3.4. Réduction de la mortalité et morbidité

Au niveau de l'hôpital de zone, la revue note une baisse du taux de létalité des complications obstétriques directes et du taux de mortalité maternelle intrahospitalière depuis le début du projet. (H3.1. partiellement validé, H4.1. ne peut pas être validé).

SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

D'octobre 2022 à mars 2025, **les taux de CPN1 réalisées au premier trimestre (T1) de grossesses dans les CS se sont améliorées progressivement sur la durée de mise en œuvre du projet (voir figure 1)**. En moyenne, sur la première moitié du projet d'octobre 2022 à décembre 2023, le taux de CPN1 était de 53% tandis que ce taux moyen a augmenté à 66% dans la deuxième moitié de la mise en œuvre du projet de janvier 2024 à mars 2025. Malgré un taux moyen de CPN1 au T1 dans les CS à environ 60%, en dessous de 65% ciblé par le projet, la tendance d'amélioration reste visible comme indiqué par la courbe linéaire de tendance dans la figure 2. Le projet semble avoir contribué à un effet positif sur le repérage et l'initiation précoce du suivi prénatal, même si la régularité dans le temps reste à consolider.



En examinant de plus près les sites visités par l'équipe d'évaluation, **on observe des progression positives à Lokogba et Tohou**, bien que les taux > 100 % doivent être interprétés avec prudence. Lokogba enregistre une forte progression avec un taux de variation de +77 % et une moyenne de 55 CPN1/mois. La courbe montre une montée progressive jusqu'à un pic vers le mois 10, suivie d'une stabilisation. Le taux de couverture progresse également (+80 %), atteignant une moyenne de 66 %, ce qui marque une amélioration réelle et constante dans le suivi prénatal précoce. Cela pourrait indiquer une augmentation progressive de l'accès au suivi précoce dans cette zone. Tohou affiche également une amélioration notable (+48 %), avec une moyenne plus faible (40 CPN1/mois), mais une tendance ascendante visible, malgré quelques fluctuations. Tohou présente un taux de couverture exceptionnellement élevé, avec une moyenne de 101 % (+44 %), et plusieurs pics bien au-delà de 100 %. La qualité des données pose probablement problème, mais il est important de noter que l'introduction de la gratuité des CPN attire de nombreuses femmes des aires de santé voisines d'Ahodjinnako et d'Ahomadegbé vers Tohou pour leurs CPN1. Ce taux élevé reflète donc une bonne performance, mais doit néanmoins être interprété avec prudence, car il reflète également la concentration de la demande.

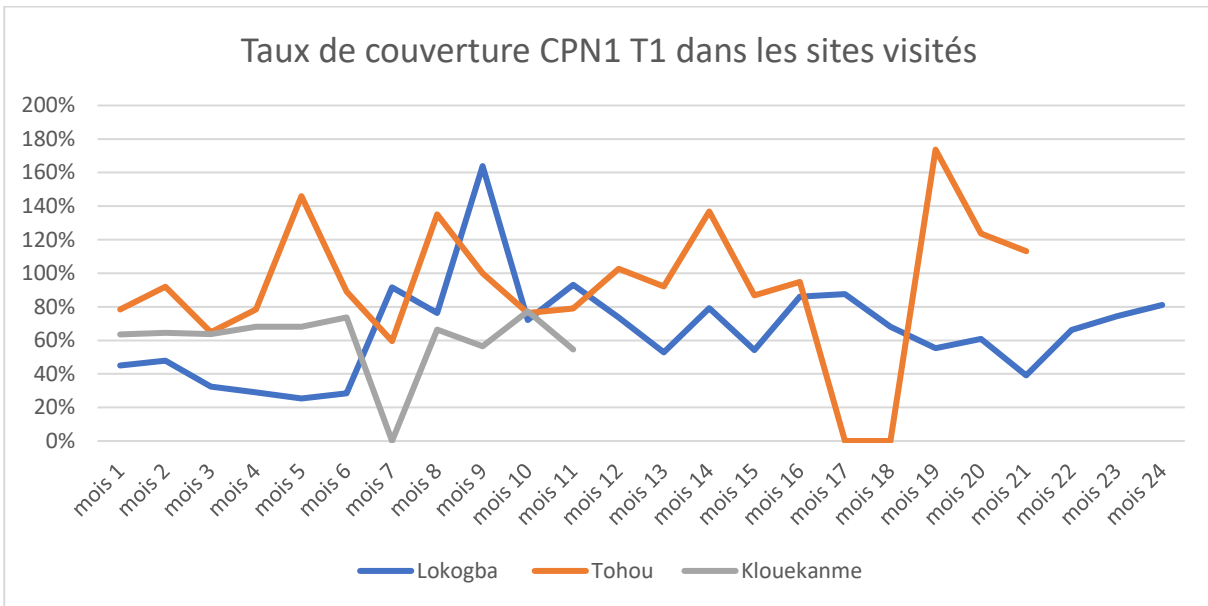


Figure 1: Taux de couverture de CPN1 au T1 de grossesse dans trois sites visités - Source: données internes MSF

Klouékanmè, qui partait d'un niveau plus élevé (moyenne de 63 CPN1/mois), montre une légère baisse de -3 %. Klouékanmè montre une baisse du taux de couverture (-14 %), malgré une moyenne équivalente à Lokogba (66 %). Cela pourrait indiquer une stabilisation du recours, un décrochage lié à des facteurs structurels ou à une saturation, ou autre.

Au niveau des CPN4 au T3, le taux reste inférieur à 25% ciblé par le projet, à l'exception de quelques pics temporaires en 2025. La courbe de tendance est quasiment plate, suggérant peu de progrès structurels sur le suivi jusqu'au troisième trimestre. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces taux relativement bas, notamment la faible valorisation culturelle des CPN tardives une fois une confirmation d'un fœtus « bien formé » ou le sexe de l'enfant révélé ou le manque d'information claire sur l'importance des quatre consultations prénatales complètes.

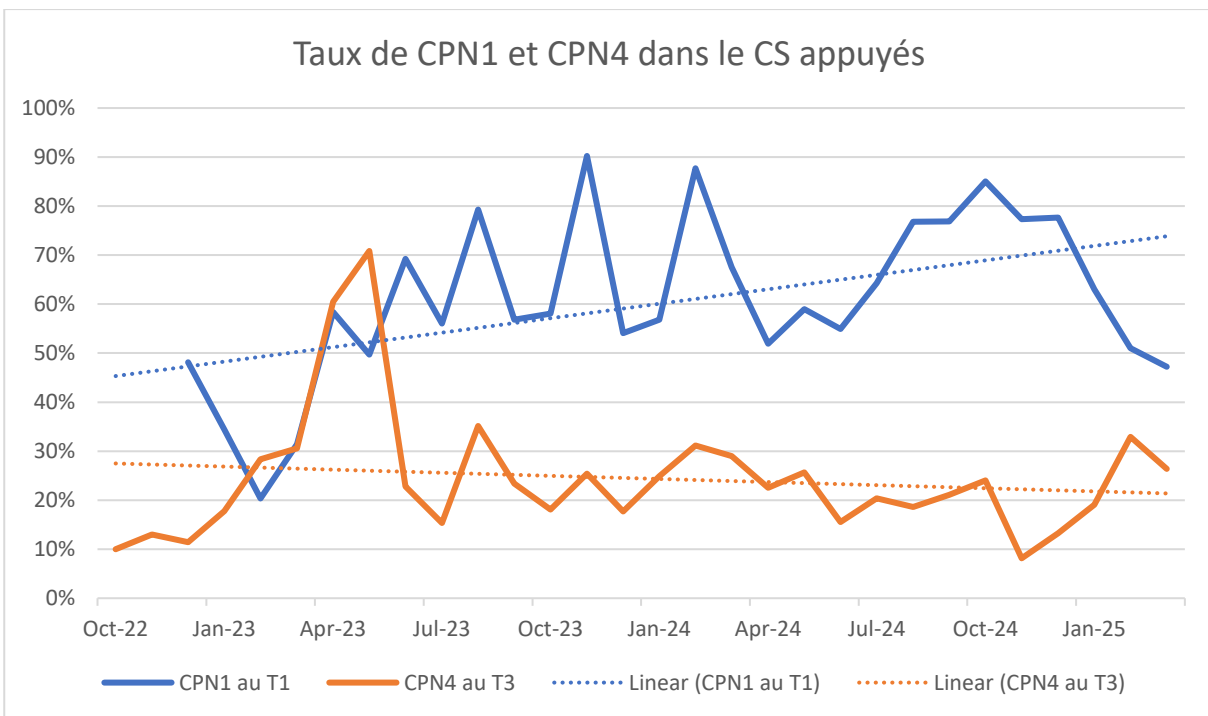


Figure 2: Taux de CPN1 et CPN4 dans tous les CS appuyés par MSF pendant la durée du projet - Source: données internes MSF

En observant de plus près trois centres visités par l'équipe d'évaluation, la contribution des activités du projet aux résultats observés reste difficile. À Lokogba, on observe une hausse marquée du nombre de CPN4 (+144 %) avec une moyenne mensuelle de 34 consultations. Le taux de couverture suit une tendance également ascendante, atteignant en moyenne près de 32 %, ce qui reflète une amélioration progressive. Lokogba affiche une progression solide, à la fois en volume et en couverture. Cette dynamique pourrait indiquer que le centre a réussi à renforcer la continuité du suivi prénatal jusqu'au dernier trimestre. À Tohou, les chiffres absolus ne sont pas fiables. Cependant, la progression du taux de couverture est impressionnante, avec des pics ponctuels jusqu'à 60 %. En revanche, Klouékanmè affiche une moyenne de 29 CPN4 par mois, mais une baisse significative en volume (-36 %). L'activité chute brusquement après le mois 11. Le taux de couverture est relativement faible (17 %), malgré une amélioration de +75 %, avec une légère tendance à la hausse sur la période.

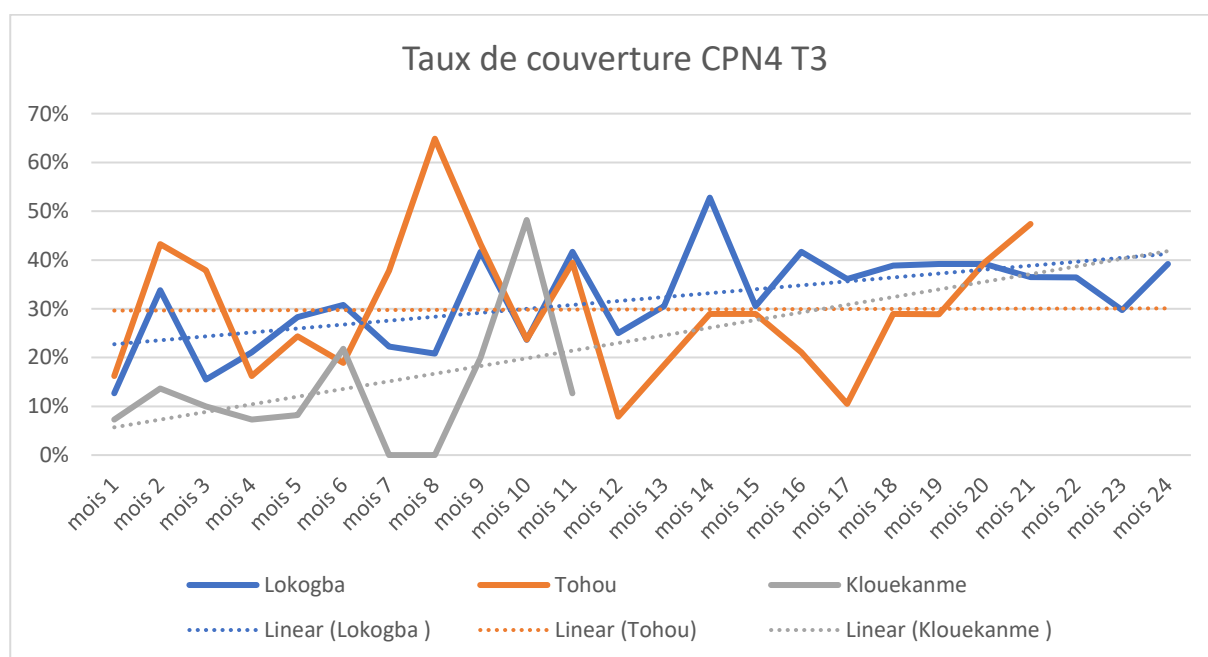


Figure 3: Taux de CPN4 au T4 de grossesse dans trois sites visités - Source: données internes MSF

Les données qualitatives n'ont pas révélé de facteurs internes au projet qui auraient pu décourager la venue des femmes enceintes et fournir plus d'explications aux tendances observées. MSF a pris des mesures concrètes pour lever les barrières financières, notamment la gratuité des soins pour les CPN 1 et 4, ainsi que l'introduction d'incitatifs pour encourager la réalisation de la CPN 2.

« La gratuité des soins, la distribution de kits de naissance aux femmes, ainsi que les cadeaux offerts à l'occasion de la deuxième consultation prénatale (CPN2) ont renforcé l'attractivité du centre. À tel point que certaines personnes se déplacent désormais depuis la commune voisine de Toffo pour venir se faire soigner au centre de santé de Tohou. »⁴²

Sur la période de mise en œuvre du projet d'octobre 2022 à mars 2025 : **en moyenne, 99% des femmes enceintes bénéficient des examens de labo au CPN1 (cible 100%)**. Cet indicateur est quasi aligné sur la cible de 100% et est resté relativement stable, ce qui semble témoigner d'un bon fonctionnement général du dépistage prénatal initial au niveau des CS. De plus, **en moyenne, 97,23% des femmes qui accouchent dans les CS reçoivent une moustiquaire (cible 100%)** :

⁴² Entretiens avec les hommes de la communauté

« De nombreux changements positifs ont été observés depuis la mise en œuvre du projet. Autrefois, l'accès aux services de vaccination était limité, voire inexistant. Aujourd'hui, les vaccinations sont réalisées rapidement et de manière efficace. [...] Par ailleurs, les femmes qui accouchent au centre reçoivent des kits postnataux ainsi que des moustiquaires, ce qui renforce la qualité des soins et le bien-être des mères et des nouveau-nés. »⁴³

Ce taux varie peu sur la durée du projet jusqu'à ce jour, ce qui pourrait indiquer un maintien positif de l'intégration de la prévention du paludisme dans les soins maternels et néonataux fournis. Malgré ces observations encourageantes, en moyenne, seul 51 % des femmes enceintes sont protégées par le TD2 dans la population (cible 80 %). Toutefois, ce résultat doit être interprété avec prudence : le calcul de cet indicateur a suscité de nombreuses discussions, car la méthodologie utilisée n'a pas toujours pris en compte les doses administrées lors des grossesses antérieures, comme il aurait fallu le faire. Cette limitation méthodologique, conjuguée à d'éventuels défis opérationnels (suivi entre CPN, ruptures de stock, pertes de vue), contribue à expliquer cette couverture encore insuffisante.

LEÇONS APPRISSES

- Des progrès significatifs sont possibles sur les CPN1 lorsque l'offre est renforcée, les soins sont gratuits et les communautés sont mobilisées activement. Cela souligne l'importance de combiner un appui à la qualité de la prestation avec une stratégie d'engagement communautaire ciblée.
- Les difficultés à maintenir la continuité du suivi jusqu'au CPN4 illustrent pourraient souligner les limites des seuls leviers d'offre : les pratiques culturelles, les croyances autour du troisième trimestre, ou le manque d'information sur l'importance des CPN complètes peuvent limiter la fréquentation, même lorsque les services sont disponibles et gratuits.
- La couverture sous-optimale du TD2 met en lumière semble souligner les défis potentiels de coordination entre les différentes composantes du parcours de soins, et la nécessité de mieux tracer les contacts, renforcer le suivi inter-consultations, et assurer une logistique soutenue.
- L'excellente couverture pour les moustiquaires et les examens biologiques au CPN1 montre que certains services bien intégrés dans les routines de soins peuvent atteindre et maintenir des niveaux élevés de performance.

ACCOUchements ET SOINS NEONATALS

Sur la période observée, environ 64 % des accouchements sont réalisés par du personnel qualifié, légèrement en dessous de la cible fixée par le projet à 65 %. Après un niveau initialement très élevé (proche de 100 % entre octobre 2022 et février 2023), on observe une baisse marquée à partir de mars 2023, avec plusieurs mois en dessous de 50 %, y compris une chute significative en décembre 2024. Toutefois, ces chiffres doivent être interprétés avec prudence : un taux de 100 % apparaît peu réaliste dans un contexte où, en 2022, la fréquentation des structures de soins était estimée autour de 37 %.⁴⁴ Il est probable que des erreurs de calcul, des problèmes de saisie ou une volonté de présenter des données valorisantes aient biaisé les premiers résultats. Dès lors, il serait plus pertinent



⁴³ Entretiens avec les femmes utilisatrices de services

⁴⁴ Données internes MSF

d'analyser la progression dans le temps et les tendances observées, plutôt que de considérer la valeur initiale comme représentative de la réalité.

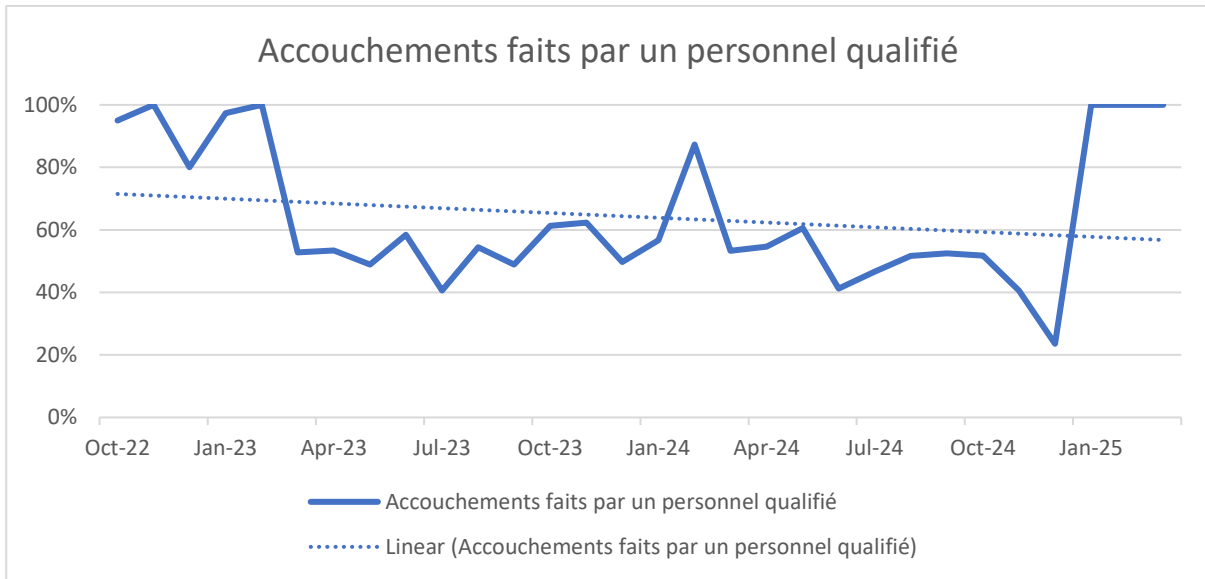


Figure 4: Taux d'accouchements faits par un personnel qualifié dans tous les CS appuyés par MSF pendant la durée du projet - Source: données internes MSF

Les taux de CPoN2 et les CPoN de suivi⁴⁵ sont en hausse progressive sur la période de mise en œuvre **actuelle du projet** mais le taux reste globalement inférieur à 35% sur la majorité de la période ce qui reflète une **faible couverture postnatale malgré une dynamique d'amélioration**. La progression graduelle pourrait potentiellement refléter une amélioration de l'offre de services et du suivi des femmes après l'accouchement. Pour expliquer ces taux relativement bas, il se peut qu'il y ait une faible priorisation du postnatal dans les routines de soins que dans les perceptions des patientes, un manque d'information ou de rappels actifs, et un suivi insuffisant des femmes après sortie de la maternité.

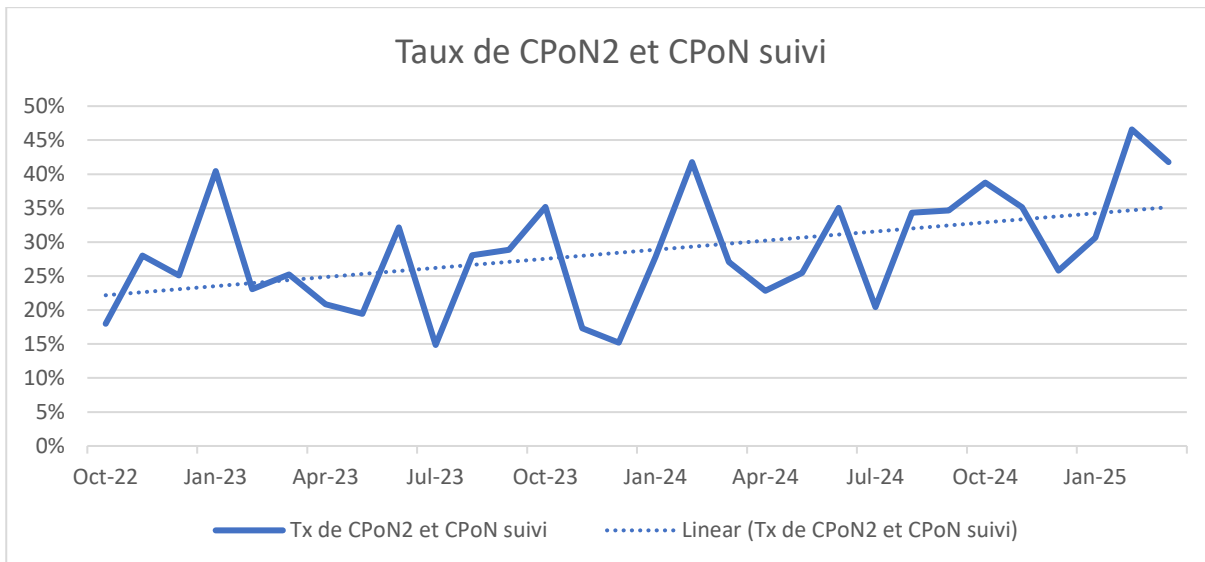


Figure 5: Taux de CPoN2 et CPoN de suivi dans tous les CS appuyés par MSF pendant la durée du projet - Source: données internes MSF

⁴⁵ Le CPoN2 de suivi font référence aux consultations postnatales ayant lieu dans les 6 semaines suivant l'accouchement mais non marquées comme CPoN 1 ou 2. La formule de calcul semble légèrement différente de 2022-2025 donc interpréter les données quantitatives avec prudence.

Pour explorer plus en profondeur la contribution des activités sur les tendances observées, nous avons analysé les données de trois CS visités. A Lokogba, les taux de couverture sont modérés mais réguliers, variant généralement entre 25 % et 45 %, avec un taux de variation de 142% sur la durée de mise en œuvre. Il n'y a pas de données disponibles sur les 6 premiers mois, mais ensuite, la tendance est relativement stable, avec quelques pics. On ne voit pas de progression nette, mais la couverture est relativement stable, avec un taux moyen de 32 % et une progression modérée de +33 %. La tendance linéaire montre une légère amélioration, mais sans évolution marquée.

A Tohou, malgré un départ très bas (0 % au mois 1⁴⁶), on observe une progression rapide, avec des pics élevés : 65 % (mois 4), 75 % (mois 8), 78–80 % (mois 20–21). La tendance générale est à la hausse. Les 6 derniers mois montrent une stabilisation à un haut niveau, autour de 75–80 %, ce qui est remarquable. Le nombre moyen de consultations postnatales est le plus faible (13/mois) des trois sites mais la zone affiche le taux de couverture le plus élevé (41 %). La tendance générale semble en hausse, malgré des fluctuations importantes.

Pour Klouékanmè, les données sont partielles (jusqu'au mois 11 seulement), mais elles montrent une progression constante, de 11 % à plus de 39%. Bien que le taux moyen reste inférieur à celui de Tohou (27 %), la tendance est clairement à la hausse. Partant de niveaux très bas, voire nuls, la zone a pu maintenir un volume d'activité mensuel élevé (34 CPON2/mois).

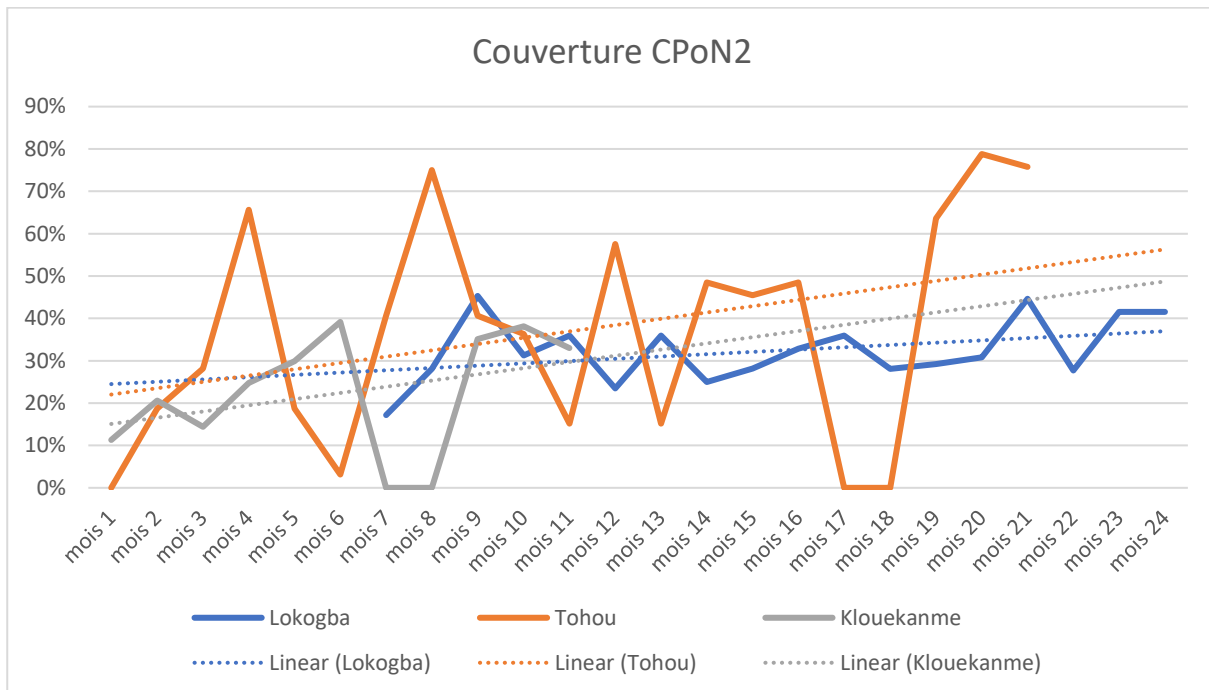


Figure 6: Taux de CPON2 sur trois sites visités - Source: données internes MSF

Dans l'ensemble, l'analyse des données sur l'accouchement et les soins néonataux dans les CS appuyés par MSF met en évidence des résultats encourageants, bien que contrastés.

⁴⁶ Ce qui pourrait être lié à la qualité des données

RECOMMANDATION

Renforcer la continuité des soins postnataux par les femmes leaders : Structurer et appuyer leur rôle dans les visites à domicile et le suivi des femmes après accouchement, afin d'augmenter la fréquentation des CPoN et améliorer la continuité des soins.

LEÇONS APPRISSES

- Les variations abruptes dans les indicateurs (par exemple, les taux d'accouchements passant de 100 % à 25 % en quelques mois) suggèrent des limites dans le système de collecte de données. Un investissement dans le renforcement des capacités en suivi-évaluation, la supervision et l'harmonisation des outils de reporting est crucial pour améliorer la qualité des données et leur utilisation pour la prise de décision.
- L'amélioration progressive de la couverture CPoN2 dans certains sites (comme Tohou ou Klouékanmè) suggère que les efforts de mobilisation communautaire, s'ils sont soutenus, peuvent renforcer la continuité des soins après l'accouchement.

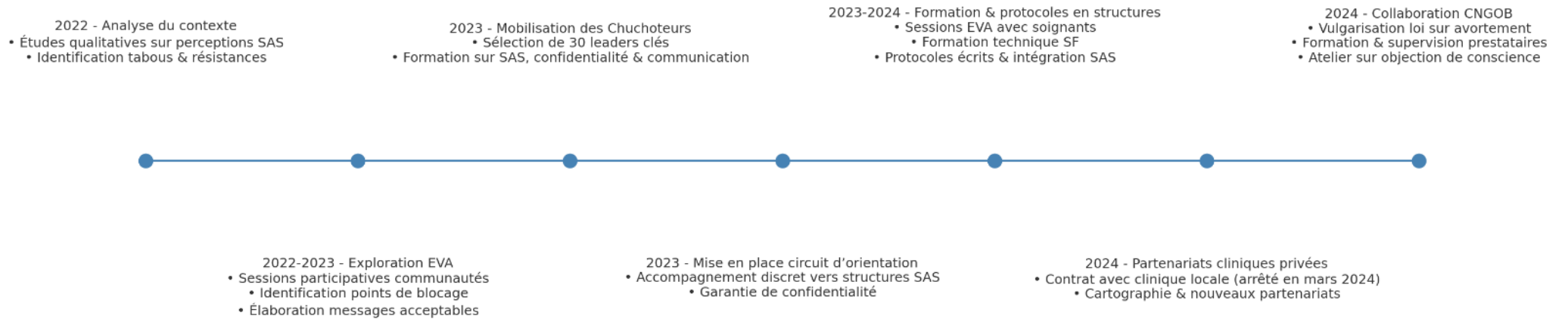
COMPOSANTE SAS ET VSX**Type de services, de soins et approche communautaire**

La mise en œuvre des SAS et de la PEC des violences sexuelles (VSX) dans le projet Couffo a suivi une trajectoire progressive, alternant phases d'expérimentation et ajustements stratégiques (Diagramme 2). Initialement prévus dès le lancement du projet, ces services n'ont été introduits qu'en 2024, après près de deux années consacrées à préparer le terrain socioculturel. Ce délai, parfois perçu comme un « retard », s'explique à la fois par un choix stratégique de l'équipe MSF visant à instaurer un climat de confiance autour de thématiques sensibles comme la PF, les SAS et les VSX, mais aussi par le contexte spécifique du Couffo. Contrairement à d'autres projets MSF où ces services ont pu être introduits dès les premiers mois, le poids des croyances culturelles et religieuses était ici particulièrement fort, y compris parmi les prestataires du MdS, ce qui a nécessité un travail de sensibilisation plus long. Par ailleurs, le personnel MSF n'ayant pas de contact direct avec les femmes, l'intégration de ces services dépendait largement de la médiation et de l'adhésion du personnel MdS, ce qui a renforcé l'importance de cette phase préparatoire. Ainsi, si ce décalage doit être retenu dans l'analyse, il reflète aussi une adaptation contextuelle visant à maximiser l'acceptabilité et la durabilité des interventions.



Diagramme 2 : Analyse temporelle de la composante SAS (page suivante)

Chronologie de la composante SAS - Projet Couffo



Durant cette phase préparatoire, MSF a privilégié des interventions plus consensuelles (CPN, accouchements sécurisés, PF), tout en menant des analyses EVA (Exploration des Valeurs et Attitudes), mobilisant 30 « Chuchoteurs » issus de groupes influents, et co-construisant des messages culturellement adaptés.

Au niveau communautaire, un réseau discret de relais d'orientation a été mis en place, garantissant confidentialité et accompagnement respectueux. Les leaders communautaires, femmes utilisatrices, relais jeunes et religieux ont joué un rôle clé pour briser les tabous :

« Concernant les SAS et VSX, nous travaillons de façon très discrète, nous donnons juste un contact à la femme qui a besoin de ce service. »⁴⁷

Au niveau des structures de santé, MSF a organisé des sessions EVA pour lever les préjugés, dispensé des formations techniques aux sages-femmes sur les protocoles SAS, élaboré des procédures standardisées et renforcé les règles de confidentialité. Pour les VSX, des synergies ont été développées avec les activités SAS : formation des soignants à l'accueil et la PEC médicale, sensibilisation sur le consentement, et plaidoyer auprès du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens du Bénin (CNGOB) pour la vulgarisation de la loi et la clarification du cadre légal.

Résultats observés sur l'utilisation des services SAS et VSX

L'analyse qualitative met en évidence une évolution significative des discours et comportements communautaires. Dans les zones où MSF est présent depuis plusieurs années, les attitudes envers la PF, les SAS et la PEC des VSX sont passées d'une résistance initiale à une acceptation croissante :

« Les SAS et les VSX sont des sujets très sensibles, mais on commence à comprendre que c'est pour protéger nos femmes et nos filles. »⁴⁸

« Au début, on refusait de parler de ces sujets, mais avec les explications des femmes leaders et du personnel de santé, on accepte maintenant de discuter et d'orienter les cas. »⁴⁹

Les données quantitatives disponibles ne sont pas suffisamment déterminantes pour corroborer les résultats observés, même si elles montrent une légère tendance à la baisse des cas de VSX rapportés dans les formations sanitaires. Toutefois, cette évolution doit être interprétée avec beaucoup de prudence. En effet, lorsque la sensibilisation progresse et que les messages sont bien acceptés, il est attendu que davantage de cas se présentent dans les structures de santé pour rechercher des soins. Une diminution des cas enregistrés ne reflète donc pas nécessairement une baisse réelle du phénomène au sein des communautés, mais peut plutôt traduire des limites de déclaration ou de captage des cas par le système de santé. Dès lors, cette donnée ne peut pas, à elle seule, servir d'indicateur fiable de l'évolution des VSX dans la zone d'intervention.

Facilitateurs de ce changement et résultats associés

Plusieurs facteurs ont favorisé cette évolution :

- **Engagement communautaire structuré** : mobilisation des femmes leaders et des Chuchoteurs, relais de confiance pour traiter de sujets sensibles.
- **Stratégie de communication adaptée** : co-construction de messages contextualisés via les sessions EVA.
- **Gratuité ciblée** : levée des barrières financières pour les patientes, renforçant la confiance et l'utilisation des services.

⁴⁷ Entretiens avec les femmes leaders

⁴⁸ Entretiens avec les femmes leaders

⁴⁹ Entretiens avec les hommes des communautés

- **Plaidoyer institutionnel** : implication du CNGOB pour vulgariser la loi sur l'avortement et soutenir les prestataires.

Ces mesures ont contribué à un changement progressif des normes sociales et à une meilleure acceptation des SAS et VSX.

Barrières à ce changement / objections de conscience

Malgré ces avancées, des freins importants subsistent :

Disponibilité des prestataires SAS : refus de plusieurs sages-femmes de pratiquer les SAS en raison de l'objection de conscience, obligeant MSF à recourir à une clinique privée (puis à deux cliniques partenaires après mars 2024). Cette dépendance à des prestataires volontaires rend l'offre vulnérable.

Santé mentale insuffisamment intégrée : absence d'un accompagnement psychologique opérationnel, limitant la PEC globale des survivantes de VSX.

Défis logistiques : ruptures de médicaments obligeant parfois les patientes à parcourir de longues distances.

Contraintes socio-culturelles persistantes : crainte de la césarienne, tabous autour de la contraception, mariages précoces et déscolarisation des jeunes filles.

Facteurs structurels : chômage des jeunes, absence d'espaces de loisirs, qui favorisent des comportements à risque :

« Beaucoup de jeunes n'ont pas de travail, ils passent leur temps dans les bars. Cela favorise les relations précoces et les grossesses non désirées. Si on créait des terrains de sport ou des activités, cela pourrait les occuper. »⁵⁰

Enfin, le manque de connaissance des droits demeure un frein à la prévention et à l'accès à la justice :

« Les femmes ne connaissent pas bien leurs droits en cas de violence. Même quand elles sont battues, elles pensent que c'est normal. Il faudrait des séances pour expliquer la loi et les recours possibles. »⁵¹

La disponibilité effective des prestataires SAS s'est révélée être un maillon faible critique dans la logique d'intervention, comme l'illustre le recours nécessaire à une clinique privée pour pallier le refus de plusieurs sages-femmes d'offrir ces services en raison de l'objection de conscience. Ce partenariat, interrompu pour raisons personnelles en mars 2024, a conduit à une cartographie des cliniques privées et à la signature de nouveaux accords avec deux structures locales. Malgré ces alternatives, l'offre SAS demeure vulnérable car dépendante de prestataires volontaires, ce qui en fait un maillon faible de la logique d'intervention.

⁵⁰ Entretiens avec les leaders communautaires

⁵¹ Entretiens avec les leaders communautaires

RECOMMANDATIONS

Diversifier les prestataires pour sécuriser l'offre SAS

Inclure cliniques privées, ONG locales, prestataires indépendants afin de limiter les interruptions liées à la stigmatisation ou à l'objection de conscience.

Intensifier le plaidoyer institutionnel et juridique

Sensibiliser autorités sanitaires et prestataires afin de contrer l'usage excessif de l'objection de conscience et garantir l'effectivité de la loi.

Mettre en place un plan de pérennisation spécifique pour les SAS

Incluant formation continue et accompagnement d'un nombre élargi de prestataires, intégration formelle dans les plans/budgets/protocoles du MdS, et contractualisation avec structures locales.

Capitaliser sur l'expérience des sites plus anciens

Documenter les réussites (acceptation croissante de la PF, SAS et VSX) et s'appuyer sur ces acquis pour accélérer l'adhésion dans les nouvelles zones.

Mobiliser des champions communautaires

Impliquer femmes utilisatrices et hommes leaders d'opinion comme relais d'influence pour renforcer l'acceptabilité sociale et déconstruire les résistances.

LEÇONS APPRISSES

- Reporter l'introduction des SAS/VSX pour d'abord préparer le terrain socioculturel (EVA, co-construction des messages) favorise l'acceptabilité et réduit les résistances initiales.
- Explorer valeurs et attitudes avec soignants et communautés aide à lever les préjugés et à aligner pratiques et messages sur le contexte local.
- Les "Chuchoteurs" et relais communautaires, choisis localement, créent des voies confidentielles et dignes pour l'orientation des patientes sur des sujets sensibles.
- L'objection de conscience et la dépendance à quelques clinicien-ne-s rendent l'offre SAS fragile ; sans sécurisation des ressources humaines, la chaîne de soins se rompt.
- Le recours transitoire à des cliniques privées comble des vides, mais expose le dispositif à des ruptures (départs, changements).
- Le plaidoyer (ex. CNGOB) et la vulgarisation des lois sont nécessaires mais insuffisants sans protocoles opérationnels clairs, SOP partagés et formation des équipes.
- Après environ 2 ans, PF/VSX deviennent plus acceptés ; dans les nouvelles zones, la réticence persiste et nécessiterait un suivi plus continu et intense.

PLANIFICATION FAMILIALE



Les nouveaux cas de consultations PF par centre de santé restent globalement très faibles, avec seulement quelques pics isolés suivis de retours rapides à des niveaux bas. En moyenne, moins de 1 % (0,99 %) des femmes accouchées acceptent la PF, alors que la cible du projet était fixée à 5 %. La PF post-partum immédiate apparaît ainsi comme un maillon particulièrement fragile du parcours de soins, la cible ambitieuse de 125 nouveaux cas par CS et par mois n'ayant jamais été atteinte. Les hausses ponctuelles observées pourraient davantage refléter des campagnes spécifiques, des journées intensives ou encore des anomalies de saisie plutôt qu'un changement structurel. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : absence d'offre immédiate, ruptures de stock, manque de confidentialité, horaires limités, ou encore conseil non systématique en salle d'accouchement ou de CPN. À cela s'ajoutent des obstacles liés à la demande, tels que les craintes d'effets secondaires, la décision du conjoint ou le poids des croyances religieuses et socio-culturelles :

« En ce qui concerne la planification familiale (PF), le sujet reste sensible. Certains hommes expriment des réticences, estimant que les méthodes contraceptives peuvent entraîner des effets secondaires sur la santé des femmes. Ils reprochent également aux [femmes leaders] et aux relais communautaires (ReCo) de discuter de ces questions directement avec les femmes, sans avoir consulté au préalable leurs maris. Selon eux, cela crée des tensions, car ce sont ensuite les hommes qui doivent faire face aux conséquences supposées des effets secondaires, à la gestion des soins, et aux impacts liés à l'espacement des naissances. »⁵²

« Moi je déteste la PF à cause des effets secondaires qui indisposent les femmes. [...] Selon la tradition, la femme ne [doit pas] avoir des comportements sexuels irresponsables et se faire avorter comme elle le souhaite. Nous avons le devoir de veiller à ce que ces mauvaises pratiques n'envahissent notre communauté. »⁵³

Enfin, un facteur structurel clé réside dans le fait que l'offre dépend essentiellement des sages-femmes du MdS, MSF n'étant pas en première ligne pour assurer directement ces services, ce qui limite sa capacité d'influence sur les résultats.

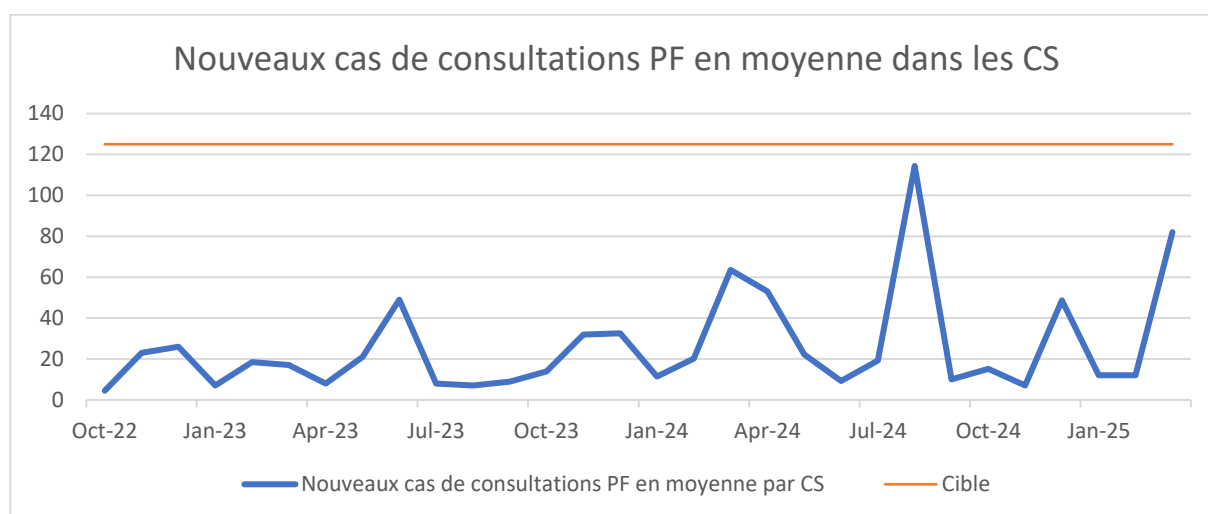


Figure 7: Nouveaux cas de consultations PF en moyenne dans tous les CS appuyés par MSF pendant la durée du projet - Source: données internes MSF

⁵² Entretiens avec les hommes de la communauté

⁵³ Entretiens avec les hommes de la communauté

Plus spécifiquement, dans les trois sites visités durant la visite d'observation, on remarque que les données indiquent une adoption générale très faible de la planification familiale postnatale dans l'ensemble des zones. Les taux mensuels de femmes accouchées qui acceptent le PF restent souvent à 0 %, et les moyennes globales sont extrêmement basses : 1% à Lokogba, 2% à Tohou, 2% à Klouékanmè. A Lokogba, le taux reste à 0 % sur une grande partie de la période, avec quelques mois où de légers progrès sont observés (mois 8 à 2,17 %, mois 19 à 9,37 %, mois 21 à 2,04 %, etc.). A Tohou, le taux atteint quelques pics ponctuels : 5,26 % (mois 4), 7 % (mois 6), 17,85 % (mois 7), 6,70 % (mois 11). A Klouékanmè, un seul mois (mois 11) indique une adoption de 20 %, le taux le plus élevé observé sur toute la série. Aucun autre mois ne dépasse 0 %, ce qui suggère une action très isolée, potentiellement liée à une campagne spécifique ou une opportunité ponctuelle.

À Lokogba, le démarrage a été lent mais, à partir du mois 15, on observe une hausse continue et significative, culminant à 170 nouvelles consultations au mois 23, un record pour cette zone. Cette évolution porte la moyenne mensuelle à 29, et traduit un rattrapage progressif du centre en matière de planification familiale.

À Tohou, l'activité PF est plus régulière, avec une moyenne mensuelle de 32 consultations. La courbe montre plusieurs périodes d'intensification, au mois 5 (60 consultations), au mois 10 (106), puis au mois 14 (108), suivies de replis temporaires.

À Klouékanmè, les données révèlent une activité particulièrement soutenue, avec une moyenne mensuelle de 57 nouvelles consultations, soit presque le double de celle observée à Lokogba. La zone enregistre plusieurs pics notables, notamment au mois 4 (155 consultations) et au mois 8 (133).

REDUCTION DE LA MORTALITE ET MORBIDITE MATERNELLE ET NEONATALE

Les indicateurs relatifs à la mortalité et à la morbidité maternelle et néonatales montrent une tendance positive à l'hôpital de zone entre 2023 et 2025, ce qui suggère une contribution partielle des activités du projet à ces améliorations. En moyenne, 91 % des femmes présentant des complications obstétricales directes (COD) sont référées et prises en charge à l'HDZ, un résultat largement supérieur à la cible initiale du projet fixée à 15 % (source : données internes MSF). Parallèlement, le taux de létalité lié aux COD a diminué de 7 % en janvier 2023 à 2,3 % en mars 2025, avec une stabilisation observée vers fin 2024, marquée par plus de six mois consécutifs à 0 %. Même si certains pics ponctuels subsistent, cette évolution traduit un progrès notable dans la prise en charge. Toutefois, il est important de rappeler que la norme internationale, également utilisée par MSF, fixe l'objectif à un taux de létalité inférieur à 1 % pour les COD (cf. EMONC indicators⁵⁴). Cela souligne que, malgré les améliorations observées, des efforts supplémentaires restent nécessaires pour atteindre pleinement les standards internationaux de qualité des soins obstétricaux d'urgence.



⁵⁴ <https://emonc.org/en/framework/indicators/14/>

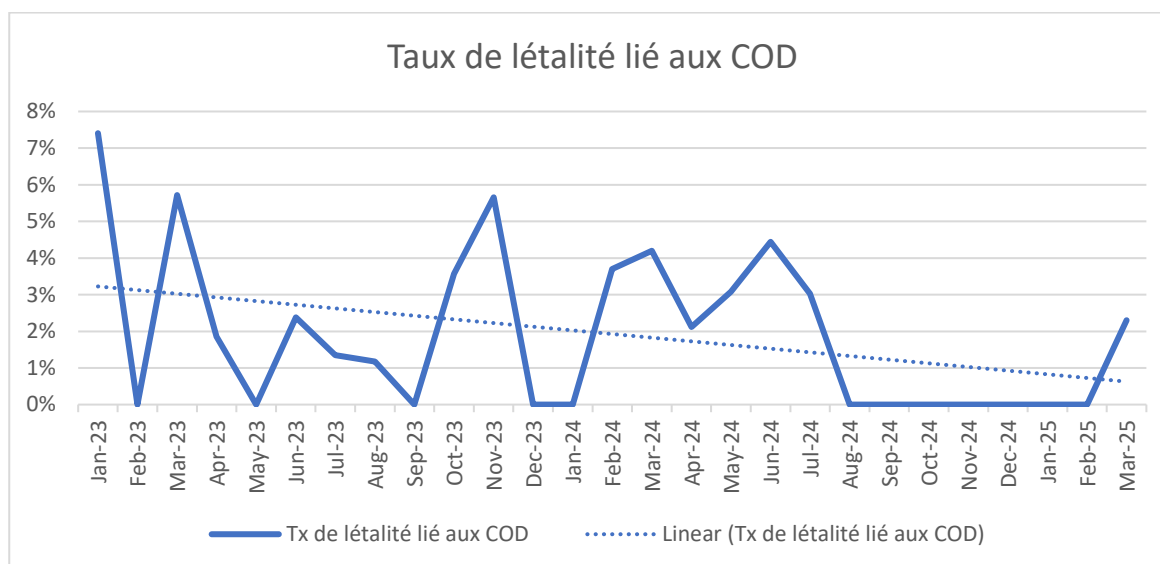


Figure 8: Taux de létalité lié aux COD à l'HDZ - Source: données internes MSF

Malgré des taux de mortalité maternelle intrahospitalières qui dépassent fréquemment le taux de 0,5% ciblé par le projet au début du projet, on observe une amélioration notable à partir de fin 2023 au niveau de l'hôpital de zone ce qui pourrait suggérer une contribution possible du projet à l'amélioration progressive de la qualité de PEC des urgences obstétricales (voir figure 10).

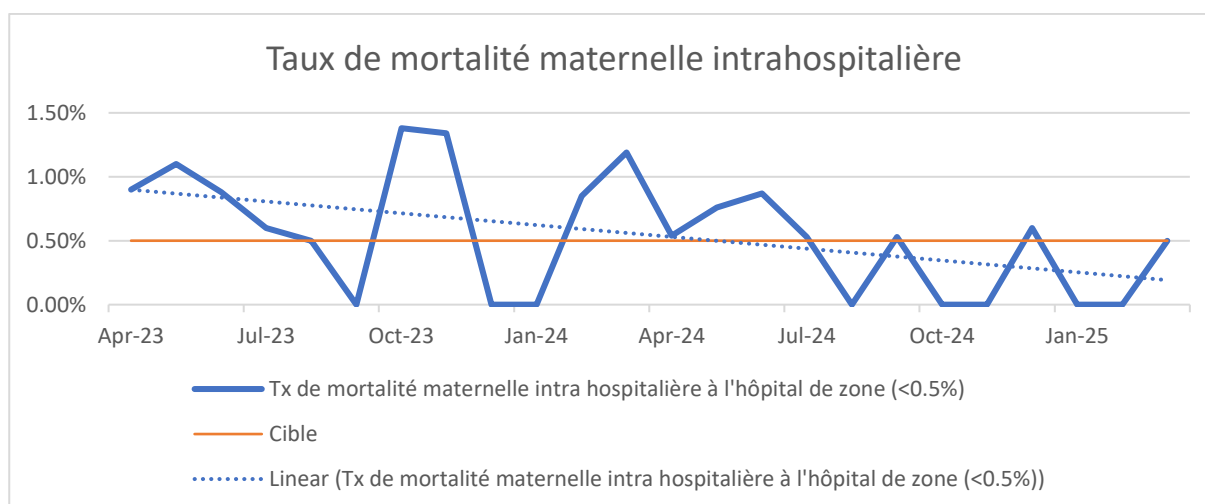


Figure 9: Taux de mortalité maternelle intrahospitalière à l'HDZ - Source: données internes MSF

La figure 11 présente l'évolution mensuelle du taux de décès néonatal précoce (<7 jours) dans les activités SONUC à l'Hôpital de Zone appuyé par MSF entre avril 2023 et février 2024. Le taux reste globalement inférieur au seuil de 1 % fixé comme cible du projet. Quelques pics ponctuels dépassent cette cible, mais ces hausses demeurent isolées et de courte durée, suggérant davantage des incidents circonstanciels qu'une tendance structurelle. L'analyse de la tendance linéaire montre même une légère baisse durant la période de mise en œuvre, ce qui peut être interprété comme un signe encourageant d'amélioration de la prise en charge. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence car une partie des nouveau-nés les plus vulnérables, notamment les prématurés et les cas d'asphyxie néonatale, sont référés vers d'autres structures (Lokossa, Aplahoué, CHD de Zou). Les données disponibles à Lokossa indiquent qu'entre janvier et juillet, 122 cas ont été référés, dont 41 décès. Pour les autres structures de référence, aucun retour systématique n'est disponible.

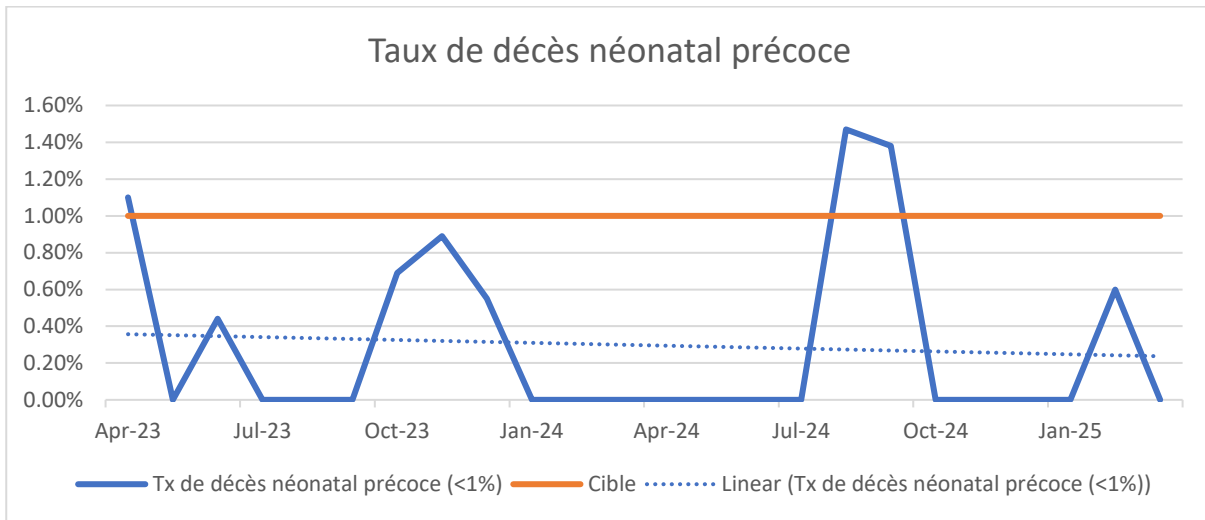


Figure 10: Taux de décès néonatal précoce (<7 jours) à l'HDZ - Source: données internes MSF

Les données qualitatives recueillies semblent confirmer une contribution des activités du projet aux tendances positives. 44 % des répondants ont identifié la réduction des décès maternels et néonataux comme le changement le plus significatif apporté par le projet.

« Depuis l'intervention de MSF, ils [les membres de la communauté] affirment ne plus avoir observé de décès néonatal dans leur communauté. Les femmes [...] considèrent désormais comme une priorité de se rendre au centre de santé dès les premiers signes ou besoins. »⁵⁵

« Parmi les changements les plus significatifs observés depuis le début du projet figurent la réduction des décès néonataux, la diminution des accouchements à domicile et une nette augmentation de la fréquentation des services de santé. Avant l'intervention, le centre de santé n'enregistrait qu'environ deux naissances par mois. Aujourd'hui, ce chiffre est passé à 30 à 40 accouchements mensuels. »⁵⁶

Ces résultats, bien qu'à interpréter avec précaution, suggèrent une amélioration progressive des indicateurs clés de qualité des soins obstétricaux et néonataux à l'HDZ, et laissent entrevoir une contribution positive du projet Couffo à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la zone d'intervention. D'une part, en complément de l'unité de néonatalogie de base installée à l'hôpital de zone dans le cadre du projet Couffo, MSF a établi un protocole de référence pour les cas néonataux urgents et complexes. Ce dispositif inclut la prise en charge intégrale des frais de transport et de soins par MSF, garantissant ainsi un accès rapide et gratuit à un niveau de soins plus spécialisés. Cependant, d'autre part, différents facteurs externes au projet pourraient expliquer ces tendances positives tels qu'un renforcement général du système de santé national, une augmentation de la fréquentation des services grâce notamment à ARCH, l'évolution du profil épidémiologique ou contextuel comme des facteurs nutritionnels ou environnementaux, des changements de leadership ou une meilleure gestion du circuit patient, etc.

⁵⁵ Entretiens avec les autorités locales

⁵⁶ Entretiens avec les COGES

LEÇON APPRISE**Les protocoles de référence et la gratuité ont amélioré mortalité et morbidité maternelles et néonatales**

Une corrélation positive est possible entre les activités du projet et l'amélioration des indicateurs de réduction de la mortalité et morbidité maternelle et néonatales à l'HDZ pendant la durée de mise en œuvre des activités du projet notamment grâce aux nouveaux protocoles de références et la gratuité du transport et des soins établis depuis le début du projet, ce qui a facilité une réponse rapide et opportunes aux cas de COD.

EFFICIENCE OPERATIONNELLE ET DEFIS DE MISE EN ŒUVRE**RÉSULTATS CLÉS****2.4.1. Objection de conscience**

Malgré un cadre légal favorable et les ateliers EVA, l'offre SAS reste limitée en partie à cause d'objection de conscience majoritaire chez les sages-femmes qui ont des craintes médico-légales et des sentiments d'insuffisance de formation. (H1.4. validé, H2.5. non validé, H4.2. non validé)

2.4.2. Défis liés à la gestion des tricycles

Les tricycles de référence équipés en chauffeur et carburant sont très appréciés, réduisant les accouchements à domiciles et, indirectement, les risques de décès maternels et néonatales. (H2.3., H2.7. et H4.1. partiellement validé).

Cependant, les comités pour assurer le fonctionnement de ces tricycles ne sont pas systématiquement efficaces ce qui menace la continuité de ces services après le retrait de MSF. Le modèle à Tohou et Lokogba prouvent qu'un financement communautaire structuré peut pérenniser le dispositif. (H3.4. partiellement validé).

2.4.3. Tensions dans la gestion pharmaceutique

La gestion pharmaceutique s'est heurtée au cadre national qui impose un approvisionnement exclusif ce qui a affecté les médicaments/intrants. A l'issue de négociations, les médicaments MSF ont été intégré partiellement au dispositif national mais sont vendues par les pharmacies des CS.

2.4.4. Consolidation des mécanismes des suivi évaluation

Le système de suivi évaluation est fonctionnel mais fragmenté entraînant une dispersion des données et consolidation difficile, ce qui nuit à la lisibilité globale des résultats.

La collecte par les sages-femmes semble améliorer la pertinence clinique mais requiert encore des validations face aux incohérences, alors que l'IPC montre une bonne pratique numérique avec une collecte digitalisé et automatisée.

2.4.5. Manque de feedback aux COGES

Certaines parties prenantes ont exprimé un sentiment de faible implication dans des décisions MSF (sélection des femmes leaders, du personnel, suivi des activités), évoquant un manque de consultation et de retour d'information.

Documents et entretiens avec d'autres acteurs indiquent toutefois une collaboration active et des échanges réguliers, invitant à contextualiser ces perceptions à l'aune des dynamiques politiques et rapports de pouvoir locaux.

Le projet Couffo de MSF fait face à plusieurs défis opérationnels et de mise en œuvre, qu'il convient de distinguer selon leur nature. Certains relèvent du mode opératoire propre à MSF, tandis que d'autres sont de nature systémique, liés aux dysfonctionnements structurels du système de santé béninois. Ces derniers — tels que les déficits en ressources humaines, les faiblesses institutionnelles ou l'insuffisance des mécanismes de financement — échappent à la responsabilité directe de MSF et relèvent des autorités nationales.

Cependant, ces contraintes systémiques limitent fortement la pérennisation des acquis du projet et appellent des réponses de nature structurelle, nécessitant des mécanismes plus larges de financement, de gouvernance et de renforcement du système de santé. Dans ce contexte, l'expérience du Couffo invite à considérer le rôle de MSF comme un **catalyseur de changement** : au-delà de la réponse humanitaire immédiate, l'organisation contribue à ouvrir des voies de transition en accompagnant les autorités locales et nationales, en diffusant des pratiques innovantes et en créant les conditions pour que d'autres acteurs institutionnels et de développement prennent le relais. Cette posture catalytique pourrait permettre de mieux articuler l'urgence, l'appui institutionnel et la durabilité des acquis, sans pour autant sortir du mandat premier de MSF.

OBJECTION DE CONSCIENCE SUR LE SAS LIMITANT L'ACCES AU SERVICE

Bien que la législation béninoise autorise les SAS dans certaines conditions, sa mise en œuvre sur le terrain reste limitée, en particulier dans les structures de santé appuyées par le projet Couffo. En effet, les sages-femmes ont la possibilité de signer un formulaire d'objection de conscience, ce qui leur permet de refuser de pratiquer des actes liés au SAS. Dans la pratique, cette disposition est largement utilisée : la majorité des sage-sfemmes choisissent de ne pas offrir ce service, malgré une demande avérée au sein des communautés. La figure 11 illustre ce constat :



Structure Sanitaire	Nbr. SFE	SAS
Hopital de Zone Klouekanme	10	X
CS Communal Klouekanme	3	X
CS Communal Toviklin	2	X
CS Communal Lalo	2	X
CS Arrondissement Djotto	2	✓
CS Arrondissement Tohou	1	X
CS Arrondissement Lokogba	2	X

Figure 12 : Disponibilité des services SAS par CS – Source : Observations, entretiens avec les sages-femmes, entretiens personnel MSF

Les principales raisons évoquées sont liées à un sentiment d'insuffisance de formation, ainsi qu'à la crainte d'engager leur responsabilité en cas de complications médicales ou de décès, en l'absence d'une protection juridique perçue comme claire ou suffisante. Cette situation crée un vide dans l'offre de soins en matière de SSR. À cela s'ajoutent des cas de stigmatisation, comme celui de la Clinique Grace Divine, qui a décidé de mettre fin à la prestation de services SAS en raison des pressions sociales.

Pour surmonter les obstacles à l'offre des SAS, l'équipe du projet a réorienté sa stratégie de plaidoyer en ciblant plus directement les autorités sanitaires locales, les prestataires de soins et les acteurs communautaires. Toutefois, ces éléments reflètent des actions récentes, mises en œuvre après la période couverte par la revue. Ils ont été partagés avec l'équipe d'évaluation lors des discussions sur les résultats préliminaires, mais n'ont pas pu être observés directement lors des visites de sites de la revue.

Des échanges approfondis avec la Direction Départementale de la Santé (DDS) et le Médecin Coordonnateur de la Zone sanitaire (MCZ) ont permis de mettre en évidence la barrière que constitue la signature de l'objection de conscience pour certains prestataires. Ces discussions, associées à des rencontres directes entre prestataires et autorités sanitaires, ont clarifié que l'objection de conscience ne doit en aucun cas être assimilée à un refus systématique d'offrir les services SAS. Les autorités ont ainsi encouragé les prestataires à respecter les protocoles et à fournir ces services conformément à la loi.

En partenariat avec le Collège National des Gynécologues Obstétriciens du Bénin (CNGOB), le plan d'action de plaidoyer a été enrichi par l'intégration de sessions de formation ciblées pour les sages-femmes, organisées en juin 2025. Ces formations visaient à renforcer leurs connaissances techniques et éthiques ainsi que leur compréhension des obligations professionnelles, qu'ils soient objecteurs de conscience ou non. Au total, 12 sages-femmes et un responsable des soins obstétricaux ont été formés sur le cadre légal et réglementaire de l'IVG au Bénin, l'éthique médicale et professionnelle, le référencement et la continuité des soins, les conséquences de l'IVG non sécurisée, les droits humains et les droits et santé sexuelle et reproductive, ainsi que la communication professionnelle bienveillante.

Parallèlement, un mapping de structures privées a été réalisé dans la zone de Klouékanmè, aboutissant à la signature d'accords de collaboration avec deux centres de santé, situés à Klouékanmè et à Toviklin, pour offrir de manière intégrée les services de planning familiale, SAS et VSX, limitant ainsi la stigmatisation. Le suivi des femmes leaders a été poursuivi avec un renforcement de la stratégie des « chuchoteurs ». Ces efforts ont permis de rendre les SAS disponibles dans les centres de santé de Doko, Djotto, Tohou et à l'hôpital de zone de Klouékanmè. Les prochaines étapes incluent l'organisation d'un atelier de clarification des valeurs, animé par les autorités sanitaires centrales et locales, afin de lever les difficultés persistantes, notamment la demande systématique d'examen complémentaires comme l'échographie avant l'offre des SAS, soulignant ainsi la nécessité d'harmoniser les protocoles de soins.

Cette composante SAS constitue un maillon critique de la logique d'intervention du projet Couffo. En effet, la disponibilité de prestataires formés, disposés et habilités à offrir les SAS est une condition indispensable pour garantir l'accès effectif à des soins de SSR complets et de qualité. Or, les difficultés liées à l'objection de conscience, aux écarts de protocoles et aux résistances socioculturelles en font un point de fragilité majeur. Sans cette capacité opérationnelle au niveau des structures de santé, la chaîne d'intervention du projet se trouve affaiblie, compromettant ainsi l'atteinte des résultats attendus en matière de réduction des avortements non sécurisés et d'amélioration de la santé maternelle. Le renforcement continu de ce maillon est donc essentiel pour pérenniser l'offre de SSR de qualité et assurer la durabilité des acquis du projet.

RECOMMANDATIONS

1. Diversifier les prestataires pour assurer une offre de services SAS accessible et résiliente

Afin de sécuriser l'accès aux SAS et de limiter les interruptions liées à la stigmatisation ou à l'objection de conscience, il est essentiel de diversifier les prestataires impliqués. MSF pourrait poursuivre la recherche de partenaires potentiels — cliniques privées, ONG locales spécialisées, prestataires indépendants et agréés — capables de délivrer les services SAS dans le respect des normes de qualité. Cette stratégie permettrait d'élargir la couverture géographique et sociale de l'offre, tout en minimisant les risques liés à la stigmatisation communautaire.

2. Intensifier le plaidoyer pour lever les obstacles institutionnels et juridiques

En parallèle, MSF devrait poursuivre son plaidoyer stratégique auprès des autorités sanitaires pour garantir l'effectivité de la loi sur l'avortement sécurisé. Il s'agit de contrer l'usage excessif de l'objection de conscience en sensibilisant les décideurs, les cadres techniques et les champions de la SSR au sein du MdS. Ce plaidoyer doit viser à clarifier les responsabilités juridiques des prestataires, à garantir leur protection en cas de complications médicales, et à promouvoir une formation continue reconnue par l'État. Enfin, MSF pourrait soutenir le gouvernement dans l'organisation d'un approvisionnement régulier en médicaments et intrants nécessaires aux SAS, afin d'institutionnaliser durablement ce service dans l'offre publique de santé.

DEFIS LIÉS À LA GESTION DES TRICYCLES

La mise en place des tricycles pour faciliter la référence des patientes des communautés vers les centres de santé (CS) constitue l'une des réponses les plus visibles et les plus appréciées de MSF aux demandes exprimées localement. Cette initiative est reconnue par la majorité des répondants comme un levier majeur dans la réduction des accouchements à domicile et des décès maternels et néonataux : « Avec le tricycle, les femmes enceintes sont conduites directement au centre pour accoucher, ce qui a évité plusieurs décès. »⁵⁷. En effet, les délais d'accès au CS, liés au manque de transport et à leur coût aux ménages avant la mise en place des tricycles, constituaient un risque élevé que les femmes accouchent en route et donc sans un soutien par un personnel qualifié. MSF a déployé des tricycles (Photos 2 et 3) dans les CS appuyés, en assurant leur gestion complète pendant les six premiers mois (carburant, rémunération des chauffeurs, maintenance). Un nouveau comité de gestion du tricycle est ensuite censé prendre le relais pour garantir la pérennité du dispositif.



Photo 2 : Tricycle au CS de Klouekanmé



Photo 3 : Tricycle au CS de Tohou



Cependant, la revue montre que dans plusieurs sites, ces comités sont peu ou pas fonctionnels, faute de planification, de leadership ou de mécanismes de financement clairs. Cette défaillance compromet sérieusement la durabilité de la stratégie. À Klouekanmé, par exemple, l'absence d'un plan de gestion adapté a conduit à une quasi-inutilisation du tricycle : les chauffeurs, démotivés par l'absence de rémunération, ne répondent plus aux appels — en particulier la nuit — et le véhicule est à l'arrêt faute de maintenance.

Cette situation contraste avec d'autres localités comme Tohou et Lokogba, où des pratiques locales innovantes, notamment des mécanismes de financement communautaire, ont permis de maintenir le fonctionnement du service au-delà du soutien initial de MSF.

⁵⁷ Groupe de discussion avec femmes patientes

A Tohou, pour maintenir le fonctionnement du tricycle, le CS assure sur son budget de fonctionnement, la maintenance, la vidange, et a même planté une bananeraie (Photo 4) dont les revenus futurs devraient contribuer au financement du tricycle. Le comité d'arrondissement (Chef d'Arrondissement et Chefs de village) souscrit une cotisation hebdomadaire de la part des membres de la communauté pour rémunérer le chauffeur et couvrir les frais de carburant.

Photo 4 : Bananeraie a Tohou pour pérenniser le financement du tricycle



Au niveau de Lokogba, le budget du COGES disposait bien avant le projet Couffo, d'une ligne pour couvrir la rubrique transport de toutes les activités menées en dehors du centre et en direction des villages difficiles d'accès. Après le retrait de MSF, cette ligne budgétaire est utilisée pour assurer le maintien du tricycle.

« Le projet n'a pas couvert les villages éloignés et enclaves. Le maintien des acquis du projet va être difficile si le COGES ne s'engage pas à œuvrer pour. Au niveau de Lokogba, nous utilisons le tricycle pour toutes les activités de SMN, le COGES a identifié dans son budget une ligne pour couvrir son fonctionnement. »⁵⁸

La disponibilité et le fonctionnement des tricycles de référence constituent une hypothèse critique clé de la TdC du projet Couffo. En assurant le transport rapide des patientes — notamment pour les urgences obstétricales — vers les centres de santé, ce dispositif contribue directement à la disponibilité et à l'utilisation effective des services de SMN et de SSR de qualité. Toutefois, l'absence de mécanismes de gestion et de financement pérennes dans plusieurs sites fragilise ce maillon stratégique et risque de compromettre les acquis, en particulier après le retrait de MSF. Les expériences réussies observées à Tohou et Lokogba, où des solutions locales innovantes (financement communautaire, budget COGES dédié, initiatives génératrices de revenus) assurent la continuité du service, démontrent qu'il est possible de pérenniser ce dispositif même dans des contextes à ressources limitées. Ces bonnes pratiques devraient être capitalisées, documentées et intégrées dans les stratégies futures, afin de servir de modèles transférables aux autres centres de santé pour renforcer la durabilité de la chaîne de référence.

⁵⁸ Entretiens avec les COGES

RECOMMANDATIONS

1. Renforcer les capacités des COGES pour une gestion durable des tricycles

Les COGES doivent être formés à la gestion administrative, technique et financière du dispositif, à travers des ateliers pratiques et l'utilisation d'outils adaptés : canevas de planification, modèles de budgets prévisionnels, protocoles d'entretien, et guides de gestion des ressources humaines. Ce renforcement permettra d'assurer une appropriation locale réelle et de prévenir les défaillances observées. Une responsabilisation accrue des COGES, appuyée par un encadrement méthodologique, est indispensable pour inscrire cette solution de transport dans la durée.

2. Capitaliser et diffuser les bonnes pratiques locales pour appuyer le plaidoyer communautaire

Les expériences positives de Tohou (financement via une bananeraie communautaire) et de Lokogba (allocation budgétaire du CS) montrent que des solutions endogènes et viables peuvent émerger pour maintenir en service les tricycles de référence. Ces initiatives doivent être systématiquement documentées, analysées et transformées en outils de capitalisation accessibles, comme des fiches pratiques ou des témoignages vidéo. Leur diffusion entre zones à travers des visites croisées ou des ateliers intercommunautaires favorisera l'apprentissage horizontal et l'inspiration mutuelle. En valorisant ces pratiques dans les espaces de dialogue avec les autorités locales, MSF contribuera également à renforcer les capacités de plaidoyer des communautés pour défendre des modèles de financement durables et adaptés au contexte local.

TENSIONS DANS LA GESTION PHARMACEUTIQUE (ENTRE LE SYSTEME MDS ET MSF)

La gestion des médicaments dans le cadre du projet Couffo a rencontré des contraintes liées au cadre réglementaire national. En effet, les normes en vigueur exigent que tous les médicaments utilisés dans les centres de santé publics soient exclusivement fournis par la centrale d'achat nationale. Cette obligation, dans un premier temps, a empêché l'intégration des médicaments fournis par MSF dans le circuit officiel de distribution. Un compromis a été trouvé entre les autorités sanitaires locales et l'équipe de MSF afin que les produits soient distribués dans les centres de santé. Cependant, les agents de santé ont été réticents à distribuer ces stocks de peur de laisser les médicaments du système national aller à péremption dans certains des CS soutenu par le projet⁵⁹.



À la suite de négociations avec les autorités sanitaires, un accord a été trouvé permettant l'intégration des médicaments MSF dans le système national. Les stocks de médicaments disponibles au niveau de MSF ont donc été remis au dépôt répartiteur de la zone sanitaire afin d'être mis à disposition et vendus par la pharmacie des centres de santé. Toutefois, leur gestion opérationnelle échappe désormais au contrôle direct de MSF, ce qui limite sa capacité à assurer le suivi logistique et la traçabilité de ces produits. Cette situation introduit des incertitudes sur la disponibilité continue des intrants, notamment dans les structures appuyées par le projet, et souligne la nécessité d'une coordination étroite avec les autorités pour garantir la qualité et la régularité de l'approvisionnement.

⁵⁹ Entretiens avec le personnel de MSF

LEÇON APPRISE

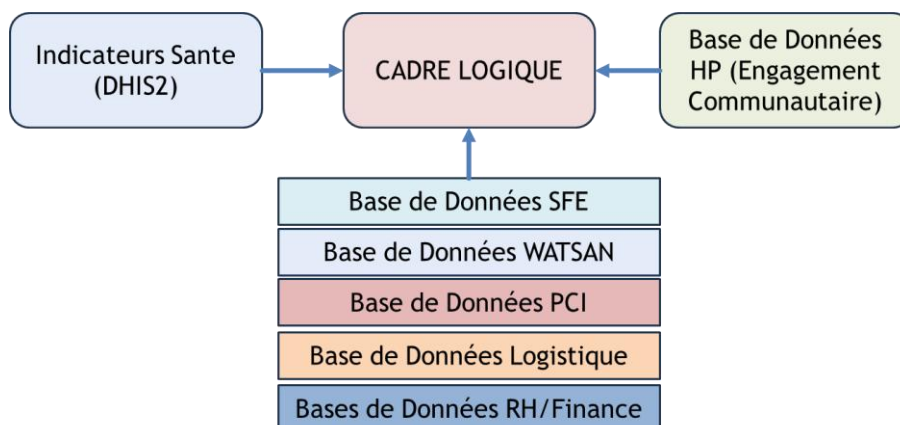
Dans les contextes où l'approvisionnement en médicaments est fortement centralisé par l'État, l'intégration anticipée de MSF dans les mécanismes institutionnels de planification et de distribution des intrants est essentielle. L'absence initiale de coordination a mis en évidence les limites d'un approvisionnement parallèle et a souligné la nécessité d'un dialogue structuré avec les autorités dès la phase de conception du projet. Une participation active aux estimations des besoins et un mécanisme de suivi partagé des stocks permettent non seulement d'optimiser la couverture des besoins réels, mais aussi de renforcer l'ancrage institutionnel de l'intervention.

RECOMMANDATIONS**Renforcer la coordination via la participation de MSF à l'estimation des besoins**

Il est recommandé que MSF soit systématiquement associé aux séances d'estimation des besoins en médicaments organisées par la zone sanitaire. Cette participation permettrait une meilleure planification et coordination dans la répartition des intrants entre MSF et le MdS, en évitant les doublons ou les ruptures de stock. En étant intégré au processus, MSF pourrait ajuster ses contributions en fonction des quantités déjà prévues par le système national, tout en garantissant que ses propres dotations répondent à des besoins clairement identifiés sur le terrain.

CONSOLIDATION DES MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION DE MSF

Le cadre de suivi et évaluation du projet Couffo, bien que fonctionnel, demeure fragmenté et gagnerait à être consolidé pour améliorer l'efficacité de la gestion des données et la cohérence des rapports. Actuellement, les indicateurs de santé sont collectés via le DHIS2 et intégrés au cadre logique du projet, tandis que l'équipe Health Promotion (HP) dispose de sa propre base de données pour suivre les activités d'engagement communautaire. À cela s'ajoutent des bases spécifiques utilisées par d'autres équipes techniques (ressources humaines, finances, WATSAN, IPC, sages-femmes, etc.), qui alimentent également les rapports mensuels, trimestriels et annuels (Schéma 1). Cette multiplicité de systèmes entraîne une dispersion des données et complique leur consolidation, ce qui limite la lisibilité globale des résultats du projet.

**Schéma 1 : Flux des données du projet Couffo**

Concernant la collecte de données, une évolution positive a été observée. MSF a remplacé les collecteurs de données externes peu qualifiés par les sages-femmes elles-mêmes, qui transmettent désormais directement les données des indicateurs de santé à l'équipe data de MSF. Ce changement améliore la pertinence clinique des données, mais nécessite encore de fréquents allers-retours pour validation, notamment en raison d'incohérences persistantes (variations dans les méthodes de calcul, écarts d'un rapport à l'autre, etc.). Par contraste, l'équipe IPC (Prévention et Contrôle des Infections) a mis en place une solution numérique efficace en utilisant KoboCollect pour la collecte des données, combinée à une plateforme de visualisation alimentée par Power BI. Ce système permet des calculs automatisés et une visualisation quasi en temps réel, tout en réduisant les erreurs humaines.

Cette bonne pratique démontre le potentiel d'un système de suivi digitalisé à l'échelle du projet. Bien que cela nécessiterait des investissements importants, la mise en place d'une plateforme centralisée, paramétrée et accessible en ligne, avec des droits d'accès différenciés et contrôlés par MSF, constituerait une avancée majeure. Une telle plateforme permettrait non seulement d'améliorer la qualité et la fiabilité des données, mais aussi de renforcer la transparence et d'alimenter un plaidoyer fondé sur des données solides, notamment auprès des autorités sanitaires locales et des partenaires.

Un système de suivi-évaluation robuste joue un rôle essentiel à la fois pour la gestion interne du projet et pour sa portée externe. Sur le plan interne, il permet de fournir une visibilité en temps réel de l'avancement des activités, d'identifier rapidement les blocages opérationnels ou goulots d'étranglement, et de renforcer la traçabilité des responsabilités entre les différents niveaux de mise en œuvre. Il constitue ainsi un levier de pilotage stratégique pour ajuster les interventions de manière agile et fondée sur des données. Sur le plan externe, le suivi-évaluation alimente les efforts de plaidoyer, contribue à renforcer la transparence vis-à-vis des partenaires, des autorités et des communautés, et permet de valoriser les résultats obtenus. Lorsqu'il est bien conçu et intégré dans les pratiques, le S&E devient un outil clé pour améliorer la qualité, la redevabilité et l'impact des actions menées.

LEÇON APPRISE

Un suivi-évaluation fragmenté réduit la fiabilité des données, l'efficacité de gestion et la capacité plaidoyer : L'expérience du projet Couffo montre qu'un système de suivi-évaluation fragmenté limite non seulement la qualité et la fiabilité des données, mais aussi l'efficacité de la gestion du projet et la capacité de plaidoyer.

RECOMMANDATIONS**1. Consolider les bases de données dans un système unique et intégré**

Il est recommandé que MSF revoie et renforce son système de suivi-évaluation en centralisant l'ensemble des bases de données actuellement dispersées (santé, engagement communautaire, RH, finances, WATSAN, IPC, etc.) dans une plateforme unique et cohérente. Cette consolidation devrait s'appuyer sur des outils numériques harmonisés, comme KoboCollect, pour la collecte de données, et garantir une structuration uniforme des indicateurs entre les différentes composantes. Une telle approche améliorerait non seulement la qualité des données, mais aussi la cohérence des rapports périodiques, en limitant les doublons, les écarts méthodologiques et les pertes d'information entre équipes.

2. Mettre en place un tableau de bord automatisé pour le suivi et le plaidoyer

Cette base de données centralisée devrait être connectée à un tableau de bord automatisé, tel que Power BI, permettant la visualisation dynamique des indicateurs clés du projet. Ce système offrirait un suivi quasi en temps réel, avec des calculs et vérifications automatiques, réduisant ainsi les erreurs humaines et facilitant la prise de décision rapide et fondée sur des données fiables. En outre, une telle plateforme représenterait un levier puissant de plaidoyer : elle pourrait être partagée avec les autorités sanitaires locales ou les partenaires, en garantissant un accès sécurisé et différencié selon les profils, et mettrait en valeur de manière claire et structurée les résultats et les impacts du projet.

MANQUE DE FEEDBACK AUX COGES OU COORDINATION ENTRE ACTEURS LOCAUX

Au cours de la revue, certaines parties prenantes ont exprimé, de manière ponctuelle mais récurrente, un sentiment de faible implication de leur part dans certaines décisions prises par MSF, notamment en ce qui concerne la sélection des femmes leaders, du personnel de santé, ou encore le suivi des activités⁶⁰. Ces doléances, soulignées dans une seule commune où MSF démarre ses opérations, ont principalement porté sur un manque perçu de retour d'information et de consultation dans la mise en œuvre du projet :



« Par ailleurs, le comité n'a pas été associé à la sélection des femmes leaders soutenues par MSF. [...] Le COGES considère qu'en tant qu'organe à dimension politique, il aurait dû être consulté. »⁶¹.

Cependant, l'analyse documentaire et les entretiens menés avec d'autres parties prenantes apportent des éléments contradictoires qui témoignent d'une collaboration active et d'échanges réguliers entre MSF et ces acteurs locaux⁶². Il apparaît donc nécessaire de contextualiser ces perceptions, en tenant compte des dynamiques politiques et des rapports de pouvoir locaux qui peuvent influencer le ressenti de certains interlocuteurs. Ces divergences soulignent l'importance de maintenir un dialogue transparent et structuré avec les parties prenantes communautaires, afin de prévenir les malentendus et renforcer l'adhésion collective autour du projet.

⁶⁰ Entretiens avec les autorités locales et groupe de discussion avec les COGES

⁶¹ Groupe de discussion COGES

⁶² Entretien avec le personnel de MSF

RECOMMANDATIONS

1. Mettre en place des mécanismes réguliers de communication avec les acteurs locaux

MSF devrait instituer des canaux de communication plus formalisés, réguliers et accessibles. Il s'agirait par exemple d'organiser des réunions trimestrielles de restitution avec les parties prenantes locales, d'y présenter les résultats des activités, les données de suivi, ainsi que les décisions stratégiques en cours. Ce type de dispositif permettrait de renforcer l'inclusivité du projet, de valoriser le rôle des structures locales dans la gouvernance des interventions, et de créer un espace de dialogue constructif pour anticiper et résoudre d'éventuels malentendus.

2. Partager les critères de sélection et les décisions pour renforcer la transparence

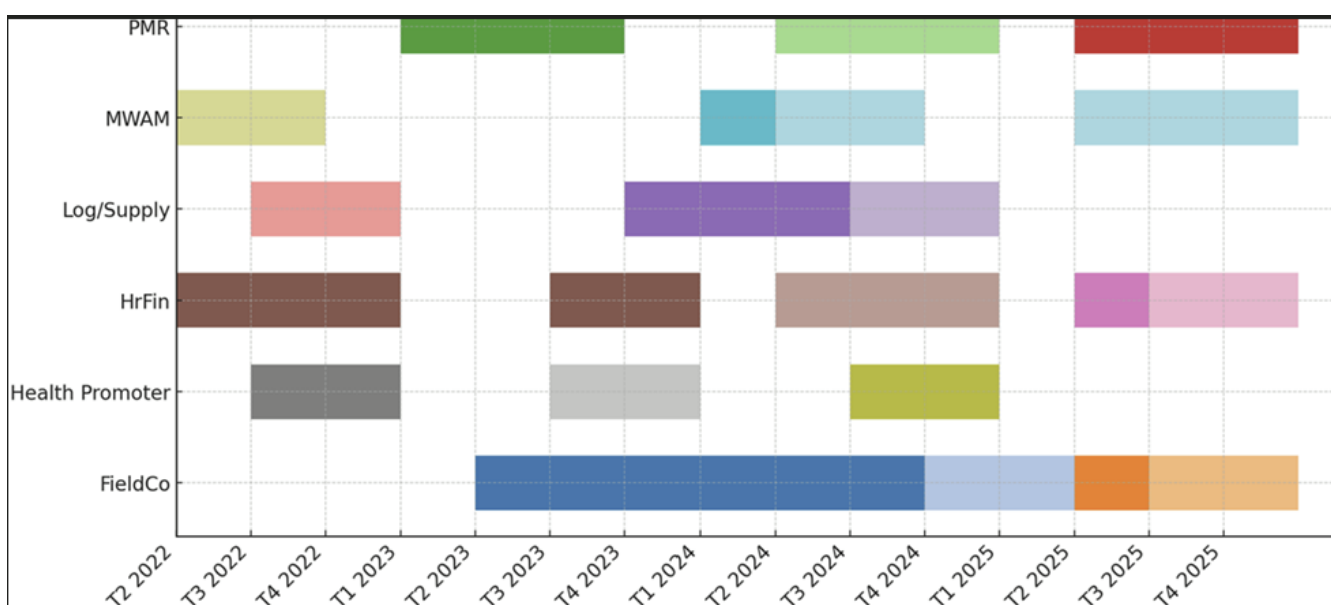
Il est également essentiel que MSF partage de manière claire et transparente les critères ayant guidé des décisions sensibles, comme la sélection des femmes leaders ou du personnel de santé. Cette transparence permettrait de désamorcer les tensions, souvent alimentées par des incompréhensions ou des rumeurs, et de renforcer l'appropriation du projet par les acteurs locaux. En rendant ces processus plus lisibles et en les accompagnant d'explications accessibles à tous, MSF contribuerait à bâtir une confiance durable avec les autorités sanitaires et communautaires, condition indispensable à la pérennité des interventions et à l'adhésion des communautés.

ROULEMENT DU PERSONNEL MSF DURANT LE PROJET

Plusieurs parties prenantes — parmi lesquelles des représentants des autorités locales, des sages-femmes, des membres des COGES et certains employés de MSF — ont exprimé des préoccupations concernant la rotation fréquente du personnel au cours du projet Couffo. Le Schéma 2 illustre cette dynamique (avec une couleur différente pour un changement de personnel par poste), mettant en évidence des changements réguliers dans les postes clés ainsi que des périodes de vacance temporaire, ayant entraîné ponctuellement des discontinuités dans le suivi opérationnel.



Schéma 2 : Rotation du personnel MSF du projet Couffo



Source : Equipe RH de MSF – chaque couleur désigne un individu différent pour chaque rôle

Cela dit, si ce roulement est inhérent au modèle opérationnel de MSF, plusieurs répondants ont également souligné la capacité des nouvelles équipes à s'adapter rapidement au contexte, à reprendre les dossiers en cours et à répondre efficacement aux urgences. Cette adaptabilité a contribué à limiter l'impact des rotations sur la continuité des activités. Ainsi, malgré les préoccupations exprimées, la rotation n'a généralement pas été perçue comme un obstacle majeur à la performance globale du projet.

RECOMMANDATIONS

Envisager des missions plus longues pour certains rôles clés dans les projets visant un changement à moyen/long terme

Dans les contextes où les projets cherchent à renforcer les systèmes et à consolider des résultats sur plusieurs années, un minimum de continuité dans les effectifs peut être bénéfique. Bien que la rotation reste une caractéristique du modèle MSF, fixer des durées minimales pour certains postes stratégiques pourrait contribuer à maintenir la cohérence des interventions et à faciliter le transfert de connaissances.

Poursuivre le renforcement du rôle et des compétences du personnel national

Étant donné qu'il est peu réaliste d'éliminer totalement le roulement, investir davantage dans le recrutement, la formation et la responsabilisation du personnel local reste une stratégie pertinente pour en atténuer les effets. Des équipes locales stables et bien intégrées dans le contexte seraient les mieux placées pour maintenir les relations avec les partenaires, assurer la continuité des activités et préserver les acquis au-delà de la présence de MSF.

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS ET DES LEÇONS APPRIS

Les résultats présentés au chapitre 2 mettent en lumière des enseignements utiles pour d'autres projets de l'OCB dans les domaines de l'engagement communautaire et de la collaboration avec le ministère de la Santé. Ces questions étaient elles-mêmes essentielles à cette analyse, et les enseignements sont résumés ci-dessous.

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS POUR LE PROJET COUFFO

Résultat	Leçon apprise	Recommandation	Responsable
2.1 Pertinence de la conception et alignement avec les besoins			
2.1.1 Bon alignement sur les priorités de santé maternelle et néonatale (SMN) et santé sexuelle et reproductive (SSR) dans le Couffo	Adapter les approches aux besoins de santé de la mère et de l'enfant spécifiques du contexte local Valoriser un modèle d'intervention holistique et intégré	N/A	OCB et équipe projet Couffo
2.1.2 Inclusion d'un modèle d'engagement communautaire pertinent et efficace	Concevoir une stratégie d'engagement communautaire intégrée, ancrée dans les besoins réels Renforcer durablement l'adhésion aux soins par l'engagement local	N/A	OCB et équipe projet Couffo
2.2 Mise en œuvre des activités et adaptation			
2.2.1 Appui en infrastructure et équipement	La réhabilitation et l'équipement des maternités ont renforcé qualité, sécurité et attractivité des soins. L'appui matériel renforce la confiance des usagers et la performance des structures. L'absence de relais institutionnel pour maintenance et financement menace la durabilité des acquis.	N/A	OCB et MdS

<p>2.2.2 Appui au renforcement des capacités du personnel de santé</p>	<p>Combiner la formation et le coaching clinique régulier fonctionne.</p> <p>Limiter l'appui à un seul groupe crée des îlots de compétence, surcharge, démotivation et dilution des standards.</p> <p>Les différences de statut / rémunération (bénévoles vs personnels non appuyés) alimentent la résistance.</p>	<p>Former l'ensemble des prestataires de soins sur les thématiques SMN, VSX-SAS.</p> <p>Harmoniser les protocoles de soins entre MSF et le Ministère de la Santé.</p> <p>Mettre en place des sessions de remise à niveau régulières.</p>	<p>Equipe projet Couffo et MdS</p>
<p>2.2.3 Appui financier et institutionnel</p>	<p>La gratuité des soins comme levier d'accès et de confiance.</p> <p>Limites du système ARCH et fragilité institutionnelle.</p> <p>Fragilité liée à la rémunération du personnel.</p> <p>Nécessité d'une transition progressive et contextualisée.</p>	<p>Consolider la gratuité ciblée via mécanismes locaux de gestion, financement communautaire et équité d'accès.</p> <p>Renforcement des capacités administratives et financières.</p> <p>Mise en place d'un dispositif de suivi post-intervention.</p> <p>Définir avec le Ministère une durée d'appui MSF conditionnée à jalons institutionnels durables.</p>	<p>Equipe projet Couffo, MdS et OCB</p>

2.2.4 Appui au plaidoyer	Plaidoyer préparatoire et ciblé. Engagement communautaire durable. Transition planifiée et contextualisée. Changement systémique.	Institutionnalisation des structures communautaires. Pérennité des SAS et VSX. Financement durable et transition. Plaidoyer global.	Equipe projet Couffo et MdS
2.3 Résultats observés et changements générés			
2.3.1 Suivi des femmes enceintes	Les CPN1 progressent fortement quand qualité, gratuité et mobilisation communautaire sont combinées efficacement. Le suivi jusqu'au CPN4 reste limité par croyances, pratiques culturelles et manque d'information. La faible couverture du TD2 reflète des défis de coordination et de suivi inter-consultations. La couverture élevée des moustiquaires et examens biologiques prouve l'efficacité des services bien intégrés.	N/A	Equipe projet Couffo et MdS
2.3.2 Accouchements et soins néonataux	Les variations extrêmes d'indicateurs révèlent des faiblesses du système de collecte et suivi-évaluation. La hausse du CPoN2 montre que la mobilisation communautaire soutenue renforce la continuité des soins.	Renforcer la continuité des soins postnataux par les femmes leaders	Equipe projet Couffo et MdS
2.3.3 Composante SAS et VSX	Retarder l'introduction SAS/VSX permet une préparation socioculturelle favorisant acceptabilité et réduisant résistances. Explorer valeurs et attitudes aligne pratiques et messages, tout en réduisant préjugés des soignants et communautés.	Diversifier les prestataires pour sécuriser l'offre SAS Intensifier le plaidoyer institutionnel et juridique	Equipe projet Couffo, MdS et OCB

	<p>Les chuchoteurs et relais locaux offrent une orientation confidentielle et respectueuse sur sujets sensibles.</p> <p>L'objection de conscience fragilise l'offre SAS, dépendante d'un nombre limité de cliniciens.</p> <p>Le recours aux cliniques privées comble temporairement les vides mais reste instable et risqué.</p> <p>Le plaidoyer et la vulgarisation des lois exigent protocoles opérationnels clairs et formations continues.</p> <p>PF et VSX gagnent en acceptation après deux ans, mais restent contestés dans nouvelles zones.</p>	<p>Mettre en place un plan de pérennisation spécifique pour les SAS</p> <p>Capitaliser sur l'expérience des sites plus anciens</p> <p>Mobiliser des champions communautaires</p>	
2.3.4 Planification familiale	Les protocoles de référence et la gratuité ont amélioré mortalité et morbidité maternelles et néonatales		Equipe projet Couffo et MdS
2.4 Efficience opérationnelle et défis de mise en œuvre			
2.4.1 Objection de conscience sur le SAS limitant l'accès au service	N/A	<p>Diversifier les prestataires pour assurer une offre de services SAS accessible et résiliente</p> <p>Intensifier le plaidoyer pour lever les obstacles institutionnels et juridiques</p>	Equipe projet Couffo, MdS et OCB
2.4.2 Défis liés à la gestion des tricycles	N/A	Renforcer les capacités des COGES pour une gestion durable des tricycles	Equipe projet Couffo et MdS

		Capitaliser et diffuser les bonnes pratiques locales pour appuyer le plaidoyer communautaire	
2.4.3 Tensions dans la gestion pharmaceutique (entre le système MdS et MSF)	<p>L'intégration précoce de MSF aux mécanismes nationaux d'approvisionnement optimise la distribution des intrants.</p> <p>L'absence initiale de coordination a révélé les limites d'un approvisionnement parallèle non aligné.</p> <p>La participation aux prévisions et le suivi partagé des stocks renforcent couverture et ancrage institutionnel.</p>	Renforcer la coordination via la participation de MSF à l'estimation des besoins.	Equipe projet Couffo et MdS
2.4.4 Consolidation des mécanismes de suivi et évaluation de MSF	Un suivi-évaluation fragmenté réduit la fiabilité des données, l'efficacité de gestion et la capacité plaidoyer	<p>Consolider les bases de données dans un système unique et intégré</p> <p>Mettre en place un tableau de bord automatisé pour le suivi et le plaidoyer</p>	Equipe projet Couffo et OCB
2.4.5 Manque de feedback aux COGES ou coordination entre acteurs locaux	N/A	<p>Mettre en place des mécanismes réguliers de communication avec les acteurs locaux</p> <p>Partager les critères de sélection et les décisions pour renforcer la transparence</p>	Equipe projet Couffo

2.4.6 Roulement du personnel MSF durant le projet	N/A	Envisager des missions plus longues pour certains rôles clés dans les projets visant un changement à moyen/long terme Poursuivre le renforcement du rôle et des compétences du personnel national	Equipe projet Couffo et OCB
--	-----	--	-----------------------------

CONCLUSION

La revue à mi-parcours du projet Couffo confirme la pertinence stratégique et opérationnelle de l'intervention de MSF dans le département du Couffo. Dans un contexte sanitaire marqué par des indicateurs préoccupants en SMNR et par des barrières persistantes d'accès aux soins, le projet a su combiner efficacement renforcement de l'offre clinique et mobilisation communautaire structurée. Cette approche intégrée, centrée à la fois sur la qualité des services de santé et sur l'adhésion communautaire, a permis d'obtenir des résultats en termes de réduction des décès maternels et néonataux, fréquentation des services, de continuité des soins et de changements de perception des communautés en termes de comportements sanitaires.

L'introduction progressive des composantes sensibles – notamment les SAS, la prise en charge des VSX et le soutien psychosocial – a montré la capacité du projet à s'adapter aux réalités socioculturelles locales. L'implication des femmes leaders, figures de confiance au sein des communautés, s'est révélée être un levier puissant pour lever les barrières sociales et favoriser l'utilisation des services, y compris dans les domaines les plus sensibles. Ces acquis constituent une valeur ajoutée majeure et différencient le projet Couffo d'interventions plus standardisées.

Cependant, la revue met également en lumière des défis importants pour la pérennisation des acquis. Les questions de ressources humaines (remplacement et maintien du personnel formé), de logistique (gestion des tricycles, disponibilité des intrants), de financement (absence de mécanismes durables pour assurer la gratuité et le fonctionnement des dispositifs), et d'acceptabilité sociale (résistances aux SAS, tabous persistants) représentent des facteurs de vulnérabilité majeurs. Ces défis, souvent systémiques, dépassent le mandat strictement humanitaire de MSF, mais influencent directement la durabilité des gains.

Les enseignements tirés soulignent la nécessité d'une transition planifiée, progressive et contextualisée. Celle-ci doit impliquer activement les autorités locales et nationales, les COGES, les prestataires et les communautés afin de consolider les acquis avant le retrait de MSF.

L'expérience du projet Couffo invite également à repositionner l'intervention comme un catalyseur de changement systémique, allant au-delà du renforcement ponctuel des structures. Cela suppose de penser l'action de MSF comme un déclencheur d'innovations institutionnelles et communautaires, en articulant davantage approche humanitaire dans la perspective de contribuer à un renforcement du système de santé. Ce repositionnement pourrait se traduire par :

Renforcer le plaidoyer et la pérennité financière

- Développer une stratégie de plaidoyer ciblée auprès du Ministère de la Santé et des partenaires pour garantir le financement durable de la gratuité des soins SMN, l'intégration des ressources humaines formées et la reconnaissance institutionnelle des acteurs communautaires (femmes leaders, ReCo).

Consolider les capacités institutionnelles locales

- Appuyer les DDS, MCZ et centres de santé en gestion administrative, financière et logistique, afin de sécuriser l'entretien des infrastructures, la disponibilité des intrants, et la continuité des services après le retrait de MSF.

Harmoniser et intégrer les pratiques cliniques

- Alignement systématique des protocoles MSF avec ceux du Ministère de la Santé pour faciliter l'appropriation, réduire les résistances et améliorer la cohérence de l'offre de soins, notamment pour les SAS et la prise en charge des VSX.

Capitaliser et diffuser les innovations locales

- Documenter et partager les expériences réussies (mécanismes communautaires de gestion des tricycles, suivi des références, rôle des femmes leaders) pour nourrir les pratiques nationales et régionales, et renforcer l'appropriation locale.

Repositionner le projet comme catalyseur systémique

- Aller au-delà d'une logique humanitaire ponctuelle en assumant un rôle de déclencheur d'innovations institutionnelles et communautaires, afin de contribuer durablement au renforcement du système de santé.

Concrètement, cela suppose :

- Une **durée d'engagement ajustée** permettant de consolider les acquis avant le retrait.
- Une **extension progressive** vers les zones périphériques pour désengorger les structures de référence.
- L'intégration **d'outils numériques harmonisés** pour le suivi-évaluation et la gestion des données.
- Une **stratégie claire de collaboration entre ReCo et femmes leaders** afin de maintenir leur motivation et assurer la complémentarité des rôles.

Enfin, la revue confirme que le succès du projet repose sur la combinaison de trois facteurs clés :

1. Une offre de soins renforcée et gratuite, adaptée aux besoins SMN et intégrant des composantes sensibles avec prudence et progressivité.
2. Un engagement communautaire profond et structuré, reposant sur des acteurs de proximité crédibles et sur la co-construction avec les communautés.
3. Un dialogue constant avec les autorités sanitaires, essentiel pour l'alignement stratégique et l'intégration institutionnelle.

Pour les prochaines étapes, MSF et ses partenaires sont face à un choix stratégique : maintenir une logique d'appui essentiellement humanitaire, ou assumer pleinement un rôle de catalyseur de transformation du système de santé local. La revue suggère que la deuxième option, bien que plus exigeante en termes de ressources et de coordination, est la plus susceptible d'assurer la continuité, la traçabilité et la durabilité des résultats obtenus dans le Couffo.

ANNEXE 1 : THEORIE DE CHANGEMENT DETAILLEE

Intrants (Inputs)

Les intrants mobilisés par MSF pour initier le projet comprennent :

- **Ressources humaines** : personnel MSF (expatrié et national), personnel de santé local, femmes leaders (MVC).
- **Ressources matérielles** : médicaments, équipements médicaux, tricycles pour les évacuations, supports IEC.
- **Appui technique et financier** : formations, supervisions, salaires complémentaires, protocoles de soins harmonisés.
- **Appui institutionnel** : accord et engagement des autorités béninoises (Ministère de la Santé, DDS, MCZ).

Ces ressources ont permis de déployer un éventail d'activités cliniques et communautaires adaptées au contexte local.

Activités

Les principales activités mises en œuvre par le projet incluent :

- **Renforcement des capacités** du personnel de santé sur les soins SONUB/SONUC, SSR, SAS, VSX, santé mentale et PCI.
- **Fourniture de services gratuits** (CPN1 et CPN4, accouchement, SAS, VSX), avec prise en charge directe ou soutien logistique.
- **Déploiement de tricycles** pour assurer les références obstétricales en urgence.
- **Engagement communautaire** à travers des femmes leaders incluant IEC, rappels, référencement et visites postnatales.
- **Coordination multisectorielle** avec les autorités sanitaires locales, les COGES et les structures communautaires.

Ces activités visent à lever simultanément les barrières d'offre et de demande de soins, en misant sur l'ancrage communautaire.

Extrants (Outputs)

Les extrants attendus sont les résultats directs et immédiats des activités :

- **Centres de santé renforcés**, disposant d'équipements, de personnels formés, de protocoles actualisés et de médicaments.
- **Accès élargi aux services** de CPN, d'accouchement assisté, de planification familiale, d'avortement sécurisé et de prise en charge des violences sexuelles.
- **Mobilisation accrue des communautés**, à travers l'implication active des femmes leaders.
- **Systèmes de référence et de supervision** fonctionnels, incluant tricycles, gestion de médicaments et suivi-évaluation.

Ces extrants améliorent l'accessibilité et la qualité perçue des services dans les zones couvertes par MSF.

Résultats intermédiaires (Outcomes)

Les résultats intermédiaires sont les effets à moyen terme du projet :

- **Augmentation de la fréquentation des services** (CPN, accouchements, SAS, VSX), y compris dans les zones reculées.
- **Amélioration des comportements de santé** et des connaissances des communautés en matière de SSR.
- **Réduction des retards dans la chaîne de soins**, notamment grâce aux tricycles et aux femmes leaders.
- **Renforcement de la coordination locale** entre MSF, le Ministère de la Santé, les structures communautaires et les ONG partenaires.

Ces changements témoignent d'un impact positif sur les pratiques et la demande de soins.

Résultats finaux (Impact)

Les résultats finaux visés à long terme sont :

- **Réduction des décès maternelles et néonataux** dans la zone d'intervention.
- **Renforcement de la résilience des systèmes communautaires de santé**, notamment à travers l'intégration des femmes leaders et la pérennisation des dispositifs.
- **Amélioration de la capacité des structures locales** (DDS, MCZ, COGES) à maintenir les acquis du projet après le retrait de MSF.
- **Institutionnalisation de bonnes pratiques**, incluant l'harmonisation des protocoles, l'intégration des prestataires, et le maintien d'une offre de soins gratuite et de qualité.

ANNEXE 2 : MATRICE DE LA FORCE DES PREUVES

Résultats clés	Force des preuves	Commentaires
2.1 Pertinence de la conception et alignement avec les besoins		
2.1.1 Bon alignement sur les priorités de SSR et SMN dans le Couffo	Fort	Bonne triangulation des données quantitatives (MICS 2021-2022) et qualitatives avec des entretiens du personnel de MSF et la documentation (stratégie nationale et politique de la santé de la mère et de l'enfant).
2.1.2 Inclusion d'un modèle d'engagement communautaire pertinent et efficace	Fort	Bonne triangulation des données qualitatives avec des entretiens du personnel de MSF, des autorités locales, du personnel de santé, des COGES, des femmes leaders, des femmes patientes et des hommes de la communauté.
2.2 Mise en œuvre des activités et adaptation		
2.2.1 Appui en infrastructure et équipement	Fort	Bonne triangulation des données avec documentation du projet à l'appui et entretiens avec le personnel de MSF, des autorités locales, du personnel de santé, des COGES, des femmes leaders, des femmes patientes et des hommes de la communauté.
2.2.2 Appui au renforcement des capacités du personnel de santé	Fort	Bonne triangulation des données avec documentation du projet à l'appui et entretiens avec le personnel de MSF, des autorités locales, du personnel de santé, des COGES, des femmes leaders, des femmes patientes et des hommes de la communauté.
2.2.3 Appui financier et institutionnel	Moyen	Triangulations des données qualitatives mais avec un manque de documentation concrète.
2.2.4 Appui au plaidoyer	Moyen	
2.3 Résultats observés et changements générés		
2.3.1 Suivi des femmes enceintes	Fort	Bonne triangulation des données quantitatives et qualitatives avec documentation du projet à l'appui et entretiens avec le personnel de MSF, des autorités locales, du personnel de santé, des COGES, des femmes leaders, des femmes patientes et des hommes de la communauté.
2.3.2 Accouchements et soins néonataux	Fort	Bonne triangulation des données quantitatives et qualitatives avec documentation du projet à l'appui et entretiens avec le personnel de MSF, des autorités locales, du personnel de santé, des COGES, des femmes leaders, des femmes patientes et des hommes de la communauté.
2.3.3 Composante SAS et VSX	Fort	Bonne triangulation des données quantitatives et qualitatives avec documentation du projet à l'appui et entretiens avec le personnel de MSF, des autorités locales, du personnel de santé, des COGES, des femmes leaders, des femmes patientes et des hommes de la communauté.

2.3.4 Planification familiale	Fort	patientes et des hommes de la communauté.
2.3.5 Réduction de la mortalité et morbidité maternelle et néonatale	Fort	
2.4 Efficience opérationnelle et défis de mise en œuvre		
2.4.1 Objection de conscience sur le SAS limitant l'accès au service	Fort	Bonne triangulation des données avec observations, entretiens avec le personnel de santé, le personnel de MSF, les autorités locales, les leaders communautaires et les femmes leaders.
2.4.2 Défis liés à la gestion des tricycles	Fort	Bonne triangulation des données avec cas d'étude, observations, et entretiens avec le personnel de MSF, des autorités locales, du personnel de santé, des COGES, des femmes leaders, des femmes patientes et des hommes de la communauté.
2.4.3 Tensions dans la gestion pharmaceutique (entre le système MdS et MSF)	Anecdotique	Preuves limitées aux entretiens avec le personnel de MSF sans documentation à l'appui.
2.4.4 Consolidation des mécanismes de suivi et évaluation de MSF	Fort	Bonne triangulation entre la documentation, les processus, les mécanismes de suivi et les entretiens avec le personnel de MSF.
2.4.5 Manque de feedback aux COGES ou coordination entre acteurs locaux	Anecdotique	Rapport anecdotique de certains COGES et membre du MdS mais avec des preuves contradictoires de l'équipe du projet.
2.3.6 Roulement du personnel MSF durant le projet	Fort	Bonne triangulation entre les entretiens avec le personnel de MSF, du personnel de santé, des COGES et des autorités locales avec la documentation des ressources humaines du projet à l'appui (contrats).