

ÉVALUATION DU

PROJET COUFFO, BÉNIN

RAPPORT DE SYNTHÈSE

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.

Ce rapport présente le résumé exécutif extrait du rapport d'évaluation complet.

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.

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.

RÉSULTATS CLÉS

QUELLE EST L'APPROCHE GENERALE ET QUELLES SONT LES ACTIVITES 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** : Consultations prénatales (CPN - 1 et 4), accouchements assistés, planification familiale, soins d'avortement sécurisé (SAS), prise en charge des victimes de violences sexuelles (VSX).
- **Appui en infrastructures et équipements** : réhabilitation des maternités, installation de châteaux d'eau et dispositifs WATSAN/Prévention et contrôle des infections, 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 : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes, Exploration des Valeurs et Attitudes, soins d'avortement sécurisé, prise en charge des victimes de violences sexuelles, planification familiale 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 ministère de la Santé, collaboration avec la Directions départementale de la Santé/Médecin coordinateur de Zone.

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/Prévention et contrôle des infections 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.

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 Consultations prénatales 1 (CPN1), au maintien des services de SMN de qualité, et une augmentation des Consultations post-natales 2 (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 Planification familiale 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'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. 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 obstétricaux et/ou néonataux d'urgence, 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 cas obstétricaux et/ou néonataux d'urgence et services de qualité de SMN fournis.

COMMENT LES ACQUIS DU PROJET DE MSF POURRONT-ILS ETRE PRESERVES ET PERENNISES UNE FOIS LE PROJET TRANSFERE AUX AUTORITES BENINOISES ?

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 Ministère de la Santé, 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.

DE QUELLES MANIERES ET POUR QUI LE PROJET A-T-IL ETE UN SUCCES ? A-T-IL ETE UN SUCCES POUR MSF, LE MINISTERE DE LA SANTE (MDS), LES COMMUNAUTES ET LES PATIENTS ?

Le projet a été un succès pour MSF, permettant à l'organisation de tisser des liens étroits avec le Ministère de la Santé 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, 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 Consultations prénatales, 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.

LA CONCEPTION DU PROJET EST-ELLE PERTINENTE ET APPROPRIEE AU REGARD DE L'OBJECTIF GENERAL/SPECIFIQUE 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, tout en intégrant de manière complémentaire les volets de santé sexuelle et reproductive. 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.

QUELLES OPPORTUNITES PEUVENT ETRE IDENTIFIEES POUR RENDRE LE PROJET PLUS EFFICACE ? QUELS DEFIS OU CHALLENGES RESTENT A 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.

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.

QUELS ENSEIGNEMENTS PEUT-ON TIRER DE LA COLLABORATION AVEC LE MINISTERE DE LA SANTE 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 Directions Départementales de la Santé, Médecin coordinateur de Zone 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 Ministère de la Santé, 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 relais communautaires.
- Optimiser les mécanismes communautaires de gestion (tricycles de référence, suivi des références) et renforcer la concertation avec les Comité de gestion de santé 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