

Évaluation à mi-parcours de la Phase III du Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale

2018-2022

Bénin



Bureau de l'Évaluation de l'UNFPA

2022

**EVALUATION A MI-PAROURS DU DE LA PHASE III DU FONDS THEMATIQUE POUR LA SANTE
MATERNELLE ET NEONATALE, 2018-2022**

Bureau de l'évaluation

Louis Charpentier	Evaluation Manager
Susanne Frankin	Evaluation Analyst

Groupe de référence

Anneka Ternald Knutsson	Chief, Sexual and Reproductive Health Branch, Technical Division, UNFPA
Aster Berhe	Programme Analyst, Midwifery, Ethiopia Country Office, UNFPA
Bridget Asiamah	Technical Specialist, Fistula, Sexual and Reproductive Health Branch, Technical Division, UNFPA
Dalya Eltayeb	Director of Maternal Newborn and Child Health, Federal Ministry of Health, Sudan
Desmond Koroma	Technical Advisor, Commodity Security Branch, Technical Division, UNFPA
Francine Akoueikou	Family Planning, HIV/AIDS and Midwifery, Benin Country Office, UNFPA
Franka Cadee	President, International Confederation of Midwives
Geeta Lal	Technical Advisor, Midwifery and Strategic Partnerships, Human Resources for Health, Sexual and Reproductive Health Branch, Technical Division, UNFPA
Hemant Dwivedi	Global Coordinator H6 Joint Programme, Sexual and Reproductive Health Branch, Technical Division, UNFPA
Jean-Pierre Monet	Technical Specialist, Sexual and Reproductive Health Branch, Technical Division, UNFPA
Jenipher Mijere	Programme Coordinator, Fistula Analyst, Zambia Country Office, UNFPA
Mathias Gakwerere	Programme Officer, Maternal Health and Midwifery, Rwanda Country Office, UNFPA
Md. Abdul Alim	Programme Manager, Maternal Health, Ministry of Health, Bangladesh
Michel Brun	Reproductive Health Adviser, Sexual and Reproductive Health Branch, Technical Division, UNFPA
Muna Abdullah	Health System Specialist, East and Southern Africa Regional Office, UNFPA
Nicolas Ray	Head of GeoHealth group, University of Geneva
Peter Johnson	Senior Director Nursing and Midwifery, Jhpiego
Sally Pairman	Chief Executive, International Confederation of Midwives
Shible Sabhani	Regional Sexual and Reproductive Health Advisor, Arab States Regional Office, UNFPA
Tharanga Godallage	Results-Based Management Adviser, Policy, Strategic Information and Planning Branch, UNFPA
Willibald Zeck	MHTF Global Coordinator, Sexual and Reproductive Health Branch, Technical Division, UNFPA
Zalha Assoumana	Technical Adviser Maternal Health, West and Central Africa Regional Office, UNFPA

Euro Health Group: équipe d'évaluation

Allison Beattie	Team Leader and MCH/Health Systems Adviser
Celine Mazars	SRHR/SGBV Advisor and Researcher
Ida Maria Pierrel-Boas	Research Analyst
Line Neerup Handlos	Research Analyst
Lynn Bakamjian	SRHR Adviser and Researcher
Ted Freeman	Quality Assurance and methodological guidance

Equipe pour l'étude de cas Bénin

Céline Mazars

SRHR/SGBV Advisor and Researcher, Euro Health Group

Virgile Capo-Chichi

National evaluator

Copyright © UNFPA 2022, tous droits réservés.

Les analyses et recommandations contenues dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement les vues du Fonds des Nations Unies pour la population. Cette publication a été réalisée de manière indépendante par le Bureau de l'Évaluation de l'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population.

Le rapport d'évaluation est disponible à unfpa.org/evaluation



evaluation.office@unfpa.org



[@unfpa_eval](https://twitter.com/unfpa_eval)



[UNFPA Evaluation Office](#)

Crédit photos: UNFPA Bénin/Nadine Azifan

AVANT-PROPOS

Depuis 2008, le MHTF est le programme phare de l'UNFPA sur la santé maternelle et néonatale. Désormais dans sa troisième phase, le MHTF a élargi son champ d'action pour contribuer à l'agenda relatif à la santé et aux droits sexuels et reproductifs résultant du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD). En 2018, prenant acte de la nécessité de se concentrer davantage sur la période néonatale tout au long du continuum de soins, et reconnaissant les interconnexions entre santé maternelle et santé néonatale, le programme a changé son nom en Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale. Son objectif est de permettre à chaque femme, adolescente et nouveau-né d'avoir un accès équitable à une santé et à des droits sexuels, reproductifs, maternels et néonataux de qualité. Dans ce but, le MHTF vise à renforcer les systèmes de santé dans les pays les plus touchés par les cas de morbidité et de mortalité maternelles, contribuant ainsi à la cible mondiale d'avoir moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 (objectif de développement durable 3, cible 1).

L'évaluation à mi-parcours du MHTF (Phase III) mesure la performance du programme dans la fourniture d'un soutien catalytique par le biais d'interventions nationales aux fins d'améliorer la santé et les droits des mères et nouveau-nés dans 32 pays affectés par des taux élevés de mortalité maternelle. L'évaluation couvre la période de 2018 à 2021 et fournit des enseignements sur la mise en œuvre du MHTF dans sa phase actuelle. Elle éclaire également la réflexion en cours sur les orientations stratégiques et le modèle opérationnel du MHTF après 2022.

L'évaluation souligne la contribution significative et tangible du MHTF aux systèmes de santé des pays partenaires et montre comment le modèle du programme (une combinaison de financement de démarrage, de liens vers des partenariats globaux et d'assistance technique) permet aux pays de faire des avancées concrètes dans la mise à niveau de politiques et stratégie nationales afin de répondre aux normes internationales. Le MHTF est source de progrès dans de nombreux domaines techniques et permet de donner un élan considérable en dépit de ses ressources limitées, créant, dans les pays, des points d'entrée spécifiques pour le renforcement des systèmes de santé et l'intégration des services de SDRS et SMN. Avec le MHTF, l'UNFPA est un partenaire crédible, capable de tracer la voie pour la profession de sage-femme, et qui est apprécié pour sa réactivité, ses investissements stratégiques ainsi que pour sa contribution au savoir et son expertise technique en matière de santé maternelle, néonatale et adolescente.

Cependant, le MHTF est confronté à un certain nombre de défis qui, à terme, sont susceptibles de limiter son impact. L'évaluation souligne, en particulier, la nécessité pour le programme d'associer plus étroitement les communautés afin d'éliminer les obstacles limitant l'accès des jeunes filles et des femmes, de surmonter les causes de retards, d'améliorer la responsabilisation des acteurs et, ainsi, faire en sorte que les populations bénéficient plus amplement des investissements du MHTF. L'évaluation montre aussi l'importance d'associer le leadership national en SMN afin de mobiliser les ressources nécessaires pour diffuser les avancées techniques permises par le MHTF qui, ainsi, pourra déployer pleinement son effet catalytique et favoriser le processus d'institutionnalisation du renforcement des systèmes de santé.

Je suis confiant que les enseignements ainsi que les recommandations de cette évaluation à mi-parcours contribueront à renforcer la contribution de l'UNFPA et du MHTF à la santé maternelle et néonatale. Les résultats de l'évaluation sont également particulièrement utiles alors que l'UNFPA renforce ses efforts en vue d'aider les systèmes de santé des pays partenaires à surmonter les effets de la pandémie de COVID-19 pour ne pas interrompre les progrès dans la promotion du

développement durable et la promotion de la santé, des droits et du bien-être des mères et des nouveau-nés et afin de s'assurer que personne n'est laissé pour compte.

Marco Segone

Directeur

Bureau de l'évaluation de l'UNFPA

REMERCIEMENTS

Cette évaluation n'aurait pas été possible sans les contributions et le soutien inestimables d'un large éventail de parties prenantes, tant au sein de l'UNFPA que parmi ses partenaires. Je suis profondément reconnaissant aux collègues de la Division Technique, notamment à l'équipe du MHTF au sein du Service de santé sexuelle et reproductive, qui ont généreusement partagé leur temps et leurs connaissances avec l'équipe d'évaluation. Cette évaluation a également grandement bénéficié de l'expertise des techniciens réunis au sein du groupe de référence. Enfin, je suis extrêmement reconnaissant aux collègues du bureau de pays de l'UNFPA au Bénin pour leur contribution cruciale au travail de l'équipe d'évaluation. Ils ont, en particulier, joué un rôle clé en facilitant la collecte des données et des informations sur lesquelles repose l'analyse présentée dans cette étude de cas.

Louis Charpentier, Ph.D

Conseiller en évaluation

Bureau de l'évaluation de l'UNFPA

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	4
REMERCIEMENTS.....	6
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	9
GLOSSAIRE	11
RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION A MI-PARCOURS DE LA PHASE III DU FONDS THÉMATIQUE POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE, 2018-2022	14
1 INTRODUCTION DE L'ÉTUDE DE CAS.....	13
1.1 Evaluation à mi-parcours du Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale Phase III, 2018-2022	13
1.1.1 LES QUESTIONS D'ÉVALUATION	13
1.1.2 ÉTUDES DE CAS	14
1.2 Objectifs des études de cas.....	15
1.3 Approche et méthodologie	16
1.4 La théorie du changement du MHTF	16
1.5 Déroulé de la collecte des données au Bénin.....	21
1.5.1 <i>Activités de collecte des données</i>	21
1.5.2 <i>Limites de la collecte des données</i>	22
2 CONTEXTE NATIONAL DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE ET REPONSE PROGRAMMATIQUE	23
2.1 Contexte socio-économique et sanitaire du Bénin.....	23
2.2 Les déterminants socio-économiques de la santé.....	24
2.3 Aperçu du système de santé au Bénin.....	25
2.4 Aperçu de la santé maternelle et néonatale au Bénin	25
2.4.1 <i>Données et tendances</i>	25
2.4.2 <i>Le financement de la santé maternelle et néonatale au Bénin</i>	27
2.5 Les priorités du programme de santé maternelle et infantile de l'UNFPA au Bénin.....	27
2.5.1 <i>Orientation stratégique et approche du programme</i>	27
2.5.2 <i>Budget et dépenses de l'UNFPA au Bénin</i>	27
2.5.3 <i>Partenaires-clefs pour la coordination et mise en œuvre du MHTF</i>	30
3 RESULTATS DE L'ETUDE DE CAS.....	31
3.1 Secteur des sages-femmes	31
3.2 Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).....	34
3.3 Surveillance des décès maternels et riposte	38
3.4 Fistule obstétricale et autres morbidités obstétricales	41
3.5 Intégration entre MNH et SDSR.....	42

3.6	Accès équitable et responsable	45
3.7	Un soutien catalytique.....	47
3.8	Gouvernance et gestion du MHTF	49
3.9	COVID-19.....	50
4	CONCLUSIONS.....	51
4.1	Le MHTF enregistre des résultats visibles.....	51
4.2	L'efficacité des stratégies SONU et SDNR sont limitées par l'absence d'arrimage du MHTF aux processus de renforcement du système de santé.....	51
4.3	Intégrer les services de santé maternelle et SDR est une priorité du MHTF au Bénin, qui donne des résultats, mais la stratégie n'est pas encore clairement définie.....	52
4.4	Les sages-femmes sont la pierre angulaire du MHTF, mais le secteur ne bénéficie pourtant pas de la plus grande attention.....	53
4.5	Le MHTF renforce l'offre de soins mais ne prend pas suffisamment en compte les facteurs liés à la demande et les questions de genre	53
4.6	Le focus sur quatre domaines prédéfinis est à la fois un atout et une limitation pour le MHTF.....	53
	ANNEXE 1: MATRICE D'ÉVALUATION	56
	ANNEXE 2: PERSONNES RENCONTRÉES AU BÉNIN.....	132
	ANNEXE 3 : PRINCIPAUX INDICATEURS DE SMN.....	134
	ANNEXE 4 : PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE LA BIBLIOGRAPHIE	136

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Questions d'évaluation par domaine d'enquête	14
Tableau 2 : Quelques clés pour vous aider à lire la théorie du changement du MHTF	17
Tableau 3 : Distribution des dépenses de l'UNFPA par programmes et suivant les sources de financement (fonds propres et autres).....	28
Tableau 4 : Dépenses totales de UNFPA et dépenses MHTF par année 2018-2020, USD.....	28
Tableau 5 : Partenaires clés en santé maternelle et néonatale	30

Liste des Graphiques

Graphique 1 : Pays faisant l'objet d'études de cas et d'études documentaires.....	15
Graphique 2 : La théorie du changement globale du MHTF, en soutien à la santé maternelle et néonatale	19
Graphique 3 : La théorie du changement du MHTF et les hypothèses d'évaluation.....	20
Graphique 4 : Régions administratives du Bénin	22
Graphique 5 : Causes de mortalité maternelle et néonatale au Bénin (2014)	26
Graphique 6 : Dépenses du gouvernement sur la santé au Bénin.....	27
Graphique 7 : Dépenses totales du MHTF réparties entre les quatre domaines techniques du MHTF (2018-2020).....	29

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

APEFE	Association pour l'éducation et la formation en Santé
CEDM	Comité d'État d'Examen des Décès Maternels
CEHRRUD	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie
CHU	Centres hospitaliers universitaires
COVID-19	Maladie à virus corona/SRAS-CoV-2
CSU	Couverture santé universelle
EDM	Examen des décès maternels
EHG	Euro Health Group
Enabel	Coopération Belge
EPI	Équipement de protection Individuelle
Equité	Ensemble pour une qualité des soins inclusive et transparente
ETME	Élimination de la transmission mère-enfant
ETP	Équivalent temps plein
FIGO	Fédération Internationale des gynécologues et obstétriciens
GdB	Gouvernement du Benin
GRE	Groupe de référence sur l'évaluation
H6	Un groupe composé de six agences de santé des Nations Unies (OMS, ONUSIDA UNFPA, UNICEF, ONU Femmes, Banque mondiale)
ICM	Confédération Internationale des Sages-Femmes
IDH	L'indice de développement humain
IFSIO	L'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux
INMeS	L'Institut National Médico-Sanitaire
Le Fonds mondial	Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
LMD	Licence Master Doctorat
MES	Ministère d'État de la Santé
MFM	Mécanisme de Financement Mondial
MGF	Mutilations génitales féminines
MHTF	Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale
MS	Ministère de la Santé
NU	Les Nations Unies
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
P@sris	Programme d'@ppui à la santé sexuelle et reproductive et à l'information sanitaire
PAG	Programme d'Action du Gouvernement
PCI	Prévention et contrôle des Infections
PCIME	La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PIB	Produit Intérieur Brut

SDMPR	Surveillance des décès maternels et périnataux et riposte
SDMR	Surveillance des décès maternels et riposte
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SIG	Système d'information géographique
SIGS	Système d'information de gestion de la santé
SMI	Santé maternelle et infantile
SMN	Santé maternelle et néonatale
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SOPS	Standard Operating Procedures
SPA	Soins post-avortement
SR	La santé reproductive
SSP	Soins de santé primaires
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRAJ	Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes
SWEDD	Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend
TMM	Taux de mortalité maternelle
TMN	Taux de mortalité néonatale
TPC	Taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes)
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VBG	Les violences basées sur le genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
WCARO	West and Central Africa Regional Bureau / Bureau Régional Afrique de l'Ouest et du Centre

GLOSSAIRE

Terme	Définition	Source
Le mariage d'enfants	Le mariage d'enfants est tout mariage formel ou union informelle où l'une ou les deux parties ont moins de 18 ans. Chaque année, 12 millions de filles dans le monde sont mariées avant l'âge de 18 ans. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la cause principale de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde.	https://www.girlsnotbrides.org/about-child-marriage/ https://www.girlsnotbrides.org/themes/health/
SONU: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence	Une norme de soins pour gérer les complications obstétricales. Les établissements désignés par les SONU doivent disposer d'accompagnateurs qualifiés travaillant 24 heures sur 24, sept jours sur sept, assistés par du personnel de soutien qualifié. Les SONU de base (SONUB) comprennent sept capacités: (1) le traitement parentéral de l'infection (antibiotiques); (2) traitement parentéral de l'hémorragie post-partum (médicaments utéro toniques comme l'ocytocine); (3) traitement parentéral de la prééclampsie/éclampsie (anticonvulsivants comme le sulfate de magnésium); (4) retrait manuel du placenta; (5) l'élimination des produits retenus après une fausse couche ou un avortement; (6) accouchement vaginal assisté, de préférence avec aspirateur; et (7) soins de réanimation néonatale de base. Le SONU complet (SONUC) comprend ces sept capacités ainsi que la possibilité d'effectuer une césarienne/chirurgie et d'administrer des transfusions sanguines sûres.	https://www.unfpa.org/feature-d-publication-implementation-manual-developing-national-network-maternity-units
L'intégration des informations et des services de santé maternelle et néonatale (SMN) et de santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR).	Ce terme fait référence à l'intégration des informations et des services de santé maternelle et néonatale (SMN) et de santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR). Veuillez noter que l'évaluation n'utilisera pas l'acronyme de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, car la santé de l'enfant ne fait pas partie du champ de l'évaluation. Le MHTF englobe des domaines d'intervention liés aux interventions en SMN et en SDSR, notamment la planification familiale, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, la prévention du VIH/infections sexuellement transmissibles (IST) et la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus. L'accent mis sur les adolescents est présent dans toutes les interventions du MHTF liées à la SMN et à la SDSR.	https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-MHTF-WEB.pdf
La santé maternelle et du nouveau-né	La santé maternelle fait référence à la santé des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (42 jours après la naissance). La santé du nouveau-né est axée sur l'amélioration des soins au moment de la naissance et au cours des quatre premières semaines de vie.	https://www.who.int/health-topics/newborn-health#tab=tab_1 https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1 Accessed from World Health Organisation accessed February 27, 2021
Surveillance des Décès Maternels et	La SDMR est un cycle continu d'identification, de notification et d'examen des décès maternels et de recommandations destinées à améliorer les soins. Le cycle complet comprend	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiolog

Terme	Définition	Source
Périnatales et Riposte (SDMR)	également le suivi des mesures prises pour améliorer la qualité des soins et prévenir de futurs décès.	y/maternal-death-surveillance/en/
Taux de mortalité maternelle	Le nombre de décès maternels au cours d'une période donnée pour 100,000 naissances vivantes au cours de la même période. L'objectif du développement durable (ODD) numéro 3 relatif à la bonne santé et au bien-être est, d'ici à 2030, de réduire les décès maternels à au moins 70 pour 100,000 naissances vivantes. Cet objectif a été convenu en 2015 dans un document de consensus sur la fin de la mortalité maternelle évitable, puis adopté comme cible des ODD (indicateur ODD 3.1.1). La mortalité maternelle est mesurée moins fréquemment que d'autres indicateurs (tous les 3 à 5 ans) et les données seront plus solides lorsque les systèmes nationaux de registre d'état civil et de statistiques de l'état civil seront renforcés. De nombreux pays ont tendance à sous-déclarer les décès maternels.	Health statistics and information systems: Maternal Mortality Ratio World Health Organisation accessed 25 Feb 2021.
Nouveau-né	Un nouveau-né est un bébé dans ses 28 premiers jours de vie. Environ 75 pour cent des décès néonataux surviennent au cours des sept premiers jours de la vie et un tiers d'entre eux le jour de la naissance. Les décès néonataux sont principalement causés par des blessures à la naissance et l'asphyxie, des naissances prématurées, des infections post-partum et des malformations congénitales.	https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality Ending Preventable Newborn Deaths and Stillbirths, 2020-2025, UNICEF, 2020
La fistule obstétricale	La fistule obstétricale est une blessure grave à l'accouchement. Il s'agit d'un trou qui s'est ouvert entre le canal génital et la vessie et/ou le rectum et qui est causé par un travail prolongé et dystocique sans accès à un traitement médical rapide et de haute qualité. Il laisse des fuites d'urine et/ou de matières fécales chez les femmes et peut entraîner des problèmes médicaux chroniques, un isolement social et une aggravation de la pauvreté.	https://www.unfpa.org/obstetric-fistula
Mort périnatale	Un décès qui survient entre 28 semaines de gestation terminée et les sept premiers jours de la vie.	
Les violences basées sur le genre	Les violences basées sur le genre font référence à des actes préjudiciables dirigés contre une personne en raison de son genre. Elles sont enracinées dans l'inégalité entre les genres, les normes patriarcales et les pratiques néfastes. Les violences basées sur le genre sont une violation des droits humains et un problème de santé et de protection mettant la vie en danger. On estime qu'une femme sur trois subira des violences sexuelles ou physiques au cours de sa vie. Pendant les déplacements et les périodes de crise, la menace de violence sexuelle et sexiste augmente considérablement pour les femmes et les filles.	https://www.unhcr.org/uk/gender-based-violence.html
Santé et Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR)	Une gamme complète de services pour permettre à chaque personne d'atteindre la santé sexuelle et le bien-être. Les services comprennent les services de contraception ; soins maternels et néonataux ; prévention et contrôle des IST, y compris le VIH ; éducation sexuelle complète ; les soins d'avortement sans risque, y compris les soins post-avortement ; prévention, détection et conseil en matière des violences basées sur le genre ; prévention et traitement de	Guttmacher Lancet Commission on SRHR: https://www.guttmacher.org/guttmacher-lancet-commission/accelerate-progress-executive-summary# This definition was endorsed by WHO and UNFPA:

Terme	Définition	Source
	l'infertilité et du cancer du col de l'utérus ; et conseils et soins pour la santé et le bien-être sexuels	https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30901-2/fulltext
Mortinaissance	Un bébé né sans signe de vie à ou après 28 semaines de gestation. Il existe différents types de mortinaissance. Par exemple, plus de la moitié des mortinaissances surviennent pendant le travail et l'accouchement. La majorité sont évitables.	Ending Preventable Newborn Deaths and Stillbirths, 2020-2025, UNICEF, 2020
Jeunes, jeunesse et adolescents	<p>Enfant : une personne de moins de 18 ans, telle que définie par les Nations Unies.</p> <p>Adolescent : une personne âgée de 10 à 19 ans, telle que définie par les Nations Unies.</p> <p>Jeune : une personne entre 10 et 24 ans, telle que définie par l'OMS.</p> <p>Jeunesse : une personne entre 15 et 24 ans, telle que définie par les Nations Unies. Les Nations Unies utilisent cette tranche d'âge à des fins statistiques, mais respectent les définitions nationales et régionales de la jeunesse.</p>	UNESCO (2018) <i>International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach</i>

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION A MI-PARCOURS DE LA PHASE III DU FONDS THÉMATIQUE POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE, 2018-2022

OBJECTIF ET CHAMP DE L'ÉVALUATION

Mettre fin aux décès maternels évitables est l'un des trois résultats transformateurs de l'UNFPA appelant l'intégration de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) avec les services de santé maternelle et néonatale (SMN). Créé en 2008, le Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale (MHTF) est aujourd'hui dans sa troisième phase et est étroitement associé à ce résultat transformateur. Malheureusement, les progrès mondiaux en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ne sont pas suffisants pour atteindre les objectifs de développement durable à l'horizon 2030 ; d'autant qu'ils ont été affectés par les effets sanitaires, sociaux et économiques de la pandémie mondiale de COVID-19.

Le MHTF fournit un soutien technique et financier dans 32 pays affectés par des taux élevés de mortalité maternelle ; son objectif est de susciter un effet catalytique et accélérer les progrès dans un ou plusieurs des quatre domaines techniques prioritaires : sages-femmes, soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), surveillance des décès maternels et riposte (SDMR), et la prévention et le traitement de la fistule et autres morbidités obstétricales. Le MHTF contribue également à la présence et au leadership de l'UNFPA en matière de santé maternelle au niveau mondial.

Cette évaluation mesure les progrès du MHTF par rapport à son plan de travail 2018-2022 et identifie les principaux enseignements et défis en vue de son évolution future. En particulier, l'évaluation examine dans quelle mesure le MHTF a contribué au renforcement des systèmes de santé, à l'amélioration de la qualité des soins et à la promotion de l'équité, des droits de l'homme et de la responsabilité envers les parties prenantes dans les pays partenaires. L'évaluation évalue également la mesure dans laquelle le MHTF soutient l'intégration à grande échelle des services SDSR-SMN, reflétant ainsi le rôle critique de l'accès universel à des services SDSR de qualité pour renforcer la santé maternelle et néonatale.

MÉTHODOLOGIE

L'évaluation identifie la contribution apportée par l'UNFPA à travers une approche basée sur la théorie, dans le but d'analyser les résultats attendus de l'appui de l'UNFPA. Elle prend également en compte les facteurs plus larges liés au système de santé et les déterminants économiques et sociaux affectant la SMN. L'équipe d'évaluation a adapté la théorie du changement du MHTF aux fins d'intégrer tous les aspects de l'appui de l'UNFPA et a élaboré une série de neuf questions d'évaluation détaillées pour délimiter les domaines de recherche. Pour chaque question, des hypothèses causales clés ont été testées au moyen d'indicateurs et sur la base de données primaires et secondaires rassemblées dans une matrice d'évaluation puis, analysées et présentées dans le présent rapport.

La collecte de données a été structurée autour de six études de cas (Bangladesh, Bénin, Soudan, Togo, Ouganda, Zambie) et repose sur un large éventail de méthodes et de sources : revue documentaire, entretiens et discussions de groupes avec partie prenantes et, dans la mesure du possible, visites et observation de sites (en fonction des restrictions légales et de santé publique liées à la COVID-19) dans chacun des pays retenus. Des données ont également été recueillies par le biais d'entretiens avec des informateurs clés au niveau mondial et régional, ainsi que lors d'une enquête en ligne auprès d'informateurs clés dans les pays partenaires du MHTF. L'évaluation a suivi une

méthode rigoureuse d'analyse et de triangulation des données recueillies afin de formuler une réponse à chacune des neuf questions.

PRINCIPAUX CONSTATS

Avec le MHTF, l'UNFPA est l'un des rares fonds et programmes des Nations Unies à soutenir la pratique de sage-femme et à avoir rehaussé leur profil et position tant au niveau mondial que national. Le partenariat de l'UNFPA avec la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) est un atout clé qui amplifie sa crédibilité auprès des gouvernements partenaires, soutenant l'alignement des politiques nationales avec les normes internationales. Les investissements et l'expertise déployés par le MHTF ont permis le développement de produits stratégiques au niveau mondial et à des soutiens pratiques en faveur du développement de la pratique de sage-femme dont la portée dépasse les limites géographiques du MHTF. Le développement professionnel est un processus de long terme, et le défi persistant pour le MHTF et ses partenaires reste la mise en œuvre à grande échelle de politiques publiques relatives aux sages-femmes, en particulier avec des ressources limitées. En outre, malgré les objectifs ambitieux de l'UNFPA d'éradication des disparités entre les sexes, les mesures prises pour s'assurer que les sages-femmes participent directement aux orientations des politiques publiques varient d'un pays à l'autre. Néanmoins, les partenaires en SMN reconnaissent que le soutien à la pratique de sage-femme est à la fois un pilier central du MHTF (et un moteur essentiel pour ses autres priorités techniques, à savoir les SONU, la fistule et le MPDSR), et une stratégie cruciale pour une intégration efficace des services de SDR et de SMN, malgré, parfois, l'absence d'une programmation holistique.

Le MHTF a encouragé le développement et l'application du modèle de réseau SONU dans certains pays partenaires en utilisant une approche innovante de renforcement des systèmes de santé. Celle-ci est basée sur l'établissement d'un consensus autour des normes de soins, la rationalisation de la distribution des installations SONU ainsi que le suivi périodique des installations. L'approche par étapes du réseau SONU offre un modèle objectivement vérifiable pour l'élaboration de normes de prestation de services qui peuvent être adaptées au contexte de chaque pays. Considérée par les informateurs clés comme rigoureuse et crédible, cette méthodologie - et son application par le MHTF - permet des avancées concrètes dans le renforcement des systèmes SONU et SMN, lesquelles créent des opportunités de leadership dans les pays partenaires et ouvrent la voie à l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, deux limites affectent la durabilité à long terme des investissements du MHTF dans les SONU. Tout d'abord, jusqu'à présent, trop peu d'attention a été accordée à l'inclusion du niveau communautaire comme élément structurant des réseaux de soins. Par ailleurs, les bénéfices du modèle pourront difficilement être maintenus sans l'institutionnalisation du processus de suivi de l'amélioration de la qualité. Enfin, compte tenu de l'éventail de pays qu'il soutient (dont beaucoup ne mettent pas en œuvre l'approche du réseau SONU), le MHTF fait face au défi d'équilibrer une approche SONU flexible et adaptée à chaque pays, tout en maintenant des liens suffisants avec les processus plus larges de réforme du système de santé.

Apprécié par les gouvernements et les partenaires des pays, l'appui apporté par le MHTF a permis aux processus SDR d'être relativement intégrés dans divers contextes de systèmes de santé. Les ressources techniques et financières du MHTF permettent aux pays d'élaborer des stratégies SDR, de mettre en place des structures de comités nationaux et sous-nationaux et de produire des rapports périodiques. Le MHTF a également participé à l'élaboration de nouveaux indicateurs pour mesurer la mise en œuvre de la SDR dans les pays partenaires. Si les notifications de décès maternels ont tendance à augmenter, institutionnaliser la SDR de manière durable n'en n'est pas moins difficile, et les progrès varient en fonction du leadership et de l'engagement dans chaque pays. À certaines exceptions près, on constate une sous-utilisation des résultats de l'audit des décès dans la plupart des pays, indiquant un problème relatif au processus lui-même plutôt que lié à l'assistance technique apportée par le MHTF. Les défis rencontrés dans le renforcement des systèmes SDR soulignent aussi l'importance de créer de la demande pour les services à travers l'engagement

communautaire, afin d'obtenir un meilleur retour des investissements dans les services intégrés de SDRS-SMN. Ces défis soulignent aussi la nécessité d'une action systématique pour encourager la fréquentation plus précoce des centres de santé par les femmes et pour renforcer la confiance entre les prestataires et bénéficiaires de soins.

L'UNFPA a clairement contribué au renforcement de l'engagement des gouvernements et des partenaires pour éliminer les fistules, aux niveaux mondial et national. En tant que chef de file de la Campagne mondiale pour éliminer les fistules, l'UNFPA/MHTF coordonne efficacement un programme de plaidoyer et de partage des connaissances ayant contribué à maintenir la fistule comme une priorité mondiale. Au niveau national, le positionnement stratégique de l'UNFPA est renforcé par son partenariat avec les gouvernements et son rôle de rassembleur pour faire avancer les stratégies nationales en matière de la fistule obstétricale. Le renforcement des capacités pour le traitement et les soins relatifs aux fistules constitue l'axe principal de la programmation dans les pays partenaires du MHTF. Des progrès tangibles ont été réalisés par des stratégies mettant en relation des chirurgiens compétents avec des clients, grâce à des équipes mobiles et des camps de prestation de services. Cependant, dans la plupart des pays, ces services restent dépendants des donateurs et ne sont pas encore intégrés dans le système de santé. Dans l'ensemble, les efforts de réhabilitation et de réintégration des survivantes dans leurs communautés n'en sont qu'à leurs débuts. Par ailleurs, l'augmentation du nombre de fistules iatrogènes (causées par un traitement médical) devient un problème mondial qui nécessite une plus grande attention portée à la sécurité dans la prestation de services chirurgicaux et à la qualité des soins dans toutes les composantes du MHTF.

Le MHTF a soutenu l'intégration, jusqu'à un certain point, des services de SDRS et de SMN avec, notamment, des progrès tangibles dans l'intégration de la planification familiale dans les services de santé maternelle tout au long du continuum de soins. Le MHTF aide chaque pays à définir la portée de l'intégration entre les services de SDRS et de SMN en fonction de ses propres opportunités et des priorités nationales en matière d'offre de services. Cependant, l'intégration des soins post-avortement n'est pas abordée de manière systématique. Quant au soutien du MHTF pour l'intégration de la SDRS des adolescents et de la violence sexuelle et sexuelle, il s'agit-là d'une tâche considérablement plus difficile car nécessitant que les sages-femmes acquièrent un ensemble de compétences élargi, et puissent disposer de plus de temps et d'espace (pour assurer la confidentialité et des adopter des attitudes respectueuses et sans jugement) dans les structures de santé. Au centre du processus d'intégration, la sage-femme est, en effet, un élément essentiel pour élargir l'accès par les femmes et les filles à une gamme complète de services de SDRS et de SMN. Pourtant, les efforts visant à promouvoir « l'intégration par les sages-femmes » sont entravés par la faiblesse des infrastructures et le manque d'équipements, deux défaillances structurelles des systèmes de santé auxquelles le MHTF ne peut que partiellement remédier. Le MHTF doit également trouver un équilibre entre sa vision d'une approche globale de la santé des femmes tout au long de la vie et, d'autre part, le risque d'une surcharge de travail pour les sages-femmes et des systèmes de santé insuffisamment préparés.

Bien que résolument orientée vers l'égalité, les droits humains et les valeurs associées à la garantie d'un accès équitable aux services pour toutes les femmes et les filles, le MHTF enregistre des résultats mitigés. Les interventions du MHTF soutenant l'accès aux services (formation de sage-femme, SONU et fistule) ont permis d'étendre la prestation de services aux zones géographiques mal desservies et aux populations vulnérables, tout en maintenant l'attention sur les déterminants sociaux et économiques affectant la SMN. Cependant, le MHTF n'a pas défini une approche ou un processus explicite pour identifier les personnes les plus à risque ou les plus vulnérables. Ainsi, le MHTF manque-t-il d'un cadre pour préciser et opérationnaliser les principes fondés sur les droits dans le cadre de la programmation, conduisant à une application variable dans les activités au niveau national avec, par exemple, un manque d'attention à la prestation de soins respectueux. Les limites de l'intégration de la SDRS et de la SMN limitent, de fait, l'efficacité des activités du MHTF lorsqu'il s'agit de garantir, pour les adolescentes et les femmes, l'accès à une gamme complète de services,

en particulier la contraception, les soins post-avortement et, le cas échéant, les services d'avortement légaux et sûrs.

La méthode MHTF combinant la fourniture d'une expertise technique, un financement de démarrage et un accès à des partenariats globaux pour aider les partenaires nationaux à s'attaquer à des domaines spécifiques de la SDSR-SMN est une force capable de produire des effets catalyseurs. Cette approche permet au MHTF de fournir un soutien de haute qualité dans quatre domaines critiques, renforçant ainsi la crédibilité de l'UNFPA auprès de ses partenaires nationaux. Elle a aussi rendu possible une production impressionnante, par le MHTF, de matériaux d'orientation ou de documents stratégiques ainsi que d'articles scientifiques. Cependant, le potentiel catalyseur de nombreux investissements du MHTF ne s'est pas encore pleinement réalisé, en particulier - mais pas uniquement - à cause du ralentissement des progrès engendré par la pandémie de COVID-19 en cours (bien que transitoire). Certaines innovations ou adaptations numériques (telles que les applications pour téléphones mobiles) ont joué un rôle dans l'obtention de résultats mais ne sont pas, en elles-mêmes, nécessairement catalytiques ou durables. Le MHTF est actuellement confronté au double défi de, d'une part, la nécessaire clarification de ce que « être catalytique » signifie, et, d'autre part, la définition d'une approche opérationnelle permettant au pays de conférer à leurs interventions des effets catalytiques et de les documenter de manière systématique.

Le MHTF bénéficie actuellement d'un meilleur leadership et d'une vision plus claire, alors que le Comité Consultatif nouvellement institué permet un engagement plus structuré avec les partenaires (y compris les donateurs). Ces développements devraient aider le MHTF à relever plusieurs défis auxquels il est confronté, tels que : le repositionnement de son orientation stratégique par rapport à la stratégie globale de l'UNFPA en SMN ; la question de l'intégration SDSR-SMN tout au long de la vie ; la manière de dépasser les lourdeurs bureaucratiques et communiquer plus clairement sur ses résultats. Actuellement, les données sur les résultats ont tendance à se limiter aux produits (outputs) et à dresser un tableau cumulatif des activités du MHTF, au lieu d'identifier clairement la contribution du MHTF aux progrès spécifiques dans les pays. Il résulte une difficulté à saisir pleinement la valeur des résultats obtenus par le MHTF, y compris dans le cadre de ses partenariats stratégiques. D'autre part, le manque d'interface avec, ou d'investissements dans les communautés en vue d'accroître la demande de services est une aussi lacune, tout comme l'absence de liens systématiques entre le soutien du MHTF aux investissements en SMN et les réformes plus larges pour le renforcement des systèmes de santé.

UNFPA a utilisé efficacement le MHTF pour répondre rapidement et avec souplesse à la pandémie de COVID-19 par des ajustements programmatiques et la réaffectation des ressources disponibles en vue d'assurer la continuité des services essentiels de SDSR et de SMN, tout en protégeant la sécurité des clients et des prestataires. L'UNFPA a formulé une réponse en appui aux pays partenaires en faisant référence aux principaux enseignements tirés de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest au cours de laquelle les services de routine avaient été gravement perturbés, entraînant des niveaux élevés de mortalité évitable, en particulier chez les femmes et les enfants. La réponse de l'UNFPA/MHTF comprend l'élaboration et la diffusion de directives et de protocoles techniques spécifiques au COVID-19, la fourniture d'équipements de protection individuelle, d'autres soutiens stratégiques tels que des bons de transport pour que le personnel de santé se rende au travail en toute sécurité, et un soutien au triage hospitalier pour assurer un accès sûr aux services essentiels de maternité.

CONCLUSIONS

1. Avec le MHTF, UNFPA est un partenaire de choix qui apporte un soutien visible et précieux aux priorités essentielles en SMN. Depuis sa création, le MHTF s'est mué en un outil solide, ciblé et techniquement sophistiqué pour soutenir la SMN dans les pays partenaires, en particulier dans ses quatre domaines prioritaires que sont la pratique de sage-femme, les SONU, le SDMR et la

fistule. Le MHTF soutient des programmes qui sont perçus comme étant de haute qualité, qui comblent les lacunes dans les systèmes de santé des pays et produisent des résultats tangibles. Au niveau mondial, le personnel du MHTF participe et/ou dirige le développement d'une gamme de produits du savoir dont l'impact s'étend au-delà des 32 pays partenaires. Avec des ressources limitées, Le MHTF est un programme qui offre une impulsion considérable en SMN.

2. La pratique de sage-femme est le point d'ancrage du MHTF et la pierre angulaire de la réponse SMN de l'UNFPA. Identifié comme le principal partenaire de la pratique de sage-femme, l'UNFPA a initié des avancées majeures sur la définition de la pratique de sage-femme (par exemple, les normes de soins, la capacité et les compétences, et le suivi des performances) qui ont été complétées par des efforts axés sur les pays pour améliorer l'éducation, la formation et le déploiement des sages-femmes, ainsi que des initiatives pour soutenir leur professionnalisation. Le rôle des sages-femmes est essentiel pour promouvoir l'intégration SDRS-SMN et pour surmonter les trois retards qui conduisent à la mortalité maternelle (retard dans la recherche de soins ; dans l'accès au niveau de soins adéquat ; dans l'octroi de ces soins). Leur rôle est particulièrement important dans la promotion des comportements relatifs à la recherche de soins prodigués par des professionnels chez les femmes et jeunes filles. Cependant, le MHTF n'a pas encore pleinement pris la mesure de la manière dont les systèmes de santé sont affectés par les effets pernicieux des inégalités entre les sexes et les dynamiques de pouvoir.

3. Le MHTF offre un bon rapport coût-efficacité pour son activité dans les pays partenaires et au niveau global. En tirant parti des partenariats globaux, en approfondissant la cohérence politique et technique et en renforçant la qualité de la mise en œuvre du programme, le MHTF a développé un modèle qui produit des résultats tangibles et crée des points d'entrée efficaces pour toute une gamme d'interventions. Pour maximiser ses efforts, le MHTF s'appuie sur un ensemble de compétences et une vision commune des bureaux de pays pour le renforcement des systèmes de santé, la coordination, la mobilisation des acteurs, le plaidoyer et la création de partenariats. L'obtention d'effets optimaux dépend également de la capacité des bureaux de pays à compléter les ressources du MHTF par des fonds propres et à mobiliser des ressources supplémentaires auprès de partenaires locaux. Au niveau global, le MHTF a permis à l'UNFPA d'influencer l'agenda sur la SMN et de fournir un large éventail de produits du savoir dans ses quatre domaines techniques, lesquels influent la programmation en SMN au-delà des pays partenaires du MHTF.

4. Le MHTF n'est pas clairement positionné dans un cadre stratégique proposant une approche holistique de la SMN à l'UNFPA. En se concentrant sur quatre domaines techniques spécifiques, le MHTF a développé une expertise reconnue. Bien qu'il soit le principal (mais non le seul) véhicule de programmation de l'UNFPA en matière de santé maternelle, le MHTF n'est pas aligné ou ancré dans une stratégie de santé maternelle promue par l'organisation. Cela a pour effet de créer un « vide » en termes de politique et du point de vue stratégique entre le MHTF (en tant que programme fournissant des intrants spécifiques) et l'approche SMN promue par l'UNFPA (tant au niveau mondial qu'au sein de l'organisation elle-même), et, par ricochet, de rendre l'articulation avec le résultat transformateur de l'élimination des décès maternels évitables plus difficile à percevoir. Au niveau des pays partenaires du MHTF, la question de l'agilité du MHTF et de sa capacité à positionner ses interventions dans une stratégie holistique SMN-SRHR qui soit spécifique au contexte national se pose. Il s'agit pour le MHTF de maintenir son orientation technique (et son offre bien définie d'expertise et de soutien), tout en restant suffisamment flexible pour aider les pays à répondre à leurs besoins prioritaires en SMN.

5. Si elles ne sont pas traitées, certaines lacunes critiques viendront limiter la pertinence et la durabilité des investissements du MHTF. Investir dans la fourniture de services maternels de qualité est nécessaire mais pas suffisant pour garantir des résultats durables. Il est également nécessaire de s'engager avec les communautés aux fins de surmonter les obstacles à l'accès, éviter

les retards, introduire plus de responsabilité et assurer une plus grande adhésion des populations aux investissements faits par le MHTF. En outre, bien que le MHTF ait aidé les pays partenaires à identifier et établir des normes pour l'offre et la prestation de SONU de qualité et de services et soins SMN, le programme devrait également intégrer activement les points de vue des femmes et des filles. Il est important de prendre en considération ce qu'elles apprécient dans les services intégrés de SDRS-SMN, particulièrement en matière de soins respectueux. Or, bien que chacun des quatre domaines techniques du MHTF vise à influencer et à renforcer les mesures visant à améliorer la qualité des soins, les indicateurs de suivi qui permettent de mesurer les progrès (y compris à travers l'expérience des femmes prises en charge par les services de santé) sont insuffisants et sous-utilisés.

6. Le MHTF n'est pas conçu de sorte qu'il puisse avoir un « effet catalytique » de manière systématique. Le MHTF tire parti de ressources financières limitées par le biais d'investissements porteurs, dans l'ensemble, d'un potentiel catalytique et qui ont un effet catalyseur lorsqu'ils sont mis à l'échelle avec le leadership nécessaire, un engagement national soutenu et des ressources suffisantes. Cependant, le MHTF ne déploie pas de manière systématique les efforts nécessaires pour identifier ou créer des opportunités d'inciter les autorités nationales en SMN à mobiliser les ressources nécessaires pour la mise à l'échelle des avancées techniques que le Fonds permet. La réalisation du potentiel catalytique du MHTF dépend de sa capacité à anticiper et à préparer la mutation difficile d'un processus technique intense et relativement peu coûteux axé sur l'élaboration d'une politique ou d'une stratégie, en un processus beaucoup plus ambitieux, à plus long terme, et plus coûteux, ayant pour objet la mise à l'échelle nationale de cette politique ou stratégie. Or, le MHTF n'est pas clairement positionné de sorte que ses interventions puissent systématiquement engendrer un « effet catalytique ». Dans son ingénierie, le programme ne dispose pas d'une boîte à outils et de méthodes éprouvées pour guider ses interventions et assurer qu'elles déploient leur potentiel catalyseur.

7. Le MHTF cible résolument l'égalité des genres, les droits de l'homme et l'équité, en particulier chez les adolescents, mais de manière inégale. Le MHTF identifie trois principes fondés sur les droits humains sur lesquels repose sa stratégie : équité d'accès, qualité des soins et responsabilité). En revanche, il n'offre pas un cadre pour définir et opérationnaliser ces principes dans le cadre de la programmation, ce qui conduit à une application inégale dans les activités nationales, en particulier en ce qui concerne la qualité des soins. En outre, alors que le MHTF vise à cibler les femmes et les filles vulnérables en appliquant le principe « ne laisser personne de côté », il n'a pas défini ou articulé une approche ou un processus pour identifier les personnes les plus à risque ou les plus vulnérables. Les interventions du MHTF soutenant l'accès aux services (formation de sage-femme, SONU et fistule) ont permis d'étendre la prestation de services aux zones géographiques mal desservies et aux populations vulnérables. Cependant, les limites de l'intégration de la SDRS et de la SMN entravent l'efficacité des activités du MHTF pour garantir aux adolescentes et aux femmes leur pleine autonomie dans l'accès à une gamme complète de services de SDRS.

8. Au vu de ses résultats et de ses succès, le MHTF a un potentiel non encore réalisé qui est considérable. Le MHTF est un programme au profil modeste dont les forces et les réalisations ne sont pas toujours bien connues. L'UNFPA n'a pas suffisamment mis ses réalisations en évidence, stimulé la mobilisation de ressources, ou positionné le MHTF dans le cadre d'une stratégie SMN cohérente aux fins d'utiliser les connaissances acquises grâce au MHTF pour aider à mieux façonner son agenda global. Le profil modeste du MHTF est également la conséquence d'un système de suivi qui ne met pas l'accent sur l'utilisation d'un nombre limité d'indicateurs de résultats pourtant disponibles, et qui peuvent être utilisés de manière que le MHTF gagne en visibilité à la fois au sein de l'UNFPA et au niveau global. Le déficit d'image du MHTF, aggravé par

ce système de suivi n'offrant pas une analyse qualitative et contextuelle suffisante, constitue également un obstacle à la mobilisation des fonds nécessaires et à la poursuite d'un engagement à long terme avec ses partenaires. Enfin, cela ne permet pas d'appréhender le MHTF par rapport à sa contribution réelle à la santé maternelle et néonatale, laquelle est importante et multidimensionnelle, comme le démontre cette évaluation.

RECOMMANDATIONS

1 Principal instrument de l'UNFPA pour l'intégration et le soutien en matière de SDR-SMN, le MHTF doit être poursuivi et intensifié dans le cadre d'une nouvelle phase

Le MHTF apporte une contribution tangible à la santé maternelle tant dans les pays partenaires que dans le cadre de la réponse globale de l'UNFPA en matière de santé maternelle. Il faut poursuivre le MHTF dans une quatrième phase en apportant des modifications dans la conception et en tenant compte des recommandations stratégiques et opérationnelles proposées ci-dessous. En particulier, le MHTF devrait se doter d'une théorie du changement identifiant le champ plus large dans lequel le MHTF opère et sa contribution spécifique. Cette quatrième phase devrait aussi être l'occasion de clarifier le rôle et le positionnement du MHTF par rapport aux autres investissements de l'UNFPA dans la santé maternelle ainsi que dans le champ global de la SMN.

2 Positionner le MHTF dans le cadre d'une stratégie et d'un plan d'action pour la santé maternelle de l'UNFPA

Le plan stratégique 2022-2025 de l'UNFPA s'articule autour de trois résultats transformateurs, y compris l'élimination des décès maternels évitables. Dans ce cadre, il est important de clarifier le rôle du MHTF : fonds catalytique limité, acheminant un ensemble spécifique de ressources techniques et financières vers des éléments spécifiques de la SMN, ou programme censé englober l'ensemble de la stratégie SMN de l'UNFPA (complété par d'autres programmes de l'UNFPA ciblant d'autres aspects de la SMN) ? En s'appuyant sur l'expérience du MHTF, l'UNFPA devrait élaborer une stratégie et un plan d'action en santé maternelle au niveau organisationnel qui identifient clairement les rôles respectifs du MHTF et autres initiatives de l'UNFPA en matière de SMN dans le cadre d'un mandat organisationnel cohérent en rapport avec ses objectifs en matière de santé maternelle et sa responsabilité plus large relative à la SDR-MNH intégrée.

3 Promouvoir la qualité des soins dans les centres de santé, y compris les soins respectueux

L'approche du MHTF visant à renforcer la qualité des soins centrés sur l'utilisateur, y compris les soins respectueux, n'en est encore qu'à ses débuts. Le MHTF devrait orienter ses efforts vers le renforcement des expériences nationales et, ainsi, prendre le leadership au niveau global, dans le passage à l'échelle de la prestation de services de SDR-SMN de qualité (du point de vue des utilisateurs). Il devrait aussi promouvoir les soins respectueux, notamment, mais pas uniquement, parmi les sages-femmes. Cela nécessite de revoir la programmation dans les quatre domaines techniques du MHTF, ainsi que le renforcement du système de suivi aux fins d'identifier les leçons apprises et de favoriser la mise à l'échelle des bonnes pratiques.

4 Intégrer de manière systématique l'engagement communautaire dans toutes les activités du MHTF.

Les décisions sur les questions de savoir si, quand et comment les membres de la communauté consultent les professionnels de santé affectent directement les résultats en matière de SMN. Actuellement, l'orientation principale du MHTF est centrée sur la fourniture de services. Bien qu'il ne soit pas nécessaire d'investir massivement dans la création de la demande et l'engagement

communautaire, le MHTF devrait intégrer et promouvoir une approche plus structurée de l'engagement communautaire dans le cadre d'une stratégie visant à générer une demande accrue de services en SMN, qui soient accessibles et fournis en temps opportun. Cette nouvelle orientation devrait viser à augmenter la rapidité et de l'efficacité des décisions relatives à la demande de soins, à améliorer l'accès aux services de planification familiale et de SDSR, à favoriser le choix d'accoucher dans un établissement de santé, à la construction d'une interface entre la sage-femme et la communauté, ainsi que sur la participation de représentants communautaires à la surveillance des décès maternels. Cela nécessitera de développer et d'approfondir de nouveaux partenariats et d'investir dans les capacités et les compétences de plaider du personnel des bureaux-pays.

5 Impliquer plus activement les partenaires, en particulier les donateurs, dans le travail du MHTF

Le Conseil consultatif, nouvellement créé et dont le rôle doit encore être précisé, a été positivement accueilli par les partenaires du MHTF. L'engagement des donateurs dans le travail du MHTF, y compris en qualité de membres du Conseil consultatif, favorisera la visibilité du MHTF, élargira son soutien et créera de nouvelles opportunités d'interventions dans des pays ou des contextes spécifiques. Le MHTF devrait élargir le rôle et préciser le fonctionnement de ce Conseil en vue de renforcer la reddition des comptes envers ses partenaires financiers, d'accroître leur participation à l'élaboration de l'orientation stratégique et de favoriser une meilleure communication des résultats et de la performance du MHTF.

6 Améliorer la cohérence stratégique et la réactivité du MHTF

L'une des principales forces du MHTF est son modèle de programme qui permet aux pays bénéficiaires d'accéder à des partenariats mondiaux stratégiques, à une expertise technique pointue et à des ressources financières pour des investissements de démarrage. Les quatre domaines techniques promus par le MHTF sont, cependant, insuffisamment coordonnés entre eux et ne bénéficient pas tous du même soutien au niveau des pays. En outre, au fur et à mesure que les priorités évoluent, le MHTF sera plus attractif s'il fait montre de plus de flexibilité dans sa programmation en vue de répondre aux priorités de chaque pays. Ainsi, le MHTF devrait-il clarifier et rationaliser les liens et la cohérence entre ses quatre domaines techniques et devrait aussi (sans sacrifier son mode opératoire) envisager d'inclure d'autres domaines techniques. Le développement de la quatrième phase et de la théorie du changement qui lui sera associée offre une opportunité idéale pour traiter ces aspects critiques pour l'avenir du MHTF.

7 S'assurer que le focus sur la pratique de sage-femme et sur l'environnement de travail du personnel de santé soit intégré dans toutes les composantes techniques du MHTF

En tant que « porte d'entrée » pour la santé des femmes tout au long de la vie, les sages-femmes et l'environnement plus large dans lequel elles opèrent constituent des investissements utiles dans le renforcement des systèmes de santé. L'expérience des femmes et des filles met, en effet, en lumière le rôle primordial que jouent les personnels de santé qualifiés dans leur perception de la qualité des soins. Les progrès enclenchés par le MHTF, ainsi que son leadership en matière de pratique de sage-femme et d'environnement du personnel de santé créent un point d'entrée clé pour la SMN qui devrait être développé dans le cadre de la quatrième phase. Pour cela, le MHTF devrait promouvoir davantage l'intégration de la pratique de sage-femme dans les soins communautaires et primaires, en mettant l'accent sur les soins respectueux et en investissant dans les réformes des systèmes de santé, y compris l'expansion du réseau SONU.

8 Investir davantage dans les principales valeurs ajoutées du MHTF : l'intégration SDSR-SMN et la recherche de résultats catalytiques

Deux caractéristiques centrales fondent la valeur ajoutée du MHTF : Son focus sur l'intégration des services de SDRS et de SMN (où les progrès sont soutenus), et l'accent mis sur l'obtention de résultats catalytiques (qui fait partie intégrante du modèle et constitue la pierre angulaire de l'approche MHTF). Dans ces deux domaines, le MHTF a fait des progrès tangibles mais inégaux et insuffisamment documentés. Dans sa quatrième phase, le MHTF devrait élaborer des directives détaillées et pratiques pour les bureaux de pays pour les guider dans la conception de leurs interventions, le développement de partenariats et la mise en œuvre du programme. Ces directives devraient inclure la promotion, la documentation et la communication sur l'intégration SDRS-SMN et sur le rôle catalytique du MHTF.

9 Affiner le système de suivi axé sur les résultats afin de favoriser une meilleure compréhension et d'améliorer la communication sur la valeur ajoutée du MHTF

Bien que très détaillé, le système de suivi actuel ne permet pas au MHTF d'identifier et de communiquer sur les résultats de ses interventions et sur sa contribution en tant que programme de Nations Unies opérant dans un domaine très compétitif. Le MHTF devrait adapter son approche actuelle et concentrer le suivi sur les résultats les plus pertinents, qui pourraient servir de support à un exposé clair sur la contribution et la valeur ajoutée du MHTF dans des contextes divers. Le système de suivi axé sur les résultats devrait, en particulier, mettre davantage l'accent sur la perception des changements par les parties prenantes. Par ailleurs, les indicateurs devraient être moins nombreux et devraient être complétés par des études qualitatives sur la contribution du MHTF aux résultats escomptés et sur les progrès accomplis ; ceci favoriserait une meilleure compréhension de ce qui fonctionne, dans quel contexte, et pour quelles raisons.

10 Investir dans des approches de financement innovantes afin d'élargir la base des donateurs du MHTF

Le MHTF devrait élaborer un modèle global de financement assorti d'un plan pour soutenir sa quatrième phase de développement. Le plan de financement devrait être lié au nouveau programme de travail du MHTF et devrait être arrimé à une stratégie de santé maternelle de l'UNFPA afin de juguler (et inverser) la baisse des engagements des donateurs, et de contenir les effets négatifs de processus onéreux de gestion financière. Le plan devrait également prévoir des options de financement innovantes afin de susciter l'engagement des pays bénéficiaires dans l'intégration de la SDRS-SMN, par exemple par le biais d'accords de co-financements. Par ailleurs, des modalités de financement innovantes pourraient accroître les ressources du MHTF, permettre de lever des fonds supplémentaires (sur les fonds propres des bureaux de pays ou en mobilisant les ressources d'autres partenaires), et aussi de dégager des ressources pour de nouvelles orientations programmatiques.

Lire le rapport d'Évaluation à mi-parcours de la phase III du MHTF, 2018-2022 [ici](#)



1 INTRODUCTION DE L'ÉTUDE DE CAS

1.1 Evaluation à mi-parcours du Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale Phase III, 2018-2022

L'objectif de l'évaluation à mi-parcours est d'évaluer la performance du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle et Néonatale (MHTF) dans son soutien catalytique au travers d'interventions nationales pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale dans 32 pays à taux de mortalité élevé. Il s'agira de mesurer la contribution du MHTF au renforcement du système de santé à travers l'accent mis sur :

- Quatre composantes des systèmes de santé : Main-d'œuvre, prestation de services, systèmes d'information sanitaire, leadership et gouvernance
- Quatre domaines techniques : Sages-femmes, soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), Surveillance des Décès Maternels et Périnataux et Riposte (SDMR), fistule obstétricale et autres morbidités.

On évaluera également la contribution du MHTF à :

- Une équité accrue dans l'accès aux informations et aux services sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR), y compris pour les personnes laissées de côté
- L'amélioration de la qualité des soins
- Une plus grande redevabilité
- La promotion de l'égalité des genres et des droits humains dans le contexte de la santé maternelle et néonatale (SMN).

L'évaluation a deux objectifs principaux :

1. Analyser comment, et dans quelle mesure, l'appui de l'UNFPA à la SMN a été guidé par la théorie du changement et le cadre de résultats tels que définis dans le plan d'activités de la phase III du MHTF (2018-2022). On évaluera les progrès réalisés jusqu'à présent dans la mise en œuvre des interventions stratégiques du MHTF dans les quatre résultats du MHTF, lesquels s'entrecroisent et se renforcent mutuellement.

2. Faciliter l'apprentissage et identifier les bonnes pratiques du MHTF dans ses composantes et domaines de renforcement du système de santé pour éclairer la mise en œuvre de la phase actuelle du MHTF, d'autres programmes en cours avec un lien avec la SMN, ainsi que les futures interventions programmatiques de l'UNFPA en appui de la SMN et la SDSR plus largement.

Si les résultats de l'évaluation à mi-parcours sont destinés à alimenter la mise en œuvre du MHTF jusqu'à la fin de sa phase actuelle, ils pourront aussi éclairer la réflexion sur les orientations stratégiques, la portée programmatique ainsi que le modèle opérationnel du MHTF après 2022.

Couverture temporelle et géographique

L'évaluation couvre la période depuis 2018 dans le cadre du plan de travail actuel du MHTF (2018-2022). Sa portée géographique comprend les 32 pays des cinq régions d'opération de l'UNFPA où les interventions MHTF sont actuellement entreprises : Afrique de l'Ouest et du Centre ; Afrique orientale et australe, Asie et Pacifique, États arabes et Amérique latine et Caraïbes.

1.1.1 Les questions d'évaluation

L'évaluation examine neuf questions d'évaluation.

Tableau 1 : Questions d'évaluation par domaine d'enquête

Questions d'évaluation
Domaine d'enquête 1 : Sage-femme
Question d'évaluation : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à assurer l'éducation, la formation et le déploiement d'un personnel de sages-femmes suffisamment qualifié/compétent, motivé et durable ?
Domaine d'enquête 2 : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
Question d'évaluation : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il soutenu les ministères de la santé pour concevoir, renforcer et étendre un réseau national de maternités de base et de référence dotées de personnel de santé qualifié et capable de fournir des services de santé sexuelle et reproductive de qualité ainsi que soins maternels et néonataux, y compris les SONU ?
Domaine d'enquête 3 : Surveillance des décès maternel et riposte
Question d'évaluation : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à établir fermement les principales composantes de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) (lignes directrices et outils, notification obligatoire, plan national chiffré) ; soutenir sa mise en œuvre à l'échelle nationale ; augmenter les notifications et renforcer la qualité des examens des décès maternels et la mise en œuvre de la composante « réponse » ?
Domaine d'enquête 4 : Fistule obstétricale et autres morbidités obstétricales
Question d'évaluation : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à la capacité des gouvernements à élaborer, mettre en œuvre et surveiller des stratégies nationales chiffrées et traduites en plans de travail pour mettre fin aux cas de fistule, fondées sur : la prévention ; l'accès à un traitement de qualité des cas de fistule et d'autres morbidités obstétricales ; ainsi que la réinsertion sociale des survivantes de la fistule obstétricale ?
Domaine d'enquête 5 : SDRS intégrée
Question d'évaluation: Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué au renforcement de l'intégration entre la santé maternelle et la santé sexuelle et reproductive (en mettant l'accent sur la planification familiale, la planification familiale post-partum, les soins post-avortement et les soins d'avortement sans risque (là où cela est légal) ; prévention du cancer, prévenir la transmission mère-enfant du VIH et violence sexuelle et sexiste pour assurer une prestation de services de qualité, accroître la satisfaction des clients et stimuler une plus grande demande du public pour les services de SDRS ?
Domaine d'enquête 6 : Accès équitable et redevable
Question d'évaluation: Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à améliorer la disponibilité et la qualité de la prestation des services de santé et du système d'information sur la santé pour répondre à la diversité des besoins des femmes, des nouveau-nés et des adolescentes, y compris parmi les quintiles de population les plus pauvres ou les populations vivant dans des zones difficiles d'accès ou confrontées à la discrimination (fondée sur l'identité, l'origine ethnique et/ou la croyance) et/ou vivant avec un handicap ?
Domaine d'enquête 7 : Rôle catalytique
Question d'évaluation : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il rempli son rôle de catalyseur en permettant à l'UNFPA de maximiser son investissement en appui des résultats de la SMN et de l'intégration avec la SDRS ?
Domaine d'enquête 8 : Gouvernance et gestion du MHTF
Question d'évaluation : Dans quelle mesure les mécanismes de gestion du MHTF et les processus de coordination interne ont-ils contribué à la performance globale du programme ? Plus précisément, comment ont-ils facilité : (i) la mobilisation des ressources pour le MHTF ; (ii) la rupture des silos entre les programmes d'UNFPA ; (iii) l'intégration de la SMN dans les programmes nationaux ; et (iv) une supervision et une orientation efficaces par le comité consultatif du MHTF ?
Domaine d'enquête 9 : COVID-19
Question d'évaluation : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il pu répondre aux besoins émergents et évolutifs des autorités sanitaires nationales et des autres parties prenantes aux niveaux national et infranational, provoqués par la pandémie de COVID-19 ?

1.1.2 Études de cas

L'évaluation est ancrée dans une série d'études de cas de pays, complétées par l'analyse de données globales et régionales. L'approche centrée sur les études de cas permet d'observer le MHTF dans des contextes très différents. Le MHTF prend différentes formes ou directions en fonction de l'interaction

de l'UNFPA avec d'autres acteurs de la santé. Il formule aussi des réponses aux opportunités et aux obstacles de différentes manières, en fonction d'un éventail de variables spécifiques au pays.

Le but spécifique des études de cas est d'analyser la conception et la mise en œuvre des interventions dans le cadre de la Phase III du MHTF, et d'évaluer les résultats obtenus dans des contextes nationaux spécifiques. L'évaluation comprend quatre études de cas basées sur des enquêtes de terrain (Bénin, Soudan, Ouganda et Zambie) et deux études de cas basées sur une revue documentaire (Bangladesh et Togo) indiquées dans le Graphique 1. Les études de cas ne sont pas destinées à présenter un échantillon statistiquement valide et ne sont pas représentatives de l'ensemble des pays du programme.

Graphique 1 : Pays faisant l'objet d'études de cas et d'études documentaires



The designations employed and the presentation of material on the maps do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNFPA concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

La sélection des pays pour les études de terrain et documentaires a été faite dans le but de fournir un ensemble d'exemples variables de soutien du MHTF dans différentes régions, caractérisées par divers indicateurs de SMN. Par exemple, certains pays avaient un taux de mortalité maternelle (TMM) et/ou des taux de mortalité néonatale (TMN) élevés malgré la baisse de la fécondité. Certains pays offrent également un mélange de contextes, y compris humanitaire, un accès différent à l'aide au développement pour la santé, ou d'autres facteurs qui ajoutent de la nuance ou de la complexité.

1.2 Objectifs des études de cas

Les études de cas conduites dans les pays visent à fournir une image complète et nuancée des actions du programme et de leurs résultats. Ils permettent à l'évaluation d'explorer les questions d'évaluation plus en profondeur (par rapport aux études documentaires). Les études de cas ne sont pas des évaluations de programmes pays. Leurs objectifs sont de :

- Fournir des informations pour répondre aux questions d'évaluation et aux hypothèses causales
- Trianguler les données collectées auprès d'autres sources et répondants avec des informations qualitatives et quantitatives collectées dans le pays
- Identifier les leçons tirées de la mise en œuvre du MHTF dans le pays.

1.3 Approche et méthodologie

Chaque étude de cas utilise une approche basée sur la théorie du changement et ses hypothèses causales pour les activités de l'UNFPA liées à la santé maternelle et néonatale. La théorie du changement est décrite en détails dans la section 1.4 ci-dessous. Les hypothèses causales forment la base de la matrice d'évaluation (Annexe 1) et permettent à l'évaluation de déterminer la contribution de l'UNFPA aux résultats en santé maternelle et néonatale décrits dans la théorie du changement.

Les méthodes de collecte de données utilisées pour l'étude de cas sont les suivantes :

- Identification et examen des documents de base au niveau du pays, y compris les documents de programme et les plans de travail annuels, les revues et évaluations du programme, les rapports de suivi, les plans et programmes nationaux, les comptes rendus des réunions de coordination et les documents produits par d'autres agences bilatérales et multilatérales travaillant dans le champ de la SMN
- Examen des données financières concernant les investissements du programme
- Entretiens avec des informateurs clés parmi un large éventail de parties prenantes au niveau national (Annexe 2)
- Visites des sites de mise en œuvre du programme et de prestation de services, y compris des entretiens avec des prestataires de services, des gestionnaires et des membres de la communauté
- Entretiens et discussions de groupe avec des personnes ayant accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SDSR) et/ou de santé maternelle et néonatale
- Un atelier de débriefing avec la participation du personnel de pays de l'UNFPA. Cela a permis à l'équipe d'évaluation de présenter des observations préliminaires et de recevoir des commentaires sur les lacunes dans les données collectées, erreurs factuelles ou mauvaises interprétations.

L'évaluation utilise également d'autres méthodes, notamment : une enquête en ligne auprès des principales parties prenantes des entretiens menés aux niveaux mondial et régional et un examen global complet des documents et des données pour assurer la couverture de tous les éléments du MHTF.

Les données ainsi collectées ont été analysées et interprétées conjointement par l'équipe d'évaluation. Les données et informations ont été enregistrées dans la matrice d'évaluation (annexe 1) et classées en relation avec les questions d'évaluation et les hypothèses causales. Cela a permis à l'équipe d'évaluation de trianguler l'information recueillie auprès de différentes sources, de répondre aux questions d'évaluation (Chapitre 2) et, enfin, de développer les conclusions présentées dans le chapitre 3.

1.4 La théorie du changement du MHTF

Cette section présente la théorie du changement du MHTF. Celle-ci a été développée durant la phase de démarrage de l'évaluation, et affinée au terme de la collecte de données. La théorie du changement présentée ici tente de saisir toutes les différentes manières dont le MHTF a fourni un soutien catalytique par le biais d'interventions nationales en vue d'améliorer la santé et les droits de la mère et du nouveau-né dans des contextes très différents et à différents niveaux (mondial, régional et national). En ce sens, dans aucun pays, l'équipe d'évaluation n'a-t-elle vu cette théorie du changement mise en œuvre dans son intégralité. En fait, la théorie du changement englobe un large éventail d'activités et une chaîne de résultats à plusieurs niveaux, qui sont difficiles à mettre en œuvre efficacement et à maintenir compte tenu des ressources humaines et financières actuelles dont dispose l'UNFPA dans les différents pays du programme MHTF.

La théorie du changement du MHTF (Graphique 2) doit être « lue » de bas en haut et de gauche à droite. Les intrants, activités, « outputs » et « outcomes » spécifiques au MHTF sont présentés dans un cadre plus vaste, tandis que :

- La chaîne des effets est clairement délimitée dans un encadré bleu.
- Les effets possibles du COVID-19 sont présentés en violet et décrivent comment la stratégie et les orientations programmatiques de l'UNFPA, pour répondre au COVID-19, peuvent impacter certains domaines spécifiques du MHTF. Ceux-ci identifient les politiques pertinentes de l'UNFPA, les activités entreprises et les produits et résultats attendus.
- Les déterminants sociaux et économiques plus larges qui affectent les résultats de la SMN (et que l'évaluation n'évaluera pas) sont présentés en vert sur le côté droit.
- Les flèches verticales identifient trois dimensions transversales critiques : la volonté politique, la coordination entre toutes les parties prenantes et les déterminants multisectoriels.

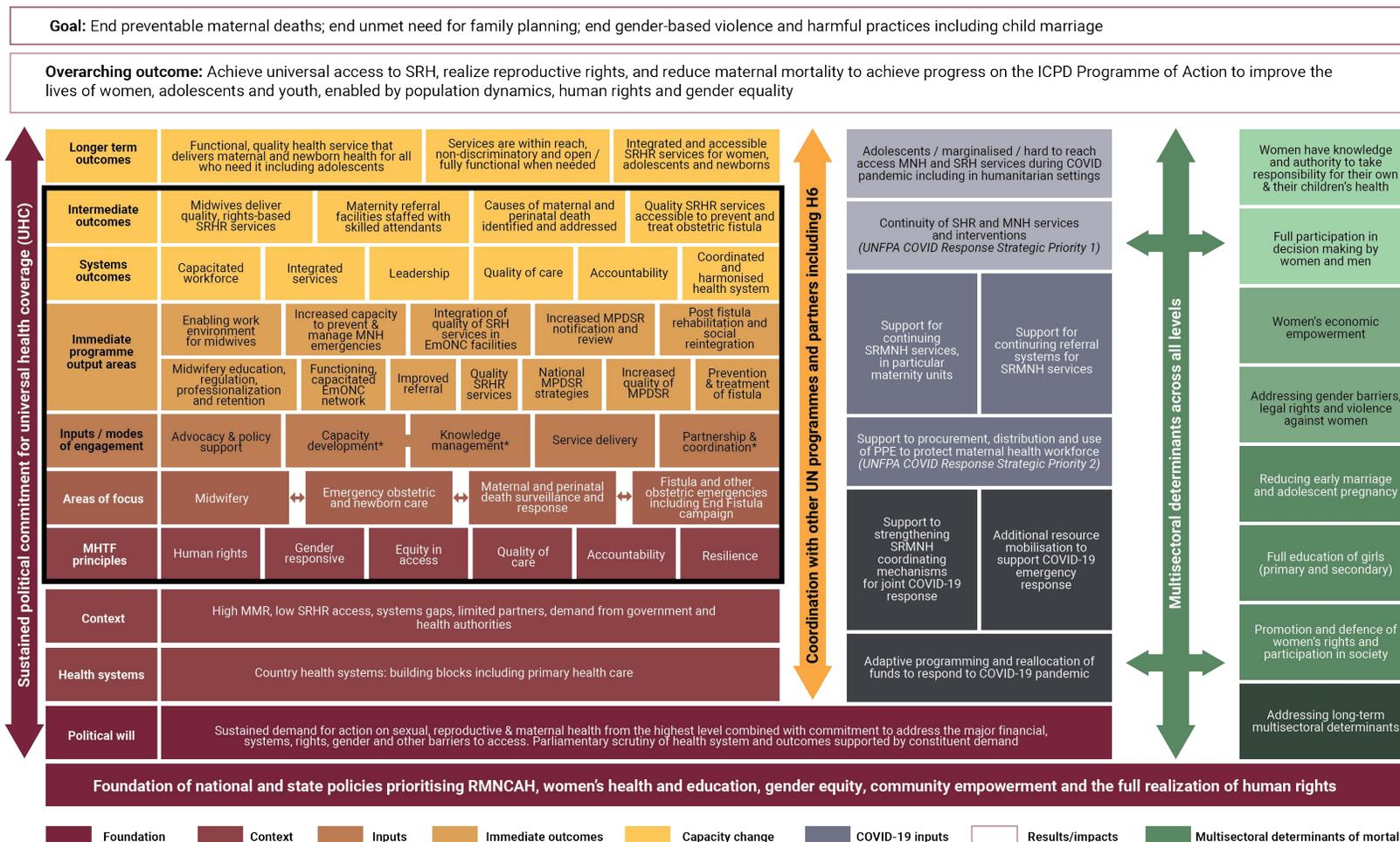
La chaîne d'effets spécifique est expliquée dans le tableau 2. Suivant la théorie du changement du MHTF (Graphique 2), les segments spécifiques de la théorie du changement à évaluer ont été extraits et sont agrandis dans la Graphique 3 afin de situer des questions d'évaluation (et hypothèses correspondantes) et, ainsi, relier la théorie du changement directement à la matrice d'évaluation (disponible en Annexe 1).

Tableau 2 : Quelques clés pour vous aider à lire la théorie du changement du MHTF

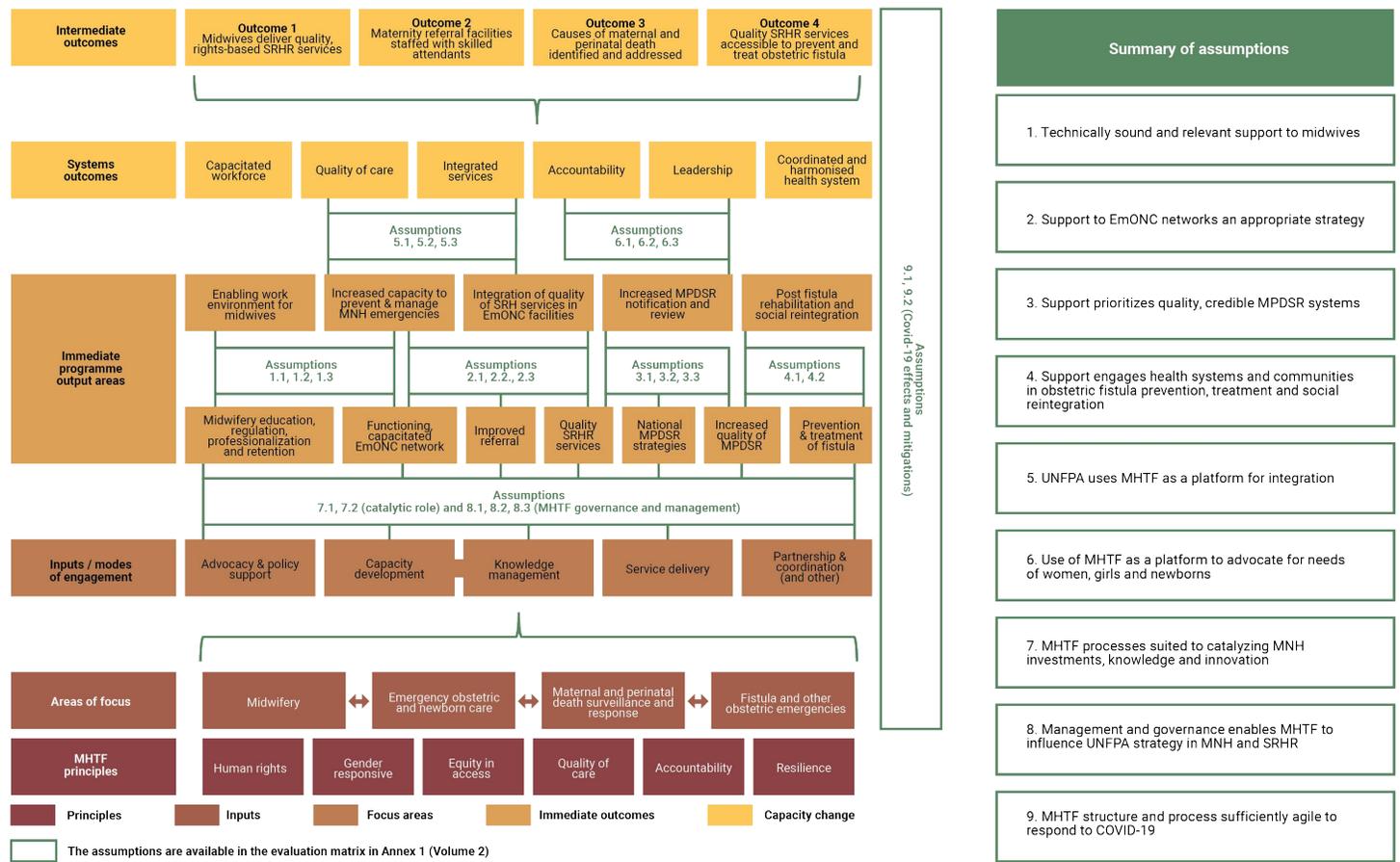
Rangs dans la théorie du changement (en partant du bas)	Signification
Foundation <i>Fondation</i>	Le cadre institutionnel, l'éventail des lois et les politiques publiques qui sont à la base de l'approche de chaque pays en matière de gouvernance, de santé et de bien-être.
Political will <i>Volonté politique</i>	L'hypothèse que les pays investis dans la SDSR et la santé maternelle ont la volonté de s'engager à tous les niveaux politiques pour améliorer les résultats.
Health systems <i>Systèmes de santé</i>	Une reconnaissance du système de santé en place dans tous les pays aux niveaux national et infranational. Le MHTF s'engage dans certains éléments constitutifs des systèmes de santé, mais ses efforts se concentrent en grande partie sur ceux qui sont déjà en place.
Context <i>Le contexte</i>	Le contexte spécifique que partagent les pays partenaires du MHTF.
MHTF principles <i>Principes du MHTF</i>	Les principes qui façonnent l'approche adoptée par le MHTF dans le développement et la mise en œuvre de ses activités et de son soutien.
Areas of focus <i>Domaines d'engagement</i>	Les quatre domaines d'engagement majeurs et interdépendants autour desquels le MHTF concentre son travail.
Inputs/ modes of engagement <i>Intrants/Modes d'engagement</i>	Les cinq modes d'engagement qui désignent les principaux véhicules pour les types de soutien et les intrants spécifiques fournis par le MHTF.
Immediate programme output areas <i>Domaines de résultats immédiats du programme</i>	Ce sont les résultats directs attendus des intrants du MHTF ; ils constituent une chaîne d'effets à mettre en évidence et à évaluer.
Systems outcomes <i>Résultats au niveau des systèmes</i>	Les résultats plus larges attendus des « outputs » du programme et que le MHTF cherchera à façonner et à atteindre.

Intermediate outcomes <i>Résultats intermédiaires</i>	Les résultats liés aux quatre domaines d'intérêt identifiés dans le plan de travail du MHTF.
Longer-term outcomes <i>Résultats à plus long terme</i>	Les résultats stratégiques auxquels le MHTF contribue.
Over-arching outcomes <i>Résultats globaux</i>	Les résultats à long terme identifiés dans le modèle de changement du plan de travail du MHTF.
Goal <i>But</i>	Objectifs organisationnels de l'UNFPA énoncés dans le Plan stratégique de l'UNFPA 2018-2021.

Graphique 2 : La théorie du changement globale du MHTF, en soutien à la santé maternelle et néonatale



Graphique 3 : La théorie du changement du MHTF et les hypothèses d'évaluation



Note: Les hypothèses sont présentées dans les bulles bleues, sur le diagramme et en colonne à gauche ("assumptions").

1.5 Déroulé de la collecte des données au Bénin

1.5.1 Activités de collecte des données

La mission de collecte des données a été conduite par une équipe composée d'un consultant national et une consultante internationale, entre le 24 mai et le 5 juin 2021. Elle a été précédée par une revue de la documentation fournie par le bureau pays de l'UNFPA.

L'équipe d'évaluation a mené des entretiens avec un large éventail de parties prenantes, investis dans les activités du MHTF et dans la SMN en général (32 entretiens au total), y compris :

- Le staff UNFPA du bureau pays, y compris la Représentante, la Représentante Assistante, le team lead santé maternelle, le point-focal MHTF, le chargé du suivi évaluation et le team-lead du volet innovation
- Des responsables politiques et techniques du Ministère de la Santé au niveau national (y compris au sein de l'Agence Nationale de Soins de Santé primaire, direction de la protection mère-enfant, direction des soins infirmiers et obstétricaux, ressources humaines)
- Des responsables du Ministère de la santé au niveau départemental
- Des directeurs de centres de santé et des sages-femmes
- Des responsables des Ecoles de sages-femmes
- Des représentants d'ONGs travaillant sur la SMN et SSR
- Des représentants des associations de sages-femmes
- Des partenaires techniques et financiers engagés dans la SMN et SSR.

L'équipe d'évaluation a aussi conduit des visites dans des centres de santé répartis dans trois zones de santé différentes : Littoral/Cotonou (CHU MEL, maternité Missessin) ; Atlantique (maternité Tangbo Djevie) ; Borgou (Maternité de Tourou).

Durant ces visites de sites, l'équipe a conduit des entretiens avec les autorités sanitaires départementales, des représentants d'écoles de sages-femmes et des groupes de discussion avec des usagères de services et des élèves sages-femmes (cinq groupes de discussion au total) (voir Annexe 2 pour la liste détaillée).

Les sites ont été choisis afin de :

- Visiter des centres de santé qui bénéficient des investissements de l'UNFPA à travers les ressources du MHTF, sur un ou plusieurs domaines d'intervention (sages-femmes, SONU, SDMR et fistules)
- Couvrir à la fois les zones rurales et urbaines ainsi que plusieurs zones sanitaires

Sur la carte des régions administratives du Bénin (ci-dessous), indique les sites visités par l'équipe d'évaluation.

Graphique 4 : Régions administratives du Bénin



1.5.2 Limites de la collecte des données

La collecte des données s'est tenue durant la pandémie de COVID-19. Malgré tout, la consultante internationale a pu se rendre dans le pays et conduire des entretiens et groupes de discussion face-à-face, en collaboration avec le consultant national. Cependant, les restrictions imposées par le système des Nations-Unies ont empêché les rencontres avec le personnel des Nations Unies avec qui les entretiens se sont déroulés en mode virtuel. Ceci a restreint la profondeur des échanges. Pour pallier cette difficulté, certains membres du personnel UNFPA ont été interviewés plusieurs fois.

L'échantillon des visites de terrain s'est limité à trois zones sanitaires qui ne représentent pas les zones les plus reculées du pays, inaccessibles par manque de temps et de moyens logistiques, les déplacements étant rendus plus compliqués en raison de la pandémie de COVID-19.

Enfin, certaines parties prenantes n'ont pu être rencontrées pendant la mission de terrain, mais l'ont été après, en présentiel par le consultant national ou en mode virtuel par la consultante internationale.

En dépit de ces difficultés, l'équipe d'évaluation considère que les données collectées sont valides et ont constitué une base solide pour une analyse rigoureuse du MHTF au Bénin. Les résultats sont présentés dans le Chapitre 3. Les données et informations collectées sont présentées dans la matrice d'évaluation en Annexe 1.

2 CONTEXTE NATIONAL DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE ET REPONSE PROGRAMMATIQUE

2.1 Contexte socio-économique et sanitaire du Bénin

La population du Bénin est estimée à 12.5 millions de personnes en 2019, avec un taux de croissance de 3,5%. Elle se compose à 51,2 pour cent de femmes, dont 46,5 pour cent sont en âge de procréer. Deux Béninois(es) sur trois a moins de 25 ans (66 pour cent). Environ 44.6 pour cent de la population vit en milieu urbain et 55.4 pour cent vivent en milieu rural.

Les différents gouvernements de la République du Bénin ont accordé une place privilégiée à la santé de la population dans leur politique de développement : le Droit à la Santé est mentionné dans la Constitution de 1990 et le dernier Programme d'Action du Gouvernement (PAG 2016-2021) ambitionne de « Relancer de manière durable le développement économique et social du Bénin », et ambitionne de contribuer sensiblement à la modification de la structure de l'âge de la population afin de faciliter la réalisation du dividende démographique, qui est une priorité nationale.

L'engagement du Ministère de la santé en matière de santé maternelle et néonatale se lit aussi dans différentes stratégies adoptées pour améliorer le système de santé. Il s'agit, par exemple, de la fourniture d'un paquet d'interventions à haut impact destiné aux enfants et aux femmes, ou d'un meilleur approvisionnement en intrants de base en vue d'améliorer la disponibilité des produits et médicaments essentiels (l'indice de la capacité opérationnelle a ainsi progressé de 59 pour cent en 2013 à 65 pour cent en 2015, un progrès qui concerne particulièrement la Santé Maternelle Néonatale et Infantile). Près de 78 pour cent des formations sanitaires du Bénin sont aujourd'hui en mesure d'offrir des soins maternels, néonataux et infantiles de base et 98 pour cent d'entre elles offrent de manière constante les services de vaccination, de prévention et la prise en charge des maladies les plus fréquentes.¹ Ces avancées sont complétées par des programmes de gratuité de la césarienne, des interventions des soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU), de la planification familiale, des audits de décès maternels et néonataux, ainsi que de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME).

Cependant, les ressources humaines qualifiées pour la santé maternelle et néonatale sont insuffisantes et le ratio de sages-femmes pour 10 000 habitants a régressé, passant de 1,6 sages-femmes pour 10 000 habitants en 2006 à 1.3 en 2016).

L'indice de développement humain (IDH) du Bénin pour 2019 s'établissait à 0.545, ce qui place le pays à la 158ème position sur 189 pays. Entre 1990 et 2019, l'IDH a progressé de 0,364 à 0,545, soit une hausse de 49,7 pour cent, le Benin gagnant ainsi cinq places dans le classement mondial. Les progrès enregistrés concernent, en particulier, les domaines de la santé et des revenus. Sur la même période, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 8 années, la durée moyenne de scolarisation a augmenté de 2,2 années et la durée attendue de scolarisation a augmenté de 7,3 années.²

Sur le plan économique, le taux de croissance était de cinq pour cent en moyenne entre 2014 et 2019 et le GNI per capita est en augmentation depuis 2000 (de 480 en 2000 à 1250 en 2019). La croissance est soutenue notamment par l'accroissement de la production agricole, la consolidation de l'activité

¹ <https://www.unicef.org/benin/recits/sant%C3%A9-de-lenfant>

² <https://www.bj.undp.org/content/benin/fr/home/presscenter/pressreleases/lancement-du-rapport-sur-le-developpement-humain-2020-au-benin.html>

des industries manufacturières et la bonne tenue de l'activité des bâtiments et travaux publics. Cependant, le taux de pauvreté reste élevé, s'élevant à 46,3 pour cent de la population en 2019.

Le Bénin a souscrit à la quasi-totalité des engagements internationaux et régionaux relatifs aux droits humains et, plus spécifiquement, à ceux liés à la promotion et à la protection des droits des femmes et des filles. Cependant, comme le relève le Rapport National d'Évaluation de la Mise en Œuvre du Programme d'Action de Beijing (Beijing +20), « l'application de l'arsenal juridique en faveur des droits des femmes reste confrontée aux facteurs socioculturels qui la défient dans le mariage, l'accès à l'éducation, à l'emploi, à la propriété, au crédit, aux soins de santé (y compris la santé de la reproduction), à la participation au processus décisionnel au foyer ». ³ Les mariages d'enfants et les mutilations génitales féminines persistent. Une jeune fille sur quatre est mariée avant l'âge de 18 ans au Bénin, ⁴ l'incidence de la circoncision féminine, à 9,2 pour cent, varie en fonction de la région. De plus, près de trois femmes de 15-49 ans sur dix (27 pour cent) ont subi des actes de violence physique depuis l'âge de 15 ans. L'acceptabilité sociale de la violence est ancrée dans la société : Une femme sur trois de 15-49 ans (32 pour cent) pensent qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme pour au moins une des raisons suivantes : brûle la nourriture, argumente avec lui, sort sans le lui dire, néglige les enfants et refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui. Chez les hommes de 15-49, 16 pour cent pensent que la violence physique est acceptable. ⁵

2.2 Les déterminants socio-économiques de la santé

Des disparités importantes existent au sein du pays. La répartition des ressources financières et humaines entre les régions est inadéquate et se traduit par une grande variation des indicateurs sanitaires.

Les disparités de genre sont également fortes au Bénin. Le pays occupe la 148ème rang dans l'indice des inégalités de genre (sur 189 pays), le taux de représentation des femmes dans la sphère politique faible et les femmes occupant 7.2 pour cent des sièges parlementaires en 2019. ⁶ Ce taux a très peu augmenté durant ces dix dernières années.

Le pouvoir d'action des femmes dans le domaine social et économique reste limité. Le milieu rural, qui occupe plus de 80 pour cent de la population active béninoise et où les conditions de vie restent difficiles, voit la survivance d'importantes inégalités, notamment en matière de propriété foncière : le pourcentage d'hommes déclarant ne pas posséder de maison est plus faible que celui des femmes (66 pour cent contre 85 pour cent). De même, il est plus fréquent que les hommes possèdent des terres que les femmes (27 pour cent contre 6 pour cent). ⁷ Le pourcentage d'hommes qui utilisent un compte dans une banque ou dans une institution financière est deux fois plus élevé que chez les femmes (14 pour cent contre 6 pour cent). Par ailleurs, 80 pour cent des hommes contre 51 pour cent des femmes possèdent un téléphone portable.

Même s'il y a eu des progrès à tous les niveaux dans l'accès à l'éducation au Bénin et que les ratios filles/garçons se sont progressivement améliorés sur les 10 dernières années, les hommes en bénéficient davantage, surtout au niveau de l'enseignement primaire. Dans les cycles secondaire et supérieurs, les écarts sont toujours très importants entre les filles et les garçons (plus de 20 points),

³ Rapport pays sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la plateforme d'Action de Beijing+20, page 19, https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/13010Benin_review_fr_Beijing20.pdf

⁴ <https://www.unfpa.org/data/demographic-dividend/BJ>

⁵ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018. Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA : INSAE et ICF.

⁶ http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_fr.pdf

⁷ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018. Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA : INSAE et ICF.

et la durée moyenne de la scolarité des filles est deux fois moindre que celles des garçons (2.4 et 5.5 ans respectivement).⁸

Enfin, environ cinq femmes sur dix (46 pour cent) sont impliquées dans la prise de décision concernant leurs propres soins de santé et dans 12 pour cent des cas, elles décident seules.⁹

2.3 Aperçu du système de santé au Bénin

Le système sanitaire du Bénin est calqué sur le découpage administratif suivant une structure pyramidale à trois niveaux : central ou national, intermédiaire ou départemental et, enfin, périphérique. A côté de cela, un important secteur privé est largement soutenu par des ONG, pour la plupart confessionnelles (catholiques ou protestantes). Le système souffre d'un manque massif de matériel hospitalier à tous les niveaux : autoclaves, instruments chirurgicaux, anesthésie appareils, lampes opératoires, laryngoscopes, équipements de rééducation, balances et de matériel médical moderne matériel d'imagerie. Cette pénurie crée de nombreux problèmes en matière de diagnostic et d'efficacité des traitements. Les mauvaises conditions de travail dans les hôpitaux engendrent aussi un exode massif des médecins spécialisés hors du pays.¹⁰

Le niveau périphérique - ou opérationnel - est constitué par 34 zones sanitaires, constituées d'une ou plusieurs communes et est organisée sous la forme d'un réseau de centres de santé publics et privés de premier contact (aire de santé, arrondissement et commune) autour d'un hôpital de référence public ou privé dénommé Hôpital de Zone.¹¹

En matière de santé maternelle et néonatale, le Bénin dispose de deux hôpitaux nationaux, six centres hospitaliers départementaux, 28 hôpitaux de zones de Santé, 12 autres hôpitaux, 76 maternités de commune et plus de 825 maternités d'arrondissement. Les 48 hôpitaux et les 76 maternités de commune entrent dans le cadre du réseau national SONU.

Les cinq dernières années (depuis 2016) ont été marquées par d'importantes réformes dans le secteur de la santé grâce à la détermination des autorités politico-administratives et celle des partenaires techniques et financiers, y compris pour améliorer la gouvernance, pallier la pénurie de ressources humaines ou mettre en place un système de couverture universelle.

2.4 Aperçu de la santé maternelle et néonatale au Bénin

2.4.1 Données et tendances

Si des progrès remarquables ont été enregistrés en matière de couverture sanitaire, passée de 88 pour cent en 2010 à 91,6 pour cent en 2015 (un des meilleurs taux en Afrique de l'Ouest) et d'accès à l'eau potable (dont la couverture atteint désormais 85 pour cent en milieu urbain et 72 pour cent en milieu rural), la situation sanitaire des enfants du Bénin et la mortalité maternelle demeurent préoccupantes.

Chaque jour, quatre femmes et 30 nouveau-nés meurent dans le pays et les indicateurs de santé maternelle et néonatale stagnent¹². Le ratio de mortalité maternelle reste très élevé, à 397 pour 100 000 naissances vivantes en 2017. Ainsi le Bénin n'a-t-il pas atteint la cible de l'objectif du millénaire pour le développement 5A qui visait à réduire de 75 pour cent le taux de mortalité maternelle pour

⁸ http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_fr.pdf

⁹ Ibid

¹⁰ Système de Santé au Bénin : Problèmes et défis. 2013

¹¹ Ministère de la Santé, Plan Opérationnel de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Bénin, 2018-2022, Mars 2018

¹² Les indicateurs cités dans cette section sont extraits de la fiche de données présentées en Annexe 2 ; dans le cas contraire, la référence est indiquée en note de bas de page

l'année 2015. Les progrès ont été insuffisant avec une réduction de seulement 29,7 pour cent, passant de 576 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 405 en 2015. Le nombre absolu de décès maternels n'a pas changé entre 1996 et 2014, soit environ 1500 décès chaque année.¹³

Les indicateurs de mortalité néonatale stagnent également depuis 10 ans et le Bénin demeure dans le groupe des pays de l'Afrique de l'Ouest où la mortalité infantile et néonatale baisse le plus lentement. La mortalité infantile était de 90 sur 1000 naissances en 2019, contre 139 en 2000. La mortalité néonatale était de 31 pour 1000 naissances en 2019, contre 40 en 2000. Trente-cinq pour cent des décès des enfants de moins de cinq ans se produisent dans la période néonatale.¹⁴

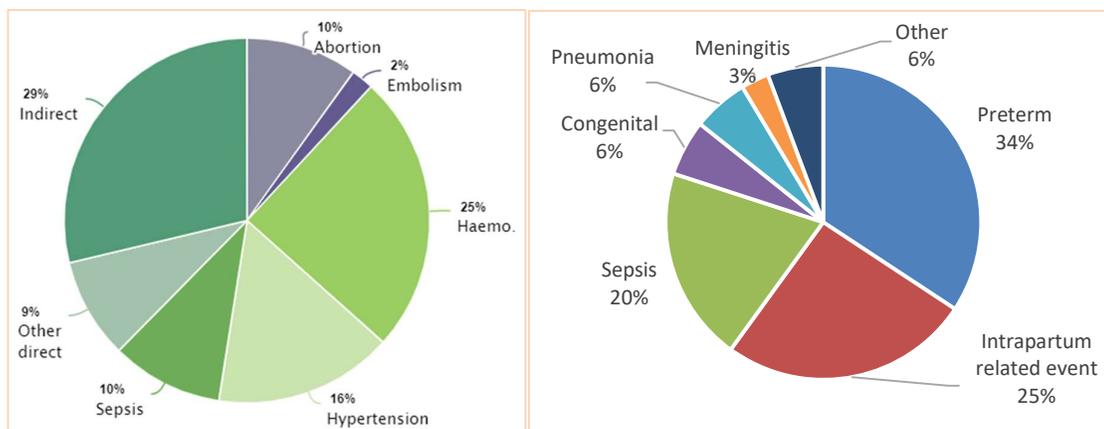
La fertilité au Bénin reste élevée, avec un indice synthétique de fécondité de 5.7 enfants par femme et une prévalence contraceptive moderne de 14 pour cent parmi les femmes entre 15 et 49 ans (en union ou pas). Une femme sur quatre entre 15 et 49 ans a des besoins non-satisfaits en planning familial (25 pour cent) ; ce chiffre tombe à presque une sur trois, pour les femmes mariées (31 pour cent).¹⁵

En 2019, plus de quatre naissances sur cinq (84 pour cent) ont eu lieu dans un établissement de santé (avec cependant des variations significatives selon les régions) et 15 pour cent à la maison. En outre, 78 pour cent des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel qualifié.

Plus de six femmes de 15-49 ans sur dix (62 pour cent) ont reçu des soins postnatals administrés par du personnel qualifié dans les deux jours qui ont suivi la naissance ; 35 pour cent n'ont reçu aucun soin postnatal au cours des deux jours après l'accouchement.

Les principales causes de mortalité maternelle (voir Graphique 5) sont des causes directes (principalement l'hémorragie (25 pour cent) et l'hypertension (16 pour cent)). Les causes indirectes représentent 29 pour cent des causes. Parmi les nouveau-nés, les complications liées aux naissances avant terme représentent 34 pour cent des causes de mortalité néonatale, alors que les événements intra partum représentent 26 pour cent, suivis par les décès liés à la septicémie (20 pour cent).

Graphique 5 : Causes de mortalité maternelle et néonatale au Bénin (2014)



Causes de mortalité maternelle

Source: <https://profiles.countdown2030.org/#/ds/BEN>

Causes de mortalité néonatale

Source: <https://profiles.countdown2030.org/#/ds/BEN>

¹³ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204113/WHO_RHR_15.23_fre.pdf?sequence=1

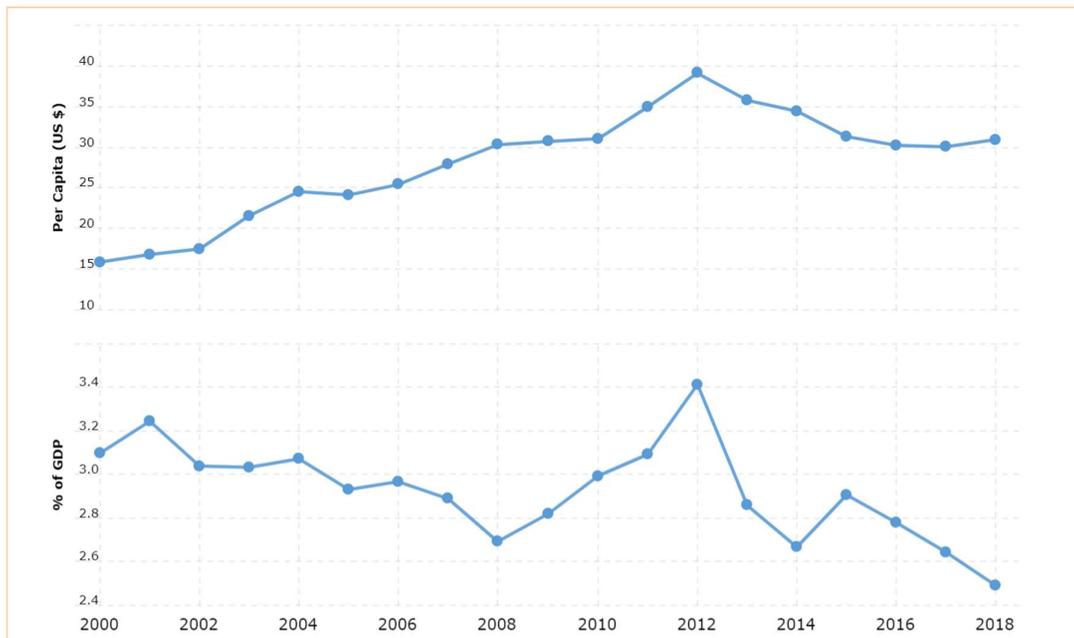
¹⁴ <https://profiles.countdown2030.org/#/ds/BEN>

¹⁵ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018. Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA : INSAE et ICF.

2.4.2 Le financement de la santé maternelle et néonatale au Bénin

Les dépenses de santé du gouvernement s'élèvent à 2.49 pour cent du produit intérieur brut (voir Graphique 6) et chutent régulièrement depuis 2015. Les dépenses per capita sont parmi les plus faibles de la région et plafonnent au même niveau qu'en 2010 et 44.55 pour cent des dépenses de santé incombent aux ménages.

Graphique 6 : Dépenses du gouvernement sur la santé au Bénin



Source: Basé sur les analyses de la Banque Mondiale <https://www.macrotrends.net/countries/BEN/benin/healthcare-spending>

2.5 Les priorités du programme de santé maternelle et infantile de l'UNFPA au Bénin

2.5.1 Orientation stratégique et approche du programme

L'objectif principal du programme de l'UNFPA pour 2019-2023 est de "contribuer sensiblement à la réduction des besoins non satisfaits en termes de planification familiale en vue de faire évoluer le profil démographique de la population" au Bénin. Il s'inscrit dans la priorité nationale de réalisation du dividende démographique. Le programme se caractérise donc par un fort accent mis sur la santé sexuelle et reproductive, lequel, en 2018, absorbait plus de la moitié du budget total. En 2020, le budget de l'UNFPA était de 4.7 millions, et l'organisation en était le principal agent d'exécution (pour environ 50 pour cent du budget), suivi par des ONG et le gouvernement (environ 25 pour cent chacun).

2.5.2 Budget et dépenses de l'UNFPA au Bénin

Le budget du bureau pays UNFPA a légèrement augmenté entre 2018 et 2019 (7.8 pour cent), avant de diminuer entre 2019 et 2020 (de 9.5 pour cent). Ces changements sont attribuables aux variations des fonds alloués aux programmes adolescents et jeunes (qui ont largement augmenté en 2019 avant de retomber à un niveau plus bas en 2020 qu'en 2018).

Les budgets alloués à la SSR ont, quant à eux, augmenté régulièrement (de 36 pour cent entre 2018 et 2020). Ils représentent, en moyenne, 55.8 pour cent du budget total (en 2018 et 2019) et presque 70 pour cent du budget 2020. La deuxième enveloppe budgétaire concerne les jeunes et les adolescents

(30 pour cent en moyenne). Quant aux programmes genre et population, ils représentant moins de 10 pour cent du budget total.

Durant la période analysée, les fonds propres (alloués par le siège) restent constants, en volume et en pourcentage (autour de 30 pour cent).

Tableau 3 : Distribution des dépenses de l'UNFPA par programmes et suivant les sources de financement (fonds propres et autres)¹⁶

Programmes prioritaires au Bénin	USD 2018	%	USD 2019	%	USD 2020	%	Total USD 2018-2020	%
Services SDRS Intégrés	2 476 606,88	50,4	2 529 486,64	47,7	3 374 871,32	68,4	8 380 964,84	55,8
Adolescents et Jeunes	1 375 061,06	28,0	2 105 244,06	39,7	1 044 948,71	21,2	4 525 253,83	30,2
Genre	603 048,93	12,3	226 562,88	4,3	128 241,46	2,6	957 853,27	6,4
Dynamiques de population	457 057,29	9,3	438 342,37	8,3	247 680,60	15,9	1 143 080,26	7,6
Total	4 911 774,16		5 299 635,95		4 795 742,09		15 007 152,20	
Part des fonds propres	1 559 379	34	1 581 116,00	29,8	1 556 418,00	32,5	4 696 913,00	31,3

Les dépenses totales de l'UNFPA sont basées sur une variété de ressources, y compris du programme UNFPA Supplies 2013-2020 et de donateurs bilatéraux (Pays-Bas, sur un programme SSRAJ principalement).

Comme indiqué dans le Tableau 4, MHTF ne représente que 5.9 pour cent en moyenne du budget total du bureau pays.

Tableau 4 : Dépenses totales de UNFPA et dépenses MHTF par année 2018-2020, USD¹⁷

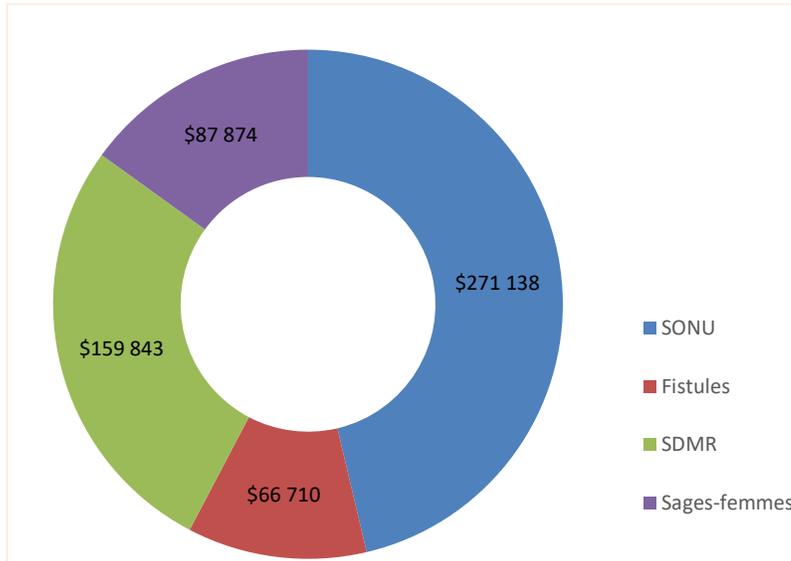
Année	Dépenses totale UNFPA USD	MHTF FONDS USD (%)
2018	4 911 774,16	282 128,66 (5.74%)
2019	5 299 635,95	283 980,77 (5.36%)
2020	4 795 742,09	319 804,75 (6.67%)
Total	15 007 152,20	885 914,18 (5.9%)

La Graphique 7 illustre la ventilation des ressources MHTF entre les quatre domaines d'activités du MHTF au Bénin. On observe que les interventions en SONU absorbent plus de la moitié du budget entre 2018 et 2020, suivi par la SDMR.

¹⁶ Sources: UNFPA Transparency Portal, <https://www.unfpa.org/data/transparency-portal/unfpa-benin>

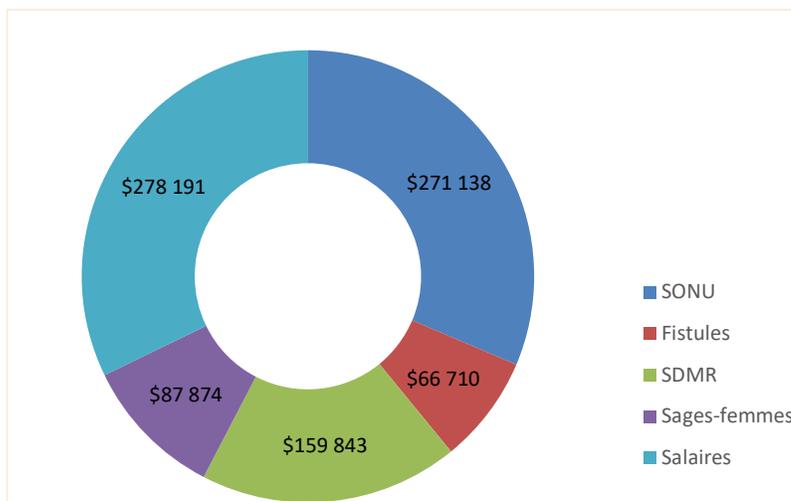
¹⁷ Sources: Dépenses totales UNFPA : Transparency portal ; Fonds MHTF : Données communiquées par le bureau pays

Graphique 7 : Dépenses totales du MHTF réparties entre les quatre domaines techniques du MHTF (2018-2020)



Cependant, lorsqu'on analyse la ventilation du budget total du MHTF (Graphique 8), on peut observer que la plus grosse enveloppe budgétaire est allouée aux salaires. En 2018 et 2019, ceci correspond à deux postes de personnel UNFPA travaillant essentiellement sur les volets fistules et sages-femmes (sage-femme conseillère pays, qui est un staff national responsable du planning familial, HIV et sages-femmes, MHTF Focal point) et expert fistules obstétricales. En 2020 l'enveloppe recouvre trois postes (staff national mentionne plus haut, sage-femme VNU et consultant), travaillant essentiellement sur le volet sage-femmes.

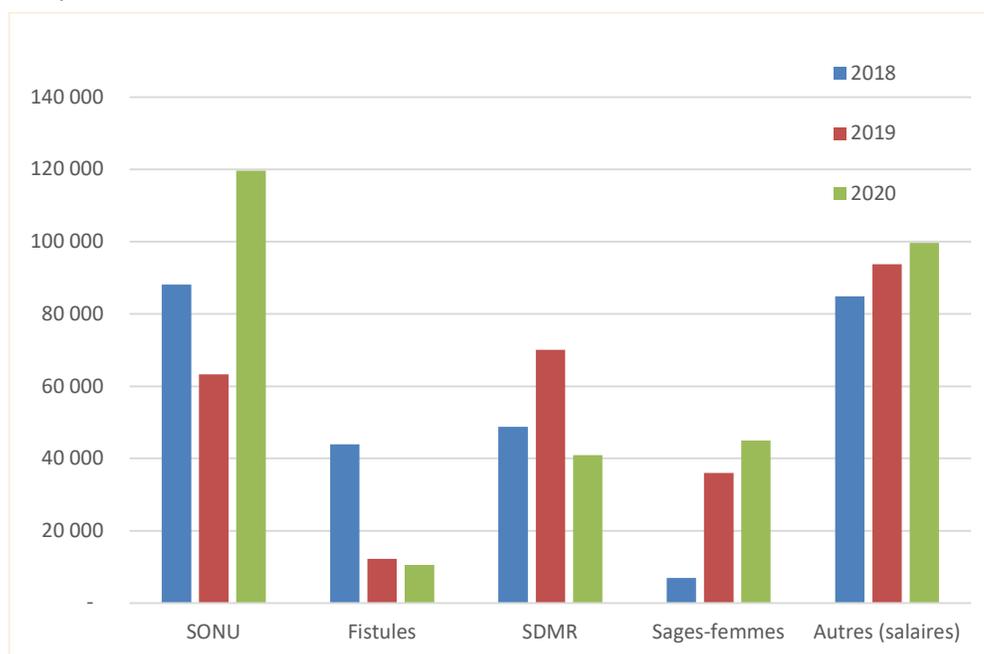
Graphique 8 : Dépenses totales (salaires inclus) du MHTF réparties entre les quatre domaines techniques du MHTF (2018-2020)



Les variations budgétaires au cours des trois années révèlent une réduction significative du budget fistules (expliqué dans la Section 3 ci-dessous), une augmentation régulière des dépenses liées aux sages-femmes (auxquelles il conviendrait d'ajouter les salaires du staff qui consacre la majorité de

son temps à cette thématique). En 2020, l'augmentation des dépenses dans le domaine SONU s'explique par une nouvelle ventilation du budget pour prévenir et répondre à l'épidémie du COVID-19 (innovations PPE, dotation de matériel de protection – voir Section 3 pour plus de détails). Le développement du réseau SONU qui s'est poursuivi en 2020 peut aussi expliquer cette augmentation.

Graphique 9 : Dépenses totales du MHTF réparties entre les quatre domaines techniques du MHTF de 2018 à 2020)



2.5.3 Partenaires-clés pour la coordination et mise en œuvre du MHTF

Tableau 5 : Partenaires clés en santé maternelle et néonatale

Partenaires techniques et financiers	Rôles principaux dans la SMN	Domaines d'engagement avec UNFPA
World Bank	Projet SWEDD (Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend) – finance	A financé l'estimation du coût des SONUs et ateliers de concertation UNFPA apporte un soutien technique au projet SWEDD
Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CEHRRUD)	ONG de recherche en santé publique	Met en place les activités relatives à la SDMR
Agence Nationale de Santé Publique (ANSSP)	Agence du Ministère de la Santé en charge de la santé maternelle et néonatale	Met en place, avec UNFPA, les activités SONU (développement du réseau et monitoring) et SDMR
OMS	Guidance normative	Participe au Comité National de SDMR et aux réunions techniques SONU
UNICEF	Support	Participe au Comité National de SDMR

3 RESULTATS DE L'ETUDE DE CAS

3.1 Secteur des sages-femmes

UNFPA est le partenaire de choix du Ministère de la santé dans la définition des politiques et du cadre réglementaire concernant les sages-femmes. UNFPA, par le biais du MHTF, a soutenu et accompagné les réformes visant à formaliser l'enseignement, avec la mise en place d'une formation intégrée dans le système universitaire, axée sur les compétences, dès 2010. Depuis, le MHTF accompagne la création d'outils pédagogiques adaptés au contexte, l'alignement avec les recommandations ICM/OMS pour la formation initiale et pour une supervision capacitante. Les activités conduites révèlent la grande agilité du MHTF pour identifier et répondre aux défis sur la qualité d'enseignement dans les écoles de sages-femmes. Un soutien technique de qualité a été apporté au renforcement du volet pratique de l'enseignement et au mentorat comme méthode de formation continue. Si l'action du MHTF a largement contribué à l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes, certains défis plus larges persistent. Il s'agit, notamment, du conflit latent entre les groupes de sages-femmes, de l'insuffisance de ressources humaines et des conditions matérielles de travail. Ces problèmes structurels affectent l'efficacité des actions du MHTF, ainsi que la motivation et les capacités des sage femmes et des étudiantes en particulier. Il semblerait que UNFPA n'utilise pas suffisamment sa position d'interlocuteur privilégié du gouvernement et des associations de sages-femmes pour faire du plaidoyer afin que ces défis soient pris en charge et que l'efficacité et la pérennité des actions du MHTF soient améliorées.

Pour de plus amples détails sur les données factuelles qui sous-tendent les résultats présentés dans cette section, voir Annex 1 : Hypothèses 1.1, 1.2 et 1.3.

Le MHTF est le principal partenaire du Ministère de la santé dans la définition des politiques et du cadre réglementaire concernant les sages-femmes

UNFPA accompagne le Ministère de la santé sur le plan stratégique et politique au Bénin, par exemple en appuyant le développement et l'évaluation des stratégies et documents opérationnels (tels que le Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2018-2022). Ainsi, UNFPA, dès 2010, a accompagné la réforme Licence Master Doctorat (LMD) qui a mis en place une formation de sages-femmes intégrée dans le système universitaire. Celle-ci est axée sur l'acquisition de compétences et est basée sur des curricula cadrant avec le modèle régional de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé. Le MHTF soutient le Ministère de la Santé et les deux écoles de sages-femmes du pays dans la mise en œuvre de ces réformes.

Le MHTF a accompagné la création d'outils pédagogiques pertinents pour la formation initiale et pour une supervision capacitante.

Le MHTF soutient les deux écoles de sages-femmes qui existent au Bénin : l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS) à Cotonou et l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO) à Parakou (créée il y a six ans avec le soutien de UNFPA). L'INMeS est a été accréditée pour le niveau Licence en février 2020 et l'IFSIO est en cours d'accréditation.

Ce soutien s'est matérialisé par : l'appui au renforcement des capacités managériales de l'école de Parakou, une évaluation du programme de formation initiale des sages-femmes (2020) ; la dotation en matériels et équipements et d'outils innovants pour renforcer la mise en situation à l'École ; ainsi que par la protection des enseignants et apprenantes contre l'épidémie de COVID-19 (2020).

Un des volets principaux du soutien du MHTF se focalise sur le **renforcement du volet pratique de l'enseignement**, particulièrement par le développement et la mise en œuvre, en 2019, du carnet de stage et de critères d'accréditation des sites de stage (à travers une approche participative, sur la

base d'un atelier organisé par Le Ministère de la Santé). Le MHTF appuie aussi directement la supervision de 24 sites de stage clinique, a organisé des formations afin d'améliorer l'encadrement par les sages-femmes et a développé un outil cartographique des sites de stage en 2019.

Le MHTF a aussi permis la mise en place d'**une stratégie de formation continue, à travers le mentorat clinique**, dont la mise en œuvre a commencé en 2020. Un atelier régional organisé à Nouakchott en 2019 avec l'appui technique du Bureau Régional (WCARO) et l'appui financier du projet de la Banque Mondiale Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend (SWEDD) a permis de valider les outils de mentorat. Le MHTF organise aussi des stages de formation continue en SONU, SSARJ (Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes) depuis 2019.

Ainsi, le MHTF a-t-il permis le développement d'outils innovants de formation, dont la création a été guidée par une identification participative des problèmes (par exemple à travers l'atelier de cocréation appuyé par l'UNFPA en novembre 2019, regroupant des sages-femmes). Cela comprend des outils d'enseignement à distance, ainsi que des outils utilisant la réalité virtuelle, mis à disposition de l'École de sages-femmes de Parakou en 2020.

Les spécificités reconnues du MHTF sont, non seulement, **de définir les standards de qualité, qui permettent une synergie dans les appuis, mais aussi de proposer un soutien sur le long-terme**. Ce type de partenariat tranche avec « l'approche projet » et est très apprécié par les acteurs gouvernementaux, étant donné la magnitude et l'intrication des problèmes. A la suite d'une évaluation de la qualité des études de sages-femmes (2019-20), qui avait pointé le manque de référence à l'ICM (International Confederation of Midwives) dans les curricula, une mission a été conduite en 2020 pour la mise aux normes et l'alignement avec les référentiels de l'OMS/ICM et des recommandations pour améliorer la qualité ont été formulées. L'agilité du programme se matérialise aussi par le soutien technique de l'équipe permanente de l'école de Parakou, grâce à la présence continue d'une consultante. Ceci permet d'identifier les problèmes en temps réels et de proposer des solutions, en général mises en œuvre l'année suivante.

D'autres partenaires techniques et financiers sont impliqués dans la formation des sages-femmes et apportent un appui complémentaire, qui s'inscrit dans le sillage normatif et qualitatif créé par les interventions du MHTF. Il s'agit, en particulier, d'Enabel (Coopération Belge), et son partenaire Association pour l'éducation et la formation en Santé (APEFE), qui soutient les deux écoles de sages-femmes (en matériel pédagogique et infrastructure), finance un Master pour les sages-femmes et la formation d'élèves en doctorat à l'étranger notamment. La Banque Mondiale (à travers le programme SWEDD) ainsi que l'Ambassade des Pays Bas octroient aussi des bourses à des étudiantes sages-femmes.

Créer un environnement capacitant pour les sages femmes, y compris les élèves, afin de maintenir leur motivation et leur conscience professionnelle reste un défi

Les conditions d'apprentissage affectent la qualité du travail et limitent l'efficacité des interventions du MHTF. Des outils pour structurer l'enseignement pratique et en améliorer la qualité ont été mis en place, leur utilisation a commencé, mais leur application reste insuffisante et certains problèmes persistent.

Il existe un conflit latent généré par la coexistence de plusieurs catégories de sages-femmes. « Les anciennes » qui sont entrées à l'école avec le Brevet d'Etudes Du Premier Cycle, et, d'autre part, « les jeunes » qui sont le produit de la réforme LMD. Ces dernières, entrent à l'école avec un baccalauréat (obtenu avant 18 ans, la plupart du temps) et ressortent avec un niveau de Licence. Cette difficile relation entre les anciennes et les licenciées a été maintes fois relaté durant les entretiens, les anciennes étant « frustrées » de se retrouver hiérarchiquement en dessous des jeunes, malgré leur plus longue expérience de travail.

Sur le terrain, les propos recueillis auprès de multiples acteurs (donateurs, représentants du Ministère de la santé à tous les niveaux, partenaires techniques et financiers) révèlent qu'en plus de l'environnement de travail difficile (décrit dans la section suivante), la relation problématique entre ces deux profils de sages-femmes influence négativement la motivation et l'attitude des sages-femmes envers les patientes et les élèves stagiaires. Le gouvernement a mis en place le programme « Passerelle », destiné à la mise à niveau des professionnelles diplômées avant la réforme LMD en 2012. Cependant, celui-ci rencontre « une lenteur administrative qui compromet sa mise en application malgré le soutien financier de l'APEFE ». En l'absence d'actions de UNFPA visant à améliorer la situation relationnelle entre sage-femmes (par exemple sous la forme de plaidoyer pour garantir l'application du programme Passerelle), il n'est pas garanti que les efforts du MHTF en matière de qualité de la formation et appui aux stages puissent porter leurs fruits.

Plusieurs témoignages d'élèves sages-femmes ont été recueillis et ils sont intéressants à plusieurs titres. Ils révèlent les défis à relever pour améliorer la pratique de stages ainsi que les manifestations concrètes du « conflit » entre les différents groupes de sages-femmes, mentionnés par d'autres répondants. Mais ils offrent aussi une vitrine sur les conditions de travail des sages-femmes en général, et ils soulignent l'intrication des problèmes, l'urgence de régler le conflit latent entre les différents groupes de sages-femmes, la nécessité de créer des conditions de travail capacitantes par un renforcement en matériel des maternités, et enfin la nécessité d'augmenter le pool de sages-femmes afin de garantir un accès aux soins de qualité.

« J'ai toujours souhaité aider les autres. L'esprit du métier de la sage-femme m'a beaucoup intéressée parce que c'est comme un sacerdoce. A part la violence psychologique à l'école et parfois la méchanceté qu'on peut observer sur le terrain avec certains encadrateurs, moi je veux bien continuer dans ce métier. Mais on peut dire qu'il y a des circonstances atténuantes, par exemple la charge de travail, le manque de matériel et les drames que les sages-femmes vivent quand elles se sentent impuissantes face à certains cas. Ça peut expliquer. »

Certains témoignages révèlent aussi l'impact direct de l'attitude des sages-femmes sur l'accès aux soins et la perception des sages-femmes elles-mêmes par les communautés qu'elles servent (avec de possibles conséquences sur la mortalité maternelle).

« Alors que j'étais de garde, j'ai vu une femme arriver, qui allait clairement accoucher. Elle a demandé le nom de la sage-femme de garde, et quand on le lui a dit, elle est repartie avec son mari... Elle a peut-être accouché sur la route... A l'école, on nous parle de l'importance de l'accueil, mais les sages-femmes que l'on rencontre en stage ne donnent pas le modèle... »

Ainsi, malgré les actions menées, l'encadrement et la supervision des élèves restent insuffisants. Le **besoin d'accélérer le soutien aux institutions de formation** a été soulevé par des acteurs gouvernementaux, afin de garantir la qualité et la motivation des futures sages-femmes, et ce d'autant plus que les activités liées au mentorat et aux conditions de stage ont été ralenties par le COVID-19.

Le volet pédagogique, en particulier, mérite attention (« former ceux qui sont chargés de former »). Les mesures en place pour **structurer les stages** ne suffisent pas. Bien que le carnet de stage permette de mieux définir les résultats attendus par les élèves et le rôle de supervision des encadrantes, le processus de feedback fonctionne mal dans ce climat conflictuel où l'autocensure est de mise (par peur des sanctions). **Le mentorat** a amélioré les pratiques et est apprécié des sages-femmes. Cependant, la question des mesures incitatives a été soulevée par plusieurs acteurs rencontrés, afin de remplacer l'octroi de per-diem qui ont été suspendus. Des suggestions ont été faites, telles que l'envoi de lettres de félicitations. D'autre part, créer des « espaces d'échanges entre mentors et enseignants » assurerait aussi un meilleur alignement entre les savoirs transmis. La formation continue a besoin d'être intensifiée. Aucun retour de terrain n'a pu être obtenu sur l'utilisation des outils innovants prototypés et testés, dont l'utilisation et la mise à l'échelle doit continuer d'être suivie. Une des recommandations prodiguées par différents acteurs rencontrés

serait d'élaborer un référentiel de métier de manière participative, ce qui permettrait non seulement de définir des standards de qualité clairs, mais pourrait aussi galvaniser l'énergie des sages-femmes et les remotiver.

Des efforts ont été conduits pour garantir l'alignement du curriculum de formation avec les référentiels ICM et OMS, notamment à travers l'évaluation de la qualité des études de sage-femme, conduite en 2020. Le rapport est censé explorer les questions d'équité et de genre. Cependant, l'analyse de genre proposée est en deçà des attentes, concluant juste que « la question de genre ne se pose pas puisqu'au Bénin, les sages-femmes sont toutes des femmes ».

Les organisations de sages-femmes semblent aussi être **une ressource sous-exploitée**, mais UNFPA ne semble pas s'être pour l'instant engagé dans une réflexion sur le rôle qu'elles pourraient jouer afin de répondre aux défis relevés. Les activités renforçant les capacités des organisations de sages-femmes concernent le support à la rédaction du Plan Stratégique Pluriannuel 2016-2020 de l'Association des sages-femmes du Bénin, la dotation en outils informatiques et un soutien financier pour organiser des événements ponctuels, y compris la Journée de la sage-femme. Mais UNFPA déplore que le plan n'ait pas été mis en place. Les entretiens ont révélé un manque général de communication entre l'association des sages-femmes et UNFPA, entraînant certains malentendus, partiellement dus à l'épidémie de COVID-19, et le fait que l'association ne s'est pas engagée dans le télétravail et a manqué de proactivité. Pourtant, le bureau pays considère les sages-femmes comme « le fil conducteur du MHTF », et investit presque un tiers de l'enveloppe budgétaire du MHTF dans le paiement des salaires de deux sages-femmes (trente-deux pour cent du budget, représentant la plus grosse ligne budgétaire, voir Graphique 8, section 2.5.2). L'une des sages-femmes est basée à Cotonou (le MHTF Focal point) et l'autre à Parakou, et le bureau a regroupé vingt d'entre elles en atelier afin d'amorcer le travail sur les innovations notamment.

Finalement, les entretiens ont révélé que qualité et quantité de sages-femmes vont de pair. Or, au Bénin, un tiers des maternités seulement disposent d'au moins une sage-femme, leur répartition sur le territoire n'est pas équitable et leur nombre pas suffisamment corrélé à la charge de travail. UNFPA affirme que le monitoring des réseaux SONU et la mise en exergue des déficits en ressources humaines a influencé la décision du gouvernement de recruter des sages-femmes pour les formations SONUs, ce qui démontre un impact des activités du MHTF sur la question des ressources humaines. Cependant, le MHTF ne semble pas être engagé directement dans les discussions visant à améliorer la répartition des sages-femmes au sein du pays, par exemple sous la forme de plaidoyer pour une application du plan de redéploiement.

3.2 Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Le MHTF a commencé le processus de développement d'un réseau SONU en 2016, lequel a été graduellement institutionnalisé en 2017 et 2018 et a culminé avec la rédaction d'un rapport technique présentant la priorisation et cartes des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin (2020). Une fois le réseau constitué, les autorités sanitaires se sont engagées dans le monitoring, avec le soutien de l'UNFPA. Durant cette période, UNFPA s'est constamment adapté et a répondu aux besoins émergents, offrant un soutien technique de qualité, à la fois au niveau de la définition des stratégies et outils, mais aussi de leur mise en application tant dans certaines maternités qu'à travers la formation de sages-femmes en SONU. En 2019, le réseau comptait 109 formations sanitaires SONU couvrant 77 pour cent de la population, ce qui traduit un progrès en matière de couverture. Cependant, moins d'un tiers des maternités labélisées SONU (30) avaient une qualité suffisante en 2019 (c'est-à-dire qu'elles ne remplissaient pas les toutes les fonctions SONU) et la mortalité maternelle reste élevée. Ceci peut être lié à la mise en place et aux limites de la stratégie actuelle ainsi qu'à certains facteurs externes bloquants. D'une part la stratégie du réseau SONU n'est pas encore entièrement fonctionnelle et on constate une trop grande différence entre "la labélisation SONU" et "les SONUs réels". Le système de monitoring est aussi encore trop récent pour remplir les résultats attendus. Par ailleurs, les mécanismes de référence

entre SONUB et SONUC sont déficients. Certains facteurs externes limitent aussi l'efficacité de la stratégie choisie, tels que : Une attention encore insuffisante du MHTF et des autres partenaires techniques et financiers à la création d'un cadre facilitant (trop de centres SONU sont encore privés des conditions minimales pour opérer efficacement, y compris en ce qui concerne les bâtiments et le matériel). Enfin et surtout, la stratégie adoptée (centrée sur l'offre de soins en clinique) n'agit pas sur les causes du premier retard et les déterminants sociaux de la santé, lesquels constituent la première cause de mortalité maternelle. Enfin, la fonctionnalité du réseau SONU est étroitement liée à la question de la qualité du travail des sages-femmes, qui est pour l'instant contrainte par l'insuffisance de ressources humaines et les conditions matérielles de travail, entre autres (voir QE1).

Pour de plus amples détails sur les données probantes qui sous-tendent les résultats présentés dans cette section, voir Annex 1 : Hypothèses 2.1, 2.2 et 2.3.

Le MHTF a permis la mise en place et l'institutionnalisation d'une stratégie de réseau SONU

Le MHTF a effectué un plaidoyer politique, facilité un dialogue national et apporté un soutien technique à la mise en place d'un réseau national SONU, qui visait à « éviter le saupoudrage » et concentrer le soutien sur des maternités de qualité censés couvrir les besoins de toutes les femmes.

La première étape a été l'*Évaluation rapide des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)* en 2016. Cela a permis d'identifier que seuls 26 pour cent des besoins en SONU étaient satisfaits et de constater une létalité de 4.8 pour cent au niveau des maternités SONU, posant ainsi le problème de la qualité de l'offre de soins. Sur cette base, le Ministère de la Santé, avec l'appui du MHTF, s'est engagé dans un long processus de construction du réseau : Consolidation de la décision politique de reconstruction du réseau national des SONU (2017); formation d'un pool d'experts sur le Système d'information Géographique (SIG) (2017); vision consensuelle du développement du réseau national des maternités SONU (Mai 2018); trois ateliers de priorisation des formations sanitaires offrant les SONU (Nov-Dec 2018); cartographie pour mettre en place le réseau de maternités SONU, mobilisant les nouvelles technologies liées au système d'information géographique (SIG), AccessMod, développé par l'Université de Genève et l'OMS (2018). Le processus a culminé avec la validation du *Rapport technique de priorisation des SONU* (publié en 2020) ayant pour vocation de servir de cadre de référence pour tous les intervenants dans ce domaine. Il présente le maillage national et établit les critères de labélisation des formations SONU. En 2018, sur financement de la Banque Mondiale, UNFPA a développé un outil de chiffrage des formations sanitaires SONUB à des fins de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières.

Depuis 2019, le MHTF a consacré une grande part de son budget au suivi (monitoring). En 2020, le MHTF a facilité l'élaboration d'un **outil simplifié pour le monitoring des formations sanitaires SONU** (fiche de monitoring), sur la base des indicateurs traceurs de SONU. Depuis 2019, le MHTF soutient aussi des ateliers sub-nationaux d'analyse des données de monitoring recueillies dans les différentes zones sanitaires.

Au-delà de ce soutien technique qui a permis la définition et la mise en place de cette stratégie SONU, le MHTF finance des activités complémentaires telles que l'organisation de formations SONU pour les sages-femmes et un appui matériel direct à un certain nombre de formations sanitaires SONU (49 à travers le Fonds Takeda en 2020 et 24 dans deux zones de santé financés par le MHTF).

En 2019, le réseau comptait 109 formations sanitaires SONU (62 SONUB et 47 SONUC) couvrant 77 pour cent de la population, et dont 30 remplissent les critères de qualité établis.

Le support du MHTF est fondé sur des données probantes et est le résultat d'un processus participatif et graduel. Ceci a facilité son appropriation au niveau national. De plus, il a aussi l'occasion pour le Bénin de bénéficier d'expériences et d'expertises internationales, au travers de missions d'assistance Technique d'autres bureaux UNFPA (Togo, Siège, Bureau régional) ou de l'Université

de Genève (sur la cartographie). Enfin, le processus a aussi impliqué une multitude d'acteurs nationaux, tels que les médecins de zones, des partenaires techniques et financiers, le Ministère de la santé, des géographes, etc.

D'autre part, l'action du MHTF a permis de définir les orientations politiques et stratégiques du Ministère de la Santé, dessinant ainsi le cadre d'intervention des autres partenaires, tels que Enabel et la Banque Mondiale, dont les rôles sont complémentaires (ils financent la fonctionnalité de certains centres SONU et le costing). Si UNFPA revendique un rôle de plaidoyer auprès des autres partenaires techniques et financiers, notamment sur la base des analyses de fonctionnalité facilitées par le monitoring des SONUs et les rapports SDMR, le rôle « actif de plaidoyer » n'a pas été confirmé par les partenaires techniques et financiers rencontrés.

Des impacts concrets du monitoring du réseau SONU sur le système de santé émergent

Le monitoring des SONUs a permis la mise en exergue des manques en ressources humaines, ce qui a contribué à la décision du ministère de la santé de recruter davantage de sages-femmes pour les formations SONU, selon le personnel UNFPA. D'autre part, le ministère a informé UNFPA qu'il compte prendre des mesures pour un redéploiement des sages-femmes vers les zones où les besoins sont plus pressants, surtout les SONU du milieu rural. Ces décisions n'ont pas encore été mises en place.

Si l'ensemble des acteurs de santé ont une perception positive du soutien du MHTF en matière de SONU, plusieurs interlocuteurs ont relevé que la mortalité maternelle reste élevée. Ceci peut être attribué à plusieurs facteurs, détaillés ci-dessous, qui sont liés à la fois à la mise en place et aux limites de la stratégie actuelle, mais aussi à des facteurs externes bloquants.

Le réseau existe sur le papier mais le processus d'assurance-qualité n'est pas encore mûre et nombre de formations SONU ne sont pas fonctionnelles

Les acteurs ont indiqué l'existence d'une grande différence entre la labélisation « SONU » et la réalité de la fonctionnalité de ces formations SONU sur le terrain. Ceci est en partie dû à un certain niveau de volatilité étroitement liée à des facteurs peu ou pas assez pris en compte par le MHTF ou les autres partenaires techniques et financiers, tels que la rotation du personnel, la présence ou non d'intrants et des équipements.

Le système d'assurance-qualité facilité par le MHTF à travers la fiche Monitoring SONU est utilisé par les acteurs, mais n'est pas suffisant pour mesurer et améliorer la fonctionnalité des SONU. Certaines sages-femmes et responsables de santé au niveau des zones sanitaires ont témoigné de l'utilité de cette fiche pour identifier les intrants ou fonctions SONU manquantes et impulser l'action requise pour pallier aux déficiences ainsi identifiées. Cependant, plusieurs interlocuteurs ont aussi souligné que la fiche de monitoring ne permet pas de contrôler la qualité des pratiques des sages-femmes, ou d'identifier les défis liés à l'organisation du travail – deux des causes essentielles pour comprendre pourquoi certaines fonctions signalétiques SONU ne sont pas mises en œuvre. Le processus de monitoring n'a pour l'instant pas débouché sur des évaluations plus poussées et détaillées, à même d'identifier les multiples facteurs causaux (peut-être parce que le monitoring est encore un processus récent).

« Il faut nuancer les conclusions que l'on tire de ces fiches. La vraie question étant : Quand certaines fonctions SONU ne sont pas mises en œuvre : Pourquoi ? Est-ce un problème de compétences ? D'équipements ? Cette analyse fine n'est pas faite. La fiche est intéressante, mais la manière dont on utilise les conclusions est la clef. »

Le Rapport d'activités UNFPA 2020 mentionne que l'« Output 2.1 » a été atteint (« the country has a) the recommended number of EmONC facilities according to minimum standards, b) performed seven signal functions for basic EmONC facilities and nine signal functions for comprehensive EmONC facilities) in the past three months»). Par contraste, les données de monitoring les plus récentes

soumises à l'équipe d'évaluation, qui portent sur les deux premiers trimestres 2019, révèlent que sur 111 formations SONU contrôlées, moins de 50 pour cent ne peuvent être considérés comme des « SONU réels » (c'est-à-dire répondant à tous les critères de fonctionnalité). Ces deux assertions semblent contradictoires. Il a été donc difficile pour l'équipe d'évaluation de tirer des conclusions sur les tendances en matière de fonctionnalité des formations sanitaires SONU et de percevoir les progrès réalisés. L'analyse des tendances récentes a aussi été rendue difficile parce que les rapports de monitoring transmis à l'équipe d'évaluation ne sont pas complets et le processus de monitoring a été perturbé par COVID-19 (et les ateliers de monitoring ont été annulés en 2020). Ceci révèle la nécessité de poursuivre les efforts pour améliorer l'efficacité du processus de monitoring, et de les relier à des efforts plus vastes de renforcement du système de santé.

L'aspect communautaire des SONU n'est pas suffisamment développé et ne s'attaque pas au problème du premier retard (première cause de mortalité) et les déterminants sociaux de la santé

Plusieurs interlocuteurs, à tous les niveaux (sages-femmes, responsables de la gestion des zones de santé, responsables du Ministère, partenaires techniques et financiers) ont souligné que la moitié des décès maternels sont dus au premier retard (53 pour cent en 2019 selon le rapport SDMR). Selon eux, les causes du premier retard sont insuffisamment abordées par le MHTF, lequel se concentre sur les maternités et l'offre de soins : « On ne peut pas régler un problème sociétal sans engager la société : Si on pense que c'est un problème qui se règle à l'hôpital, on ne va nulle part ». ¹⁸ Parmi les raisons invoquées, on trouve la perception communautaire qu'une femme qui va trop tôt à l'hôpital « n'est pas courageuse » ou des déterminants sociaux de la santé liés au genre, y compris le rôle du mari dans l'accompagnement de la femme sur le point d'accoucher. L'importance des perceptions communautaires dans l'accès aux soins maternels se lit aussi dans la popularité des cabinets clandestins, qui attirent nombre de femmes parce qu'ils ont « la confiance » de la population, même si, dans les faits « ils sont pourvoyeurs de décès maternels ».

La question des références entre SONUB et SONUC n'est pas assez considérée

Les données issues de la surveillance des décès maternels révèlent aussi que 26 pour cent des décès se déroulent durant la période pendant laquelle les patientes sont orientées d'une maternité vers une autre (données 2018). Les liens de référence entre maternités SONUB et SONUC ont montré que seul 40 pour cent de ces liens pouvaient être qualifiés de « satisfaisants », les principales faiblesses demeurant un manque de moyens matériels (ambulance) ainsi que la persistance de barrières financières. Certains interlocuteurs suggèrent que la carte sanitaire devrait être revue en fonction de la distance SONUB-SONUC, laquelle dépasse encore les 60 minutes dans bien des cas.

Le manque d'infirmiers urgentistes et la capacité du ministère à gérer le pool d'ambulances ont également été évoqués comme facteurs contribuant à la non-fonctionnalité des références.

Un cadre peu capacitant

Le cadre de travail est trop souvent insuffisamment fonctionnel, décourageant pour les sages-femmes et agissant comme un déterrant pour les femmes enceintes

« Il faut améliorer le cadre et renforcer le personnel – c'est le cadre qui décourage, c'est une dégringolade ici... Quand il pleut, ça goutte, il fait bien trop sombre. Quand les femmes accouchent, elles ne veulent pas rester et je leur donne entièrement raison. »

La sage-femme qui a partagé son point de vue sur ses conditions de travail est pourtant un bon exemple de personnel motivé et expérimenté, ayant bénéficié de plusieurs séances de formation continue, y compris financée par UNFPA sur la SSRAJ. Elle exprime ses difficultés à utiliser son potentiel, sa fatigue et son découragement dus à un « cadre peu capacitant et à la surcharge de travail »

¹⁸ Entretien avec le Ministère de la Santé du Bénin, Mai 2021, Cotonou

La qualité du travail des sages-femmes

Au-delà des facteurs évoqués ci-dessus, les défis liés aux ressources humaines (identifiés dans la section 3.1) entravent aussi le fonctionnement des SONU. Même quand les sages-femmes sont bien formées et mentorées, elles restent en sous-effectif et la masse de travail ne permet pas des réponses de qualité. D'autre part, dans certaines zones géographiques, le seuil de quatre sages-femmes n'est pas atteint. « La masse de travail est un problème ; on est fatigué.... Par exemple, j'ai déjà eu neuf accouchements en une journée, avec trente visites. Les gardes de 24h ne devraient pas se faire – ce devrait être 12h seulement. »

La rotation du personnel, la qualité de l'accueil, l'attitude peu réceptive aux demandes des femmes (par découragement ou simple érosion de la conscience professionnelle pour certaines), entravent aussi la fonctionnalité des SONU.

3.3 Surveillance des décès maternels et riposte

L'action du MHTF s'est nichée dans un contexte national favorable, puisque le Bénin s'est engagé dans la surveillance des décès maternels dès 1989, grâce à la présence d'une ONG de recherche spécialisée sur cette thématique, principale partenaire de l'UNFPA. Le MHTF a appuyé la mise en place d'un processus d'audit impliquant les sages-femmes, les centres de santé, et basé sur des enquêtes menées jusque dans les communautés et les familles. Dans certaines zones de santé, un système de notification communautaire a été mis en place. Ce processus est désormais institutionnalisé et, est en partie financé par le gouvernement par endroits. Le MHTF soutient la rédaction du rapport annuel SDMR, l'organisation des formations et des ateliers destinés à améliorer l'efficacité du processus. Le nombre de décès notifiés augmente, mais le nombre d'audits stagne, même si leur qualité en général s'améliore. Cependant, « après huit années de mise en œuvre de la SDMR au Bénin, les indicateurs de la mortalité maternelle et néonatale stagnent ». Ceci est la conséquence, en particulier, d'une institutionnalisation et appropriation non uniformes dans le pays. En outre, les capacités d'analyse des décès et surtout la mise en pratique du volet « riposte » restent insuffisantes. Des solutions techniques ont été proposées, y compris pour améliorer la redevabilité. Mais une riposte efficace nécessite souvent de s'attaquer à des problèmes structurels qui dépassent le cadre du MHTF, et on constate un manque d'articulation entre les activités de SDMR et des actions de renforcement du système de santé, menées par le gouvernement ou d'autres partenaires financiers. Ce déficit compromet les résultats du MHTF.

Pour de plus amples détails sur les données probantes qui sous-tendent les résultats présentés dans cette section, voir Annex 1 : Hypothèses 3.1, 3.2 et 3.3.

L'action du MHTF s'est nichée dans un contexte national favorable

Le Bénin s'est engagé dans la surveillance des décès maternels dès 1989 avec des études préliminaires menées par l'ONG de recherche en santé publique (Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie), en partenariat avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Dès 2013, la surveillance a été institutionnalisée avec l'appui de l'OMS et l'implication continue de l'ONG. UNFPA a commencé à travailler sur la SDMR en 2015, en ajoutant la composante de notification communautaire, les analyses au niveau des centres de santé et a structuré les volets audits et riposte. Le MHTF a permis la production de la première analyse de mise en œuvre de la SDMR au niveau national en 2017.

Depuis, le MHTF finance la rédaction du rapport annuel SDMR, qui récapitule toutes les activités relatives à la notification des décès maternels et néonataux, la réalisation des audits et la mise en

œuvre des recommandations issues des audits. Il sert ainsi de repère aux acteurs du système sanitaire afin d'améliorer la qualité des soins offerts à la mère et au nouveau-né.

Le MHTF finance la participation de UNFPA au Comité National de la SDMR, ce qui lui confère une position influente. Il participe au renforcement institutionnel, y compris en finançant une recherche pour améliorer son efficacité. Le Fonds finance aussi des ateliers d'analyse des données au niveau des zones de santé. Enfin, le MHTF finance des formations sur la notification et l'audit des décès maternels et néonataux dans trois zones sanitaires (couvrant 15 formations sanitaires et trois centres hospitaliers universitaires ainsi que deux comités départementaux) alors que sept autres zones sanitaires sont couvertes sous financement de l'USAID.¹⁹

La SDMR est institutionnalisée au Bénin, le nombre de décès notifiés augmente mais le nombre d'audits stagne

L'institutionnalisation s'est traduite par un arrêté ministériel qui impose à tous les acteurs de mettre la SDMR en œuvre. Il existe même une contribution financière nationale, attestée par la présence d'une ligne budgétaire SDMR dans le plan intégré de travail de certaines zones de santé, centres hospitaliers universitaires et centres hospitaliers départementaux pour organiser les séances d'audit.

Le nombre de décès notifiés a régulièrement augmenté ainsi que, dans une moindre mesure, les décès audités. Le nombre de décès notifiés est passé de 714 en 2017 à 1019 en 2019 ; le nombre de décès audités était de 478 en 2018 et 475 en 2019. Le taux de notification oscille autour de 50 pour cent (48-54) et le taux de réalisation des audits entre 45 et 55 pour cent. Alors que l'épidémie de COVID-19 a sévèrement impacté le taux de réalisation des audits (chutant à moins de 30 pour cent), elle n'a pas eu d'effet sur le taux de notification. Ceci pointe les obstacles à l'organisation en présentiel d'ateliers pour effectuer les revues des décès, mais, en revanche, montre que la notification est désormais bien institutionnalisée.²⁰

L'investissement du MHTF a aussi eu un effet catalytique puisque d'autres partenaires techniques et financiers tels que USAID et Enabel accompagnent la mise en œuvre de la SDMR dans certaines zones de santé.

Les audits sont exhaustifs, leur qualité s'améliore et le processus donne certains résultats concrets

Le processus des audits est conforme aux bonnes pratiques, dans la mesure où les sages-femmes sont impliquées, les centres de santé sont partie intégrante de l'audit, tandis que les enquêtes sont menées jusque dans les communautés et les familles. De plus, dans certaines zones de santé, un système de notification communautaire existe.

La SDMR renforce aussi la redevabilité, comme attesté par un responsable hospitalier : « Lors des audits, on nous demande des explications. Donc personne ne peut se permettre un décès par défaut de médicament ou de prise en charge. »

Enfin, les audits participent de la formation des sages-femmes, qui ont affirmé beaucoup apprendre lors des séances d'audits, sur l'attitude à tenir et les gestes à faire pour éviter un décès. Cependant, certaines ont aussi souligné le manque de temps dont disposent les autorités sanitaires pour vérifier la mise en application des recommandations, laissant la part belle à « la bonne volonté de sages-femmes dans le centre de santé. Si elle est motivée, elle appliquera les recommandations. Sinon, elle ne les appliquera pas ». Ce commentaire révèle une lacune en matière de redevabilité, par manque de supervision, ce qui pointe aussi un déficit de ressources humaines.

¹⁹ Il y a 34 zones sanitaires au Bénin. Cette évaluation n'a pas pu décompter le nombre total de zones bénéficiant d'un soutien MHTF.

²⁰ Note: Les chiffres basés sur l'analyse des rapports SDMR 2018 et 2019 et les rapports du MHTF. Cependant, différentes valeurs sont présentées pour chaque indicateur dans les différents rapports, ce qui explique les variations présentées. D'autre part, les données 2020 n'ont pas été communiquées à l'équipe d'évaluation.

Cependant, « après huit années de mise en œuvre de la SDMR au Bénin, les indicateurs de la mortalité maternelle et néonatale stagnent malgré de nombreux efforts consentis à divers niveaux »²¹

L'une des barrières empêchant un impact des processus en cours est que l'appropriation de la SDMR n'est pas uniforme, géographiquement et institutionnellement. Il existe, en effet, une grande variation entre structures de santé (Centres hospitaliers départementaux ou centres hospitaliers universitaires), ainsi qu'entre les zones de santé, dans l'appropriation de la SDMR. Ainsi, le taux de notification varie-t-il entre 29 et 100 pour cent, et le taux de réalisation des audits entre 0 et 100 pour cent²². On dénote aussi un manque de ressources humaines pour élargir la SDMR à tout le territoire et s'assurer que la pratique est institutionnalisée dans toutes les zones.

Des défis persistent sur l'analyse des décès. Même si les notifications s'améliorent progressivement, la qualité des audits demeure insuffisante, par manque de capacité d'analyse. Cela « donne parfois l'impression que certains acteurs conduisent le processus d'audit juste comme une formalité ». Ainsi, trop souvent les dysfonctionnements sont-ils mal ou non identifiés, ce qui conduit à la formulation de recommandations peu pertinentes et parfois difficiles à opérationnaliser. Un autre facteur limitant réside dans la **peur du blâme** : « Certains ont peur qu'on les rende responsable du décès, alors que la femme est venue mourir au portail (décès à l'admission) ».²³

Quant au système de **notification communautaire**, celui-ci n'est pas opérationnel dans toutes les zones de santé. Ceci constitue un frein à l'analyse systématique et détaillée des facteurs qui interviennent dans les décès maternels qui se produisent à la maison dans les 42 jours après l'accouchement. Or, ceux-ci représentent 60 pour cent de la totalité des décès maternels.

Par ailleurs, **plusieurs circuits de notification opèrent en parallèle**, ce qui crée de la confusion, les centres de santé notifiant les décès à la fois au Centre de Maladies Epidémiques et dans la base de données de routine, à des intervalles différents.

Enfin, le système se heurte à des difficultés logistiques pour réunir les multiples acteurs impliqués dans les audits. Deux interlocuteurs ont aussi émis l'hypothèse que l'arrêt du paiement de *per diem* pour la participation aux audits pouvait expliquer la baisse d'intérêt du personnel pour les audits. Le fait que certaines des recommandations touchent à des problèmes structurels coûteux (tels que la construction d'un laboratoire) qui peuvent difficilement être résolus, peut aussi être un facteur de découragement des participants.

« Les activités SDMR apportent beaucoup mais le « R » [riposte] est minuscule, or, c'est le R qui règle le problème ». Malgré les progrès réalisés et des changements positifs, on constate une insuffisante appropriation des recommandations, largement par manque de moyens humains et financiers. Par ailleurs, la participation de la Direction de la Santé aux réunions d'audit n'est pas systématique ce qui impacte négativement la redevabilité ainsi que la mise en œuvre effective des recommandations.

Des solutions techniques ont été proposées, mais nous n'avons pas noté de réflexion plus approfondie sur le positionnement du MHTF et son articulation avec des actions de renforcement du système de santé.

Les solutions techniques pour améliorer la SDMR partagées portent sur la réalisation de formations additionnelles (sur l'identification des problèmes) et l'intégration des différents systèmes de notification. Il a aussi été recommandé utile de rédiger les rapports d'audits au niveau de la base, dans certains cas, en utilisant la digitalisation. En outre, il a été recommandé de conduire une analyse

²¹ CEHRRUD, *Rapport de la Réunion statutaire du comité national SDMR pour évaluer son fonctionnement*, Septembre 2020

²² UNFPA, CEHRRUD, Ministère de la Santé du Bénin, *Rapports SDMR 2018 et 2019*

²³ Interview avec un Responsable de santé au niveau du District Sanitaire

des parties prenantes (c'est à dire élaborer un répertoire exhaustif des problèmes et des acteurs qui sont censés être impliqués dans les réponses). Finalement, étant donné que les défis révélés par les audits sont souvent liés au personnel de santé, il a été suggéré d'impliquer des responsables des Ressources Humaines dans le Comité National SDMR. Un interlocuteur rencontré par les évaluateurs a aussi pointé la nécessité d'organiser des recherches de terrain, de type socio-anthropologiques, aux fins d'identifier de manière plus fine les barrières au sein des communautés, au-delà des centres de santé et systématiser la notification communautaire.

Opérationnaliser la redevabilité à tous les niveaux est aussi considéré comme nécessaire, y compris dans les comités nationaux et décentralisés, mais aussi parmi les parties prenantes (acteurs de terrain impliqués dans les audits). Ceci implique de clarifier les attentes ; s'assurer que l'acteur concerné a les capacités pour mettre en œuvre ce qu'on lui demande ; définir ensemble les mesures à mettre en œuvre, la périodicité et les mécanismes de feedback et enfin, définir les conséquences (y compris les félicitations).

3.4 Fistule obstétricale et autres morbidités obstétricales

UNFPA est reconnu comme précurseur sur le thème de la fistule au Bénin. En promouvant une stratégie holistique, qui, jusqu'en 2018, couvrait prévention, réparation et réintégration, UNFPA est devenu un modèle pour les autres partenaires techniques et financiers. Ce positionnement, couplé avec l'investissement du MHTF dans la gestion des connaissances ont eu un effet catalytique puisque d'autres partenaires techniques et financiers se sont engagés sur cette thématique. Ainsi en 2018, le MHTF a pu prendre la décision stratégique de recentrer ses activités sur la gestion des connaissances (et, dans une moindre mesure le volet préventif à travers l'inclusion du thème de la fistule dans la formation des sages-femmes) et a abandonné les activités couteuses de réparation.

Pour de plus amples détails sur les données factuelles qui sous-tendent les résultats présentés dans cette section, voir Annex 1 : Hypothèses 4.1,4.2 et 4.3.

UNFPA est reconnu comme précurseur sur le thème de la fistule au Bénin, grâce à sa stratégie holistique jusqu'en 2018

Le Bénin s'est engagé dans la campagne globale de prise en charge de la Fistule Obstétricale depuis 2003. Le premier projet d'envergure nationale a commencé en 2009 (Projet intégré de lutte contre la fistule obstétricale) et UNFPA, à travers le MHTF, a adopté une stratégie holistique jusqu'en 2018 portant à la fois sur la prévention, la prise en charge des cas, et la réintégration psycho-sociale et économique des femmes guéries.

En 2018, le MHTF a permis la réparation de 132 cas de fistule et la réintégration de 60 femmes. La même année, le programme a aussi financé un rapport d'évaluation des coûts de réparation. A la suite de ce rapport, le MHTF, en concertation avec le Ministère de la santé, et sur recommandation du Siège, a décidé de mettre fin au financement pour la réparation et la réinsertion. Cette décision était aussi motivée par le fait que, dans le sillage de UNFPA, d'autres acteurs pouvaient prendre le relais puisqu'ils mettaient déjà en œuvre des programmes de réparation, en particulier la fondation de la première dame (Fondation Claudine Talion). Nous n'avons pas pu mesurer l'envergure ou l'efficacité de ces autres programmes dédiés aux fistules, mais les acteurs rencontrés ont partagé des perceptions positives.

Le MHTF a contribué à la gestion des connaissances et a eu un effet catalytique reconnu

Le MHTF a été actif dans la gestion des savoirs et le recueil d'évidences. D'une part, le MHTF a généré la production de rapports annuels de suivi des femmes post-opération (en 2018, 2019 et 2020). Ces rapports permettent de tirer des enseignements sur le profil des femmes soignées et l'efficacité de la réinsertion. Par ailleurs, le MHTF a aussi favorisé l'intégration d'indicateurs répertoriant le nombre de fistules dans le système national d'information sanitaire (en 2018 et 2019). En continuant ce travail sur la gestion des connaissances, le MHTF a permis d'institutionnaliser la surveillance des cas de fistule, au niveau national.

Cette décision stratégique de recentrage sur des activités de gestion des connaissances (et, dans une moindre mesure le volet préventif à travers l'inclusion du thème de la fistule dans la formation des sages-femmes) a été difficile. Certains membres de l'équipe UNFPA déplorent ce changement de stratégie, eu égard à l'investissement passé aux côtés des femmes, sur le terrain. D'autres qualifie cette situation de « sujet critique », avec des « erreurs qui ont créé des tensions ». Il reste que les partenaires gouvernementaux rencontrés étaient très élogieux sur le rôle du MHTF sur la fistule ainsi que sur l'évolution du programme. Cette opinion est partagée par les autres partenaires techniques et financiers. Plus largement, le rôle passé du MHTF sur la fistule participe grandement de la bonne réputation de l'UNFPA au Bénin, où l'organisation est perçue comme « précurseur, promotrice, et avant-garde ».

Le volet fistule obstétricale et autres morbidités obstétricales du MHTF apparaît ainsi comme un bon exemple de l'aboutissement d'une stratégie catalytique réussie et intentionnelle, qui s'est traduite par un changement au niveau des modes d'engagement, de « provision de services » vers « gestion des connaissances ». Le MHTF a créé une prise de conscience sur le sujet, apporté un soutien technique de qualité, tant au niveau de la mise en place de programmes que sur le volet gestion de l'information (qui renforce le système de santé). Sur cette base, d'autres partenaires techniques et financiers ont investi des ressources et ont pris le relais, permettant au MHTF de se retirer et de concentrer ses maigres ressources sur les autres chantiers en cours. Il reste à déterminer si les nouveaux financements en place sont à la hauteur des défis et s'ils seront durables.

3.5 Intégration entre MNH et SDSR

Le contexte national encourage l'intégration. Celle-ci est présentée comme un volet central dans la mise en œuvre du MHTF par le bureau pays. UNFPA au Bénin démontre un effort constant pour intégrer ses diverses sources de financement, afin de créer complémentarité et synergies entre le MHTF et d'autres programmes, visant notamment à créer de la demande de planning familial chez les jeunes et adolescents. UNFPA mène aussi des activités pour favoriser l'intégration au niveau des services de formation des sages-femmes sur la SSR et la SSRAJ. Il existe une bonne intégration entre les services de SMN et de planning familial. Cependant, si les acteurs s'accordent sur le principe, la définition du champ de l'intégration varie au sein du bureau pays, parmi les partenaires gouvernementaux et chez les sages-femmes et la définition du modèle est en cours d'élaboration. D'autre part, la stratégie consistant à utiliser les formations SONU comme socle pour l'intégration de services VBG et SSRAJ est critiquée à cause de sa pertinence et sa faisabilité. Ceci fait écho à des limites des efforts d'intégration typiques et rencontrés dans d'autres programmes, et renvoie aux déficits liés au cadre de santé et à la capacité des sages-femmes dans les maternités SONU, déjà abordés dans la section 3.2 (EQ 2).

Pour de plus amples détails sur les données factuelles qui sous-tendent les résultats présentés dans cette section, voir Annexe 1 : Hypothèses 5.1, 5.2 et 5.3

Un contexte national qui encourage l'intégration

L'ANSSP (Agence Nationale de Soins de Santé Primaire), nouvelle structure créée en 2019 et principal interlocuteur du MHTF, couvre toutes les thématiques de la santé primaire, y compris SMN et SSR. Elle repose sur une vision globale de la santé qui cible la population générale et ne priorise pas un volet particulier. D'autre part, le gouvernement a mis en place un paquet de services minimum intégré (qui couvre la SSR, le planning familial, le VIH et la VBG). La perception des acteurs de santé et autres partenaires financiers est que l'intégration « n'est pas l'apanage de UNFPA », mais plutôt une politique nationale, qui est bien assimilée par les prestataires de services et qui influence le contenu de l'enseignement des sages-femmes. L'action du MHTF s'inscrit donc dans cette politique nationale.

Une stratégie du Bureau Pays en faveur de l'intégration en cours d'élaboration

L'intégration est présentée comme un volet central dans la vision du MHTF proposée par le bureau pays. Elle est présentée comme le cœur de la logique du MHTF: c'est le « how » du programme, permettant d'atteindre l'ODD 3.1 (Objectif de Développement Durable). L'engagement pour l'intégration se traduit dans une structure de l'équipe, ou un « pilier » regroupant les activités SMN, éducation à la sexualité, genre et innovation a été créé afin de rechercher et favoriser les synergies entre les programmes.

Ainsi, le champ de l'intégration proposé par le bureau pays est-il plus large que celui proposé par le Business Plan du MHTF, qui ne concerne que l'intégration entre SMN, les soins post-avortement et le cancer du col de l'utérus. Cependant, on constate que les différents membres du staff UNFPA avaient des visions différentes. Par exemple, sur l'intégration du volet VBG, les perceptions variaient entre « intégrer les problématiques VBG dans la SMN » et/ou « prendre en charge des complications médicales liées aux VBG » ou, plus largement, « considérer les centres de santé comme le point de référencement pour les autres services (police et action sociale) » et « intégrer la prise en charge psycho-sociale [des survivantes] dans la formation sanitaire ». Ceci montre que la stratégie et le champ de l'intégration ne sont pas encore claires.

Le développement d'un « modèle de services intégrés »

Le MHTF a conduit une réflexion stratégique sur l'intégration, pour l'instant focalisée sur une zone sanitaire (zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô Ava). Ainsi, en 2020, le MHTF a-t-il financé la rédaction d'un « modèle de services intégrés », fondé sur une étude de cas basée sur des visites dans sept maternités SONUB et d'une formation SONUC. Ce document devait servir de base de réflexion pour une mise à l'échelle. Néanmoins, ce document de sept pages (combinant à la fois l'étude de cas et le modèle), manque de substance et ne contient pas de documents de référence définissant les paramètres pour une intégration effective. En l'état, il est peu vraisemblable qu'il puisse constituer le point de départ utile pour développer un « modèle d'intégration » qui puisse servir de référence aux acteurs de santé pour améliorer les pratiques d'intégration.

Intégration au niveau des financements

UNFPA démontre un effort constant pour intégrer les diverses sources de financement, afin de créer complémentarité et synergies. Par exemple, le programme Supplies²⁴ finance la création de la demande en planning familial auprès des jeunes, en lien avec les formations SONU (un des maillons faibles du MHTF). Cette proximité est visible jusque dans la rédaction d'un rapport annuel conjoint entre les programmes MHTF et Supplies en 2018. Le programme Supplies intègre le planning familial

²⁴ Le Programme Supplies est un fonds thématique en place depuis 2007 visant à distribuer les produits de santé reproductive jusqu'au dernier kilomètre, et renforcer les systèmes de santé nationaux, ainsi que leur offre de services. Au Bénin, il finance l'intégration de la planification familiale dans tous les services SR (Soins Post Partum, SAA, PEV, Nutrition, etc.) dans les 33 centres de santé, apporte un appui à 39 formations sanitaires, y compris au travers de formations et mise à disposition d'outils de communication.

post partum dans les activités de renforcement des capacités. Les fonds Takeda (centrés sur l'innovation) ont été alloués à la résolution de goulets d'étranglement au niveau des formations SONU. On retrouve également cet effort pour intégrer les sources de financement dans les interventions au niveau des services.

Intégration au niveau des services

L'intégration porte déjà sur la formation des sages-femmes en SSR et SSRAJ (financée par UNFPA et autres bailleurs depuis 2018), et devrait s'élargir bientôt à la VBG à travers un projet financé par le gouvernement du Canada (en cours de négociation).

L'intégration se concrétise aussi par une bonne synergie entre les SONUs et les programmes du volet SSRAJ mis en œuvre par des ONGs dans le cadre du programme Supplies. Ces programmes opèrent à l'interface entre les communautés et les centres de santé, et ont pour but d'accroître la demande en planning familiale de la part des jeunes. Ils visent aussi à faciliter l'accès des communautés au planning familial à travers le modèle Informed Push Model.²⁵ Ces mêmes ONGs travaillent en collaboration avec les maternités et interviennent dans la formation des sages-femmes « pour réduire les biais » dans leur offre de planning familial aux jeunes dans leurs zones d'intervention.

Les perceptions des acteurs de santé sur le volet SSRAJ sont très positives : « La formation sur la SSRAJ a changé ma manière de travailler au niveau de l'accueil et de l'écoute des jeunes » (sage-femme travaillant dans une maternité, Mai 2021, Bénin) ; « UNFPA est l'araignée au milieu de la toile – ils occupent une position centrale dans le secteur de l'éducation sur la santé sexuelle. Toutes ces notions de SSR sont liées à l'égalité des genres et le plaidoyer de la Représentante est très fort sur ce sujet » (partenaire technique et financier, Bénin, Mai 2021).

Les entretiens avec les acteurs de santé révèlent une bonne intégration entre les services de SMN et de planning familial

Les sages-femmes proposent des méthodes de contraception aux femmes qui viennent d'accoucher de façon routinière. Elles mènent aussi des actions de sensibilisation pour augmenter la demande, mais le rôle du MHTF sur cet aspect spécifique n'a cependant pas pu être vérifié. Par ailleurs, il est aussi important de noter que la couverture en planning familial est encore faible puisqu'une femme sur trois a des besoins en planning familial non-satisfaits. Certaines sages-femmes sont qualifiées de « timides » dans leurs efforts pour promouvoir la contraception, surtout avec les jeunes, en raison de réticences personnelles.

« Le problème est tout ce qu'on met dans la SSR : La maternité ne peut pas régler tout ça »

La stratégie consistant à utiliser les formations SONU comme socle pour l'intégration de services VBG et SSRAJ est critiquée, principalement par les acteurs de santé aux niveaux national, zone sanitaire et local, mais aussi par d'autres partenaires techniques et financier. Ceux-ci interrogent sa pertinence et sa faisabilité, comme le reflète le commentaire d'un responsable national du Ministère de la Santé :

« On veut intégrer-intégrer-intégrer et je me demande jusqu'où... on ne regarde pas vraiment comment l'utilisateur final exploite cette intégration. C'est logique sur le plan économique mais jusqu'où va-t-on ? C'est naturel pour le planning familial, mais qu'en est-il pour les VBG ? peut-être, dans une certaine mesure, mais la première personne à qui la femme devrait parler est dans les services sociaux – mais ont-ils les capacités de répondre ? [...] Quant aux services adaptés aux jeunes

²⁵ L'Informed push model (IPM) est une stratégie développée au Sénégal et adaptée au Bénin, pour régler les problèmes de rupture de stock et créer de la demande de contraceptifs. Elle est basée sur l'implication d'animateurs de santé qui travaillent directement avec les centres de santé pour faire les inventaires, mettre à disposition les produits, faire le suivi et créer la demande auprès des communautés.

et adolescents, il faut se rappeler que les SONUs mettent les prestataires en situation d'urgence et il faut aller vite... or travailler avec les jeunes, c'est tout l'inverse, il faut prendre le temps »

Face à ce push pour l'intégration, le socle SONU est-il assez solide ?

Les raisons pour l'intégration avancées par ceux qui la promeuvent sont largement basées sur des logiques d'efficacité et de coût-efficacité. Or celles-ci semblent être en porte à faux avec la réalité des SONUs et la sophistication requise par les programmes SSARJ et prévention et réponse VBG. Même dans le cas où les services SSARJ et VBG intégrés se limitent à l'offre de contraception aux jeunes et la prise en charge des conséquences des violences sexuelles, offrir ces services avec qualité demande que certaines capacités et infrastructure soient en place.

Le "socle SONU" est-il suffisamment solide ? Les défis posés par l'intégration résident principalement dans la disponibilité des ressources humaines et leur manque de temps. Par ailleurs, les locaux ne sont pas adéquats pour garantir la confidentialité requise pour répondre aux survivantes de violence (même s'il s'agit « seulement » de « détecter les cas de viol et référer »). De plus, si la majorité des sages-femmes ont reçu des formations en SSARJ, à ce jour, peu d'entre-elles ont été formées sur la VBG (activité planifiée avec les fonds canadiens). Ces limites à l'intégration ne sont pas propres au Bénin et ont été bien documentées dans d'autres rapports d'évaluation de l'UNFPA et recherches conduites par l'OMS sur l'intégration des services de GBV dans les soins de santé primaire²⁶. Ceci renvoie aux déficits liés au cadre de santé et à la capacité des sages-femmes dans les maternités SONU, déjà abordés dans la section sur les SONU (Question d'Évaluation 2).

Le rapport d'activités UNFPA Bénin pour 2019 révèle que 292 prestataires de services ont été formés (Centre de promotion Sociale et Formations sanitaires SONUB) en VBG dans le cadre d'un autre programme (mais nous n'avons pas rencontré de sages-femmes ayant bénéficié de cette formation). L'opinion des sages-femmes rencontrées sur leur rôle en matière de VBG n'est pas uniforme, et, en l'absence de formation, elles adoptent des attitudes différentes, qui dénotent en général un grand manque d'attention sur le droit des femmes et un manque de connaissance « de l'approche centrée sur les survivantes » (« survivor-centred approach »). La perception de leur rôle varie entre celles qui considèrent « offrir un soutien psychologique aux survivantes », y compris en leur conseillant de « satisfaire leur mari » afin d'éviter les violences, à celles qui refusent de s'impliquer sur le sujet « car les femmes sont dangereuses ». Finalement, les entretiens au niveau des centres de santé ont révélé que les formations SONU ne font pas intégrées dans les systèmes de référence VBG. D'autre part, le budget alloué par le bureau pays aux activités VBG a diminué de 78 pour cent entre 2018 et 2020 et constitue la plus faible enveloppe budgétaire du bureau pays (représentant 6.4 pour cent du budget total sur la période 2018-2020 et seulement 2.6 pour cent du budget 2020).

Le bureau pays a conscience de ce déficit et un projet financer des activités de formation VBG dans les formations SONU est en cours de négociation.

3.6 Accès équitable et responsable

La majorité des interventions de l'UNFPA participe à améliorer l'accessibilité des services pour les groupes les plus vulnérables, telles que les adolescentes dans les projets visant à renforcer l'accès à la SSR. Les innovations sont destinées à favoriser l'accès aux soins sur « le last mile », pour les populations géographiquement isolées. UNFPA a aussi effectué un plaidoyer pour l'inclusion des frais de grossesse dans le programme national de couverture de santé universelle. L'accessibilité

²⁶Case study on integration of GBV HIV and SRH services in Nambia: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1312776/retrieve>; RESPECT Framework: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1>

est aussi intimement liée à la question du genre et le pouvoir de décision des femmes, en particulier les plus vulnérables économiquement, un sujet peu traité par le bureau pays.

Pour de plus amples détails sur les données factuelles qui sous-tendent les résultats présentés dans cette section, voir Annex 1 : Hypothèses 6.1,6.2

Un contexte en évolution vers une couverture de santé universelle

Le Ministère de la santé a mis en place des mesures pour favoriser l'équité d'accès aux soins telles que l'organisation par les maternités d'une campagne gratuite de planning familial, une semaine par mois, afin de garantir l'accès aux plus pauvres. Certains centres de santé ont aussi rapporté des solutions locales solidaires, où la clinique engage avec les chefs de quartier pour aider au recouvrement des frais de maternité des indigents. Ces solutions localisées ne sont pas envisageables dans les grands hôpitaux urbains, dont les budgets de fonctionnement sont grevés par la prise en charge des indigents, spécialement depuis que l'épidémie de COVID-19 a diminué le pouvoir d'achat de la population.

Le Bénin a décidé de systématiser son approche et est en train de développer un programme de couverture de santé universelle à travers l'ARCH (Assurance pour le Renforcement du Capital Humain) qui prévoit la gratuité des frais de maternité car si la césarienne est pour l'instant gratuite, les frais d'accouchement ne le sont pas. Cette couverture sociale devrait devenir effective à partir de 2022.

Dans ce contexte national en mutation, UNFPA se focalise sur les groupes les plus vulnérables. Ses interventions visent à renforcer la qualité des services et systèmes de santé, notamment celles liées à l'accès à la SSR des adolescentes, les innovations destinées à favoriser l'accès aux soins sur « le last mile », tels que les drones (voir détails dans la section 3.7) ou encore les activités liées à la fistule. Ces actions auprès des jeunes sont reconnues au niveau des autres partenaires techniques et financiers : « L'engagement communautaire et l'utilisation du numérique pour atteindre cette population jeune qui n'est pas forcément accessible, c'est vraiment un plus dans l'offre du programme de l'UNFPA ». UNFPA a aussi effectué un plaidoyer auprès du gouvernement pour étendre le programme ARCH et, ainsi, la future couverture santé universelle à la SMN.

La question du genre dans l'accessibilité aux services de santé

La question de l'accessibilité des services est aussi intimement liée à la question du genre. En effet, l'autonomie des femmes est limitée car elles ont, en général, besoin de l'autorisation de leur mari et de leur belle-famille pour accéder aux soins. D'autre part, les frais de suivi de la grossesse incombent généralement à la femme. Ainsi, afin de réduire l'impact de ces barrières et améliorer l'accès aux soins, un responsable technique du Ministère de la Santé recommandait de mener plus d'actions pour « responsabiliser les hommes » afin qu'ils s'engagent aux côtés de leur femme durant la phase de grossesse, y compris en payant les frais. Ce type de programme, travaillant sur la paternité et questionnant le rôle de l'homme dans le couple, dès la phase de grossesse, est déjà mis en place dans certains pays par UNFPA, et serait aussi efficace pour prévenir la violence contre les femmes, d'après des recherches menées au niveau global.²⁷

²⁷ Kerr-Wilson, A.; Gibbs, A.; McAslan Fraser E.; Ramsoomar, L.; Parke, A.; Khuwaja, HMA.; and Jewkes, R (2020). *A rigorous global evidence review of interventions to prevent violence against women and girls*, What Works to prevent violence against women and girls global Programme, Pretoria, South Africa

3.7 Un soutien catalytique

L'effet catalytique du MHTF au Bénin se décline à plusieurs niveaux. D'une part le MHTF a facilité l'adoption de stratégies, politiques et outils dans le secteur de la MNH au Bénin et l'établissement de ce cadre institutionnel a encouragé l'engagement d'autres partenaires financiers et a permis un meilleur ciblage de leurs interventions. Au niveau thématique, l'effet catalytique est évident sur le sujet de la fistule, où UNFPA a joué un rôle de précurseur, mais aussi au niveau de la SDMR. Enfin, on constate aussi un effet catalytique interne, à travers les cofinancements qui s'ajoutent au budget du MHTF. UNFPA n'a pas de rôle actif dans la coordination, que tous les acteurs s'accordent à considérer comme la prérogative du gouvernement. Cependant, le MHTF a permis des échanges de bonnes pratiques avec d'autres bureaux UNFPA, y compris des innovations technologiques tels que les drones, ou la fiche de monitoring. Il a aussi financé le design, prototypage et test d'innovations répondant à des goulets d'étranglement. Cependant, plusieurs partenaires techniques et financiers déplorent l'insuffisance des efforts de UNFPA pour promouvoir une « synergie d'actions », des échanges de savoirs et la promotion de la mise à l'échelle des bonnes pratiques au niveau du pays.

Pour de plus amples détails sur les données factuelles qui sous-tendent les résultats présentés dans cette section, voir Annex 1 : Hypothèses 7.1, 7.2 et 7.3

Le MHTF a bénéficié d'un contexte favorable dans lequel il a facilité l'adoption de stratégies, politiques et outils dans le secteur de la MNH ayant conduit à la mobilisation de financements pour la SMN et un meilleur ciblage

En capitalisant sur la proximité de longue date de UNFPA avec le gouvernement, et par son focus sur l'amélioration de la qualité, le MHTF a été en mesure de permettre l'adoption de politiques, stratégies, outils et protocoles au niveau national. A ce titre, le MHTF a été un vecteur d'une catalyse qui, en favorisant la mise en place d'un cadre de référence clair et complet en matière de politique publique, a facilité les interventions des autres partenaires techniques et financiers dans le champ de la SMN et permis un meilleur ciblage.

Pour ce faire, le MHTF a bénéficié d'un contexte favorable, avec un ministre de la santé gynécologue, qui connaît bien le programme et ses quatre domaines d'intervention (particulièrement les SONU). Il a également pu tirer parti de la réputation de l'UNFPA, considéré comme le partenaire de choix du gouvernement au Bénin « quand ils proposent une stratégie, c'est rare que le gouvernement refuse car c'est un centre d'excellence », selon un partenaire technique et financier.

Un effet catalytique qui se décline différemment selon les domaines d'action du MHTF et qui s'est matérialisé à travers de larges cofinancements

Si la plupart des acteurs reconnaissent l'effet catalytique du MHTF sur la thématique de la fistule, où UNFPA a été non seulement précurseur, mais aussi actif sur la prévention, la réparation et la réinsertion, ainsi que sur le rôle de UNFPA pour introduire la SDMR dans le pays, et, dans une moindre mesure au niveau des SONUs, les avis divergent sur son rôle au niveau du renforcement du secteur des sages-femmes, où d'autres acteurs sont investis sur le long terme.

Au niveau financier, UNFPA a mobilisé des co-financements pour les activités menées dans le cadre du MHTF, y compris de sources privées, ce qui démontrent un fort effet catalytique au sein du budget du bureau pays, puisque si le MHTF seul représente en moyenne 5.92 pour cent du budget total de l'UNFPA entre 2018 et 2020, il représente 12.55 pour cent de ce même budget si on ajoute les co-financements alloués aux quatre domaines couverts par le MHTF (Fonds Muskoka et Takeda ainsi que ressources propres). Cet effet catalytique est encore plus spectaculaire en 2020, puisque l'apport des cofinancements a plus que doublé les fonds obtenus du MHTF, faisant passer la part des

activités du MHTF dans le budget global de l'UNFPA de 6.67 pour cent à 17.86 pour cent²⁸. Ce bond est attribuable aux Fonds Takeda, qui vont cesser en 2021. Cependant, d'autres perspectives de financement ont été identifiées (même si certaines doivent être confirmées), comme le projet SWEDD de la Banque Mondiale, qui va participer au financement des SONU, ou encore des fonds canadiens pour financer le volet GBV dans les SONU.

En parallèle, plusieurs partenaires techniques et financiers sont investis dans le secteur de la SMN au Bénin. On notera, en particulier le travail de Enabel sur des thématiques parallèles au MHTF comme la formation, (y compris école de sages-femmes), le renforcement technique des SONU, la VBG. USAID et la Banque mondiale sont aussi des acteurs importants fonctionnant avec des budgets supérieurs à ceux du MHTF et qui sont complémentaires au niveau géographique.

Le bureau de UNFPA au Bénin considère que l'action du MHTF « a permis un retour sur investissement de 1 à 10 sur la SMN dans le pays » et a également un instrument utile pour « travailler sur des partenariats solides autour de la santé maternelle et le PAG (Plan d'Action du Gouvernement) ». UNFPA revendique un rôle de plaidoyer auprès des autres partenaires techniques et financiers, facilité par les analyses rendues possibles par les outils MHTF (monitoring SONU et SDMR). Cependant, les partenaires techniques et financiers rencontrés sont plus nuancés et n'attribuent pas leur investissement sur le PAG à un plaidoyer actif de l'UNFPA. Ils l'attribuent à un simple alignement sur les politiques nationales (à la mise en place desquelles UNFPA a contribué), à l'analyse des besoins et au dialogue avec le ministère de la santé.

Le MHTF n'a pas de rôle actif dans la coordination, que tous les acteurs s'accordent à considérer comme la prérogative du gouvernement

UNFPA considère qu'à l'avenir, ils pourraient soutenir le gouvernement dans ses efforts de coordination. Cependant, bien que l'image de l'UNFPA et du MHTF soit positive et que les financements du MHTF ont eu un effet d'entraînement certain, les autres partenaires techniques et financiers et les représentants du gouvernement considèrent que la coordination n'est pas son rôle, car c'est une fonction qui incombe au Gouvernement.

Le MHTF a favorisé des innovations mais plus reste à faire pour diffuser les bonnes pratiques et échanger sur les défis communs

Le MHTF a permis des échanges de bonnes pratiques avec d'autres bureaux UNFPA, y compris des innovations technologiques tels que les drones, ou la fiche de monitoring importée et adaptée du Togo, les carnets de stage développés conjointement pendant un atelier régional. A cet égard, les appuis techniques des experts basés au siège ont été aussi jugés pertinents et d'un grand soutien.

Cependant, plusieurs partenaires techniques et financiers déplorent l'insuffisance des efforts de UNFPA pour promouvoir l'échange des savoirs et des pratiques, la promotion de la mise à l'échelle ou des innovations au niveau national. Ils ont recommandé d'améliorer la « synergie d'actions ». Certains ont évoqué le besoin de « ressusciter les groupes de travail spécifiques sur la SMN et la SSR », avec un focus technique, au-delà du groupe PTF Santé. Il est important de noter que l'épidémie de COVID-19 a aussi ralenti tout effort de réseautage pendant plus d'un an.

Le MHTF est aussi « utilisé comme un laboratoire pour prendre le temps de déployer des innovations qui répondent à des goulets d'étranglement ». L'identification de ces goulets d'étranglement se fait de manière participative et systématique, avec études de faisabilité, prototypage et tests. L'articulation MHTF/innovation s'est faite au travers du Fonds Takeda. Cela a permis la continuité des services de santé MNH durant l'épidémie de COVID-19, par la confection de masques et solutions désinfectantes produits localement. L'innovation technologique a aussi porté sur l'enseignement des sages-femmes de Parakou, avec le développement d'outils de formation

²⁸ Ces pourcentages reflètent les budgets alloués aux activités le plus directement liées aux quatre domaines du MHTF, tels que communiqués par la bureau pays, mais il est possible qu'il en existe d'autres.

basés sur la réalité virtuelle/réalité augmentée, pour combler le manque de cours pratiques. Le prototypage et le test de drones destinés à transporter du sang « jusqu'au last mile » ont été effectués en 2020. Si le bureau pays aborde l'innovation de manière méthodique « et structurante », il est trop tôt pour dégager des conclusions sur l'efficacité de ces nouvelles technologies, car une innovation n'est efficace que lorsque l'on peut démontrer qu'elle est utilisée et est effective en situation réelle, et à l'échelle.

Au niveau national, les défis identifiés pour améliorer le rôle catalytique tiennent au modeste budget du MHTF. Un financement accru éviterait le « saupoudrage » dans la mise en œuvre des stratégies proposées ainsi qu'une visibilité plus grande du fonds.

3.8 Gouvernance et gestion du MHTF

Malgré son modeste budget, le MHTF est considéré comme la colonne vertébrale du financement de la SMN au bureau UNFPA du Bénin et a permis de casser les silos internes au programme. Mais certains mécanismes de gestion rendent la mise en œuvre difficile et la ventilation des fonds entre les quatre domaines techniques manque de souplesse pour permettre une adaptation souple aux besoins contextuels.

Pour de plus amples détails sur les données factuelles qui sous-tendent les résultats présentés dans cette section, voir Annex 1 : Hypothèses 8.1, 8.2

L'avantage comparatif du Fonds thématique est qu'il est la colonne vertébrale du financement de l'UNFPA

Le MHTF a permis de casser les silos internes à UNFPA au Bénin, en fédérant les apports du programme Supplies (sur le volet intégration du MHTF qui vise à augmenter la demande de contraceptifs au niveau communautaire) et le programme Innovations (voir sections EQ7 sur l'effet catalytique du MHTF et EQ 5 sur l'intégration entre MNH et SDSR) afin d'assurer complémentarités et synergies techniques.

L'interdépendance des modalités de financement au sein du MHTF (entre les fonds MHTF et les cofinancements grâce aux fonds propres, Fonds Muskoka et Fonds Takeda) et entre le MHTF et d'autres lignes de financement de UNFPA (tels que les programmes Supplies et ceux focalisés sur la SSRAJ) sont aussi présentées dans la section EQ 7.

Mais les mécanismes de gestion et les processus internes rendent la mise en œuvre difficile

Plusieurs interlocuteurs, tant au niveau gouvernemental qu'au sein des ONGs, ont souligné des retards de paiement, ce qui sur la mise en œuvre et rend difficile la planification et la mise en œuvre des activités prévues, génère une pression sur les équipes : « Comment dépenser l'argent de 3 mois en un seul mois et fournir un rapport d'exécution cohérent ? ». Les décaissements trimestriels sont jugés problématiques et des décaissements annuels sont jugés plus pertinents par les partenaires d'exécution.

Le fonds pourrait-il être plus agile ? Demande de plus de flexibilité dans la ventilation budgétaire entre les quatre domaines du MHTF

Le bureau pays considère que la planification se fait de manière conjointe entre UNFPA (siège et bureau pays), en concertation avec les partenaires gouvernementaux, au niveau central et régional. Cette perception n'est pas partagée par les responsables sanitaires, lesquels considèrent que la ventilation est décidée par UNFPA, ce qui limite la possibilité du gouvernement de décider « dans quel ordre on fait quoi », en fonction des besoins régionaux. Revoir ces allocations annuellement leur semblerait plus pertinent. De plus, la priorité budgétaire est pour l'instant donnée au domaine SONU

alors que la fonctionnalité des SONU dépend largement du personnel. Ainsi, les partenaires de UNFPA pensent qu'il serait plus pertinent d'allouer un budget plus conséquent au volet sages-femmes puisque celles-ci constituent une des pièces maîtresses de toutes les autres stratégies du MHTF.

3.9 COVID-19

L'épidémie de COVID-19 a été utilisée comme « un accélérateur de changements » au Bénin. La réponse à l'épidémie de COVID-19 a été financée par la réorientation du budget du MHTF et la mobilisation de fonds privés investis dans le développement d'innovations locales (tels que masques) afin de prévenir la propagation de l'épidémie de COVID-19. Ces interventions ont eu un fort impact, ont accru la bonne réputation de UNFPA et ont surtout contribué à la continuité des soins. Mais on constate aussi un net ralentissement des processus commencés et/ou institutionnalisés en 2019 grâce au MHTF, ce qui requiert un redoublement d'efforts pour poursuivre et ancrer l'utilisation des processus et outils récemment développés.

Pour de plus amples détails sur les données factuelles qui sous-tendent les résultats présentés dans cette section, voir Annex 1 : Hypothèses 9.1, 9.2

L'épidémie de COVID-19 utilisée comme « un accélérateur de changements » au Bénin

La réponse à l'épidémie de COVID-19 a été financée par la réorientation du budget du MHTF et la mobilisation de fonds privés (Fondation Takeda). La décision d'utiliser ces fonds « de manière stratégique, en visant les effets à moyen terme » a été prise avec le Ministère de la Santé.

C'est ainsi qu'ils ont été investis dans le développement d'innovations locales. Certaines étaient directement liées à l'épidémie, telles que la confection locale de masques et produits désinfectants. Ces initiatives ont permis de créer des emplois et ont protégé sages-femmes, patientes et élèves sages-femmes. D'autres innovations liées à des goulets d'étranglement plus systémiques ont connu un coup d'accélérateur avec l'arrivée de nouveaux financements liés au COVID. Ainsi, la fondation privée Takeda a permis de tester deux drones chargés d'assurer le transport du sang sur le last mile, dans le cadre d'un processus entamé auparavant (voir Section EQ 7 pour plus de détails).

Un fort impact symbolique

Les interventions du MHTF ont eu un fort impact symbolique auprès des acteurs de santé au Bénin. En effet, le premier cas de COVID-19 a été détecté auprès d'un personnel du CHU MEL (soutenu par UNFPA), ce qui a entraîné la fermeture de l'hôpital pendant un mois, et une anxiété, à la fois au sein du personnel et des patients. Dans ce contexte, la rapidité de la réponse de l'UNFPA, le soutien à la fois matériel et « psychologique » par des visites de terrain dans les centres de santé ont été fortement appréciés.

La promotion des mesures barrières acteurs de santé travaillant dans des cliniques a aussi eu un impact notable sur la transmission des morbidités liées à l'assainissement et l'hygiène. Cela a aussi permis d'améliorer les pratiques des soignants.

Si le bureau s'est montré utile et a réussi à capitaliser sur sa réponse à l'épidémie, on constate aussi un net ralentissement des processus commencés et/ou institutionnalisés en 2019 grâce au MHTF (liés aux volets SONU, SDMR ou sages-femmes). Il existe donc un risque réel de voir les dynamiques amorcées retomber et le bureau de pays, ainsi que ses partenaires, sont conscients de la nécessité d'un redoublement de leurs efforts pour poursuivre et ancrer l'utilisation des processus et outils récemment développés.

4 CONCLUSIONS

4.1 Le MHTF enregistre des résultats visibles

Le MHTF a permis un meilleur ciblage des financements de la santé maternelle dans le pays. Grâce à un investissement sur le long terme, un soutien technique de qualité, une agilité dans la mise en œuvre et un positionnement catalytique, le MHTF a permis d'améliorer la qualité de l'offre de services.

Le MHTF a bénéficié d'un contexte favorable au Bénin, avec un Ministère de la Santé très engagé sur les questions de SMN et déployant une vision d'intégration alignée sur celle du MHTF. Le Bénin bénéficie aussi de la présence d'autres partenaires financiers qui s'impliquent et investissent dans le champ de la santé maternelle, néonatale et des adolescents. Dans cet environnement, le MHTF a eu un effet structurant sur la SMN. Avec peu de moyens, mais grâce à la longévité de son investissement, à son effet catalytique et la réputation de UNFPA, il s'est positionné comme l'interlocuteur principal du ministère de la santé. Ainsi, UNFPA a été capable d'attirer des co-financements pour les activités du plan de travail du MHTF, y compris privés, et, en influençant la stratégie de SMN au Bénin, a aussi permis de définir un cadre d'intervention pour des programmes financés par d'autres partenaires.

Le MHTF est particulièrement apprécié pour son attention portée à la qualité. Cette attention se lit d'abord dans la logique qui sous-tend la conception des activités financées par le MHTF, et le choix de cibler les efforts sur quatre domaines techniques ciblés, qui opèrent en synergie. Elle se lit ensuite dans la mobilisation de ressources nationales et internationales, y compris de bonnes pratiques importées et adaptées d'autres pays.

Enfin, la mise en place des activités révèle la grande agilité du MHTF et la proactivité du bureau pays pour identifier et répondre aux nombreux défis quand ils émergent. Plusieurs exemples montrent que le bureau pays a su répondre de manière pertinente et rapide aux défis qui sont apparus durant la mise en de certaines activités, liées à la qualité d'enseignement dans les écoles de sages-femmes, au fonctionnement de la SDMR, au monitoring des SONUs. La réponse à l'épidémie de COVID-19, utilisée comme une opportunité de tester des innovations, avec une vision structurante sur le moyen terme démontre aussi bien l'agilité du programme, tout comme la recherche et mise en place de co-financements substantiels.

4.2 L'efficacité des stratégies SONU et SDMR sont limitées par l'absence d'arrimage du MHTF aux processus de renforcement du système de santé

On constate un apport incontestable du MHTF à la constitution du réseau SONU et à l'institutionnalisation de la SDMR. Cependant, les stratégies adoptées ne portent pas leurs fruits parce qu'elles ne sont pas suffisamment arrimées aux processus plus vastes de renforcement du système de santé.

L'apport du MHTF dans la mise en place d'un réseau SONU, qui est maintenant institutionnalisé, est incontestable. Si le réseau est un outil utile, il n'en reste pas moins insuffisant face à une mortalité maternelle qui stagne. En effet, un déficit en qualité des soins subsiste, malgré la mise en place encore trop récente d'un processus de monitoring (par ailleurs entravé par l'épidémie de COVID-19) et en raison de besoins en investissements pour assurer la fonctionnalité des maternités qui vont bien au-delà des capacités financières de l'UNFPA.

De manière générale, les obstacles qui entravent la fonctionnalité des maternités relèvent des problèmes d'ordre systémique. Il s'agit, en particulier, de la nécessaire création d'un cadre facilitant (trop de centres SONU sont encore privés des conditions minimums pour opérer efficacement, y

compris bâtiments et matériel), ou la pénurie de sages-femmes. Le champ des possibles se rétrécit alors avec un « socle SONU » qui n'est pas encore suffisamment solide pour assurer la pleine intégration des services. Ainsi le MHTF montre-t-il ses limites et ne pourra véritablement se déployer et avoir un impact durable sur les indicateurs de MNH que si certaines conditions sont en place et si, ainsi, il peut s'arrimer au processus de transformation du système de santé. Ces défis constituent également un frein en ce qui concerne la SDMR.

En effet, bien que le processus de SDMR ait amélioré la redevabilité, contribué à la conscientisation des acteurs impliqués et a enregistré certains résultats tangibles en matière d'amélioration de la qualité des services, les recommandations issues des audits restent globalement insuffisamment opérationnalisées. Là encore, la cause doit être recherchée dans le fait que la riposte touche aussi à des éléments plus vastes du système de santé, lesquelles ne sont pas du ressort du MHTF.

4.3 Intégrer les services de santé maternelle et SDR est une priorité du MHTF au Bénin, qui donne des résultats, mais la stratégie n'est pas encore clairement définie

Les efforts pour intégrer les services de PF et de sante maternelle portent leurs fruits. Cependant les moyens pour l'instant en place limitent l'intégration des services VBG et SSRAJ et la stratégie d'intégration du bureau pays n'est pas encore lisible.

L'efficacité du MHTF repose sur l'interconnexion et une synergie interne de ses composantes. La SDMR devrait permettre d'identifier les causes de décès et effectuer des recommandations qui devraient influencer la nature des actions de soutien aux SONUs ainsi que la formation des sages-femmes. Or, cette intégration entre les différents domaines du MHTF existe en théorie mais pas en pratique. Malgré les efforts consentis par le bureau de l'UNFPA et ses partenaires gouvernementaux et non-gouvernementaux, des facteurs bloquants (évoqués ci-dessus) persistent et limitent l'efficacité du MHTF.

Au niveau des services, l'intégration du volet planning familial est effective, et pourrait être améliorée par une meilleure prise en compte des questions de genre. Les efforts d'intégration des services de SSRAJ et GBV sont pertinents car les sages-femmes semblent en général désireuses de s'engager sur ces sujets, et elles apprécient les formations existantes en SSRAJ. Sur le long terme, l'implication des sages-femmes au potentiel de réduire la stigmatisation, améliorer la qualité des services et leur donnerait la possibilité de mieux répondre aux besoins et référer les survivantes de violences et les jeunes quand c'est nécessaire. Cependant, les sages-femmes ne peuvent apporter une réponse appropriée que si le cadre est capacitant, et l'intégration des services VBG et SSRAJ se heurte au fait que, dans leur majorité, les maternités ne remplissent pour l'instant pas les conditions nécessaires, en partie par manque d'espace et de temps.

La réflexion sur le champ de l'intégration n'a pas encore abouti et requiert de prendre en considération non seulement les arguments d'efficacité et de s'aligner avec la rhétorique des trois objectifs transformateurs de UNFPA, mais elle doit aussi tenir compte du contexte et être réaliste. Une telle stratégie n'étant pas encore clairement définie, les autorités sanitaires s'interrogent sur le champ de l'intégration et les sages-femmes ne sont pas claires sur leur rôle. De plus, le budget pour l'instant alloué par le bureau pays au volet VBG n'est pas commensurable avec le volume d'investissement nécessaire pour une réponse VBG effective et respectueuse. Le bureau pays est conscient de ce déficit et est en phase de négociation sur un projet visant à renforcer le volet VBG dans les centres SONU.

4.4 Les sages-femmes sont la pierre angulaire du MHTF, mais le secteur ne bénéficie pourtant pas de la plus grande attention

Les sages-femmes tiennent le rôle central dans l'ingénierie du MHTF. Les efforts pour structurer et renforcer la formation des sages-femmes commencent à porter leurs fruits. Les bons résultats obtenus sont cependant limités par la pénurie des ressources humaines et le modeste budget alloué à ce domaine.

Le MHTF a joué un grand rôle dans la structuration de la formation initiale et continue des sages-femmes. Il a contribué à améliorer la qualité des pratiques, avant que d'autres partenaires techniques et financiers ne s'engagent sur cette thématique. Cependant, les obstacles liés aux capacités, à la motivation et aux opportunités offertes aux sages-femmes demeurent.

La pénurie de ressources humaines constitue la priorité définie par le Plan Opérationnel National de la mortalité maternelle au Bénin. Cette pénurie limite aussi l'efficacité des actions du MHTF (notamment SONU et SDMR), et pourtant le MHTF n'est pas clairement impliqué dans les discussions et initiatives portant sur les ressources humaines pour la santé. D'autre part, malgré leur rôle central dans l'ingénierie du MHTF, le secteur des sages-femmes ne bénéficie que d'une part modeste du budget du MHTF au Bénin.

4.5 Le MHTF renforce l'offre de soins mais ne prend pas suffisamment en compte les facteurs liés à la demande et les questions de genre

Les déterminants sociaux de la santé, y compris les questions de genre, expliquent pour une large part le premier retard, principale cause de la mortalité au Bénin

La principale cause de la mortalité maternelle au Bénin est le premier retard, dont les causes sont liées aux déterminants sociaux de la santé. Ainsi, une stratégie uniquement basée sur l'amélioration de l'offre doit être complétée par un travail communautaire pour réduire la mortalité maternelle. Parce qu'il concentre ses modestes ressources sur l'offre de services, le MHTF ne prend pas suffisamment en considération les facteurs liés à la demande de services, malgré certaines synergies avec d'autres programmes UNFPA. Le travail communautaire focalisé sur les causes du premier retard mériterait ainsi une plus grande attention.

Parmi les déterminants sociaux de la santé figurent les facteurs liés au genre, qui jouent un grand rôle dans les barrières limitant la demande de services mais qui influencent aussi l'attitude des sages-femmes et leur réticence à proposer du planning familial aux jeunes par exemple. Pourtant, la formation des sages-femmes ne semble pas porter une attention suffisante sur les questions de genre et droits des femmes, y compris un volet « gender-transformative » questionnant leurs attitudes personnelles, les rapports de pouvoir entre hommes et femmes mais aussi sur des sujets tels que le consentement, la sexualité des jeunes et adolescents ou l'avortement. Ce genre de formation est une condition nécessaire pour s'engager plus avant dans l'intégration de la VBG au niveau des maternités SONU.

4.6 Le focus sur quatre domaines prédéfinis est à la fois un atout et une limitation pour le MHTF

Le ciblage des actions de santé maternelle a un effet catalytique et structurant. Cependant, ce ciblage ne prend pas suffisamment en compte certaines priorités nationales.

Les limites présentées dans ce rapport sont davantage attribuables au design du MHTF et son focus technique qu'aux efforts du bureau pays et la qualité de la mise en œuvre. Mais elles questionnent aussi la rigidité de la ventilation budgétaire entre les quatre domaines du MHTF et leur alignement avec les priorités nationales.

Si le MHTF propose des outils et une expertise technique de qualité, bénéfiques pour le bureau pays et la SMN au Bénin, structurants pour le financement octroyé par d'autres donateurs, ce soutien se concentre sur quatre domaines prédéfinis, selon une ventilation budgétaire similaire pour tous les pays. Or, les priorités d'action au Bénin sont en premier chef le nombre de sages-femmes, l'amélioration de leur pratique, comme indiqué précédemment, mais aussi l'équipement des formations sanitaires. Pourtant, la question centrale de la pénurie de ressources humaines ne figure pas dans la stratégie MHTF et l'appui accordé aux équipements sanitaires est limité en volume. Pour ces raisons, des responsables gouvernementaux ont recommandé une ventilation plus souple des fonds entre les quatre domaines d'action, qui tiendrait compte des défis contextuels et des priorités nationales.

POUR PLUS D'INFORMATIONS, VEUILLEZ CONSULTER CES DOCUMENTS, DISPONIBLES SUR LE SITE WEB DU BUREAU DE L'EVALUATION DE L'UNFPA

- Rapport d'évaluation
- Abrégé d'évaluation (anglais, français)
- Résumé (anglais, français)
- Présentation des résultats de l'évaluation
- Annexes (Volume II du rapport)
- Études de cas pays (Benin, Sudan, Uganda, Zambia)
- Réponse de la direction
- Revue de qualité du rapport d'évaluation

Évaluation à mi-parcours de la Phase III du Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale, 2018-2022
Abrégé | Pour lire le rapport complet, voir unfpa.org/evaluation



Même si ses décès maternels évitables est l'un des trois résultats transformateurs de l'UNFPA approuvé l'intégration de la santé et des droits humains et reproductive (SDG) avec les services de santé maternelle et néonatale (MNH). Le Fonds thématique pour la santé maternelle et néonatale (MNTF) fournit un soutien technique et financier dans 32 pays affectés par des taux élevés de mortalité maternelle. Son objectif est de soutenir un effort catalytique et d'accélérer les progrès dans des domaines techniques prioritaires : sages-femmes, soins obstétricaux et néonataux d'urgence, surveillance des décès maternels et néonataux (SDMN), et la prévention et le traitement des fausses couches évitables.

Cette évaluation mesure le matériel dont le MNTF (dans sa phase 3) a contribué au renforcement des systèmes de santé, à l'amélioration de la qualité des soins et à la promotion de l'équité, des droits de l'homme et de la responsabilité envers les parties prenantes dans les pays partenaires, ainsi que sa capacité à soutenir l'intégration à grande échelle des services SDG/MNH.

COLLECTE DE DONNÉES

32 pays, 6 études de cas, 180+ entretiens, 239 répondants à l'enquête en ligne, 750+ documents examinés

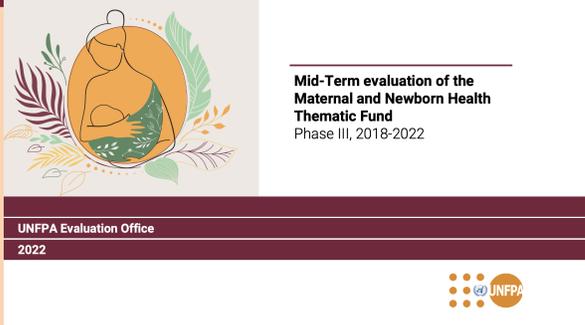
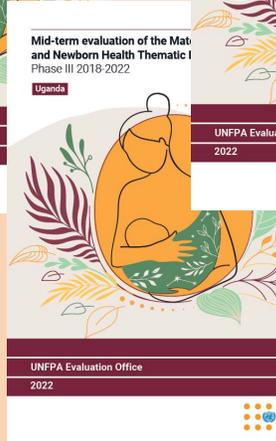
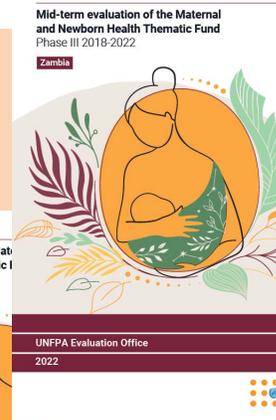
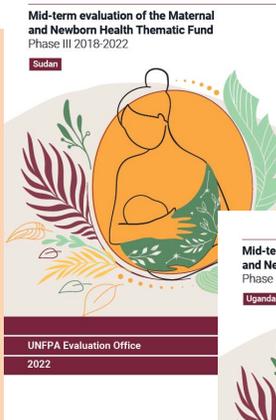
CONCLUSIONS

- Avec la MNTF, l'UNFPA est un partenaire de choix qui apporte un soutien visible et précieus aux priorités essentielles en SMN, avec la promesse de sages-femmes comme point d'ancrage de soins intégrés.
- Le MNTF offre un bon rapport coût-efficacité pour son activité dans les pays partenaires et il permet à l'UNFPA d'influencer l'agenda en matière de SMN au niveau global.
- Le MNTF n'est pas clairement positionné dans un cadre stratégique proposant une approche holistique de la SMN à l'UNFPA.
- Si elle ne sont pas traitées, certaines lacunes (faible engagement avec les communautés, insuffisante mesure des progrès dans l'amélioration de la qualité des soins) limiteront la performance et la durabilité des investissements du MNTF.
- Le MNTF est effectivement parti de ressources financières limitées, mais n'est pas conçu de sorte qu'il puisse avoir un effet catalytique de manière optimale.
- Le MNTF cible résolument l'équité des genres, les droits de l'homme et l'équité, en particulier pour les adolescents, mais de manière intégrée.
- Au vu de ses succès, le MNTF est un programme qui profite indirectement au SDG à l'UNFPA via sa contribution visible et multidimensionnelle à la santé maternelle et néonatale reste insuffisamment optimale.

RECOMMANDATIONS

1. Finaliser le processus de l'UNFPA pour l'intégration et le soutien en matière de SDG/MNH. Le MNTF doit être priorisé et intensifié dans le cadre d'une nouvelle phase.
2. Positionner le MNTF dans le cadre d'une stratégie et d'un plan d'action pour la santé maternelle de l'UNFPA.
3. Promouvoir la qualité des soins dans les centres de santé, à compter des soins reproductifs.
4. Intégrer de manière systématique l'engagement communautaire dans toutes les activités du MNTF.
5. Impliquer plus activement les partenaires, en particulier les donateurs, dans le travail du MNTF.
6. Améliorer la cohérence stratégique et la portée du MNTF.
7. S'assurer que le focus sur la pratique de sages-femmes et sur l'environnement de travail du personnel de santé soit intégré dans toutes les composantes techniques du MNTF.
8. Investir davantage dans les principales valeurs ajoutées du MNTF : l'investigation-SDG/MNH et la recherche de résultats catalytiques.
9. Affiner le système de suivi et sur les résultats afin de favoriser une meilleure compréhension et pour améliorer la communication sur le valeur ajoutée du MNTF.
10. Investir dans des approches de financement innovantes afin d'élargir la base des donateurs du MNTF.

Copyright © UNFPA 2022. Tous droits réservés. Bureau d'évaluation de l'UNFPA, 400 Third Avenue, New York, NY, 10158, USA. UNFPA Evaluation Office, 2022.



ANNEXE 1: MATRICE D'ÉVALUATION

Domaine d'enquête 1 : Sage-femme	
Question d'évaluation 1 : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à assurer l'éducation, la formation et le déploiement d'un personnel de sage-femmes suffisamment qualifié/compétent, motivé et durable ?	
<p>Sous-questions :</p> <p>a) Comment le MHTF a-t-il contribué au renforcement de l'environnement politique et réglementaire favorable aux sage-femmes, y compris une réglementation renforcée du métier de sage-femmes (résultat 2) et une utilisation accrue de politiques, stratégies et de plans qui soient sensibles aux questions de genre pour recruter, déployer et retenir les sage-femmes (résultat 4), ainsi que des politiques visant à réglementer l'environnement de travail des sage-femmes, y compris la supervision formative, le perfectionnement professionnel du mentorat et l'assurance d'un environnement de travail propice à leur autonomisation (résultat 5)</p> <p>b) Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué aux capacités d'une main-d'œuvre sage-femme qualifiée et compétente, formée conformément aux normes mondiales et répondant aux besoins nationaux (résultat 1)</p> <p>c) Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué au renforcement des capacités des associations de sage-femmes pour aider à rehausser le profil de la pratique de sage-femme, représenter les besoins professionnels des sage-femmes et fournir un soutien professionnel et une formation continue ?</p>	
Critère d'évaluation	<i>Pertinence, efficacité, efficience, durabilité</i>
Justification	<p>Les sage-femmes jouent un rôle central en tant que soignantes pour les femmes et leurs nouveau-nés tout au long du continuum de soins, de la période prénatale à la période post-partum. Elles sont bien placées pour fournir des informations et des services complets de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, les soins prénataux, les accouchements sans risque, les SONU de base, les soins néonataux essentiels, la prévention des IST et la transmission du HIV de la mère à l'enfant, la prévention de la fistule et d'autres morbidités, ainsi que la prévention des mutilations génitales féminines. Pour remplir ces rôles, il est nécessaire de renforcer l'éducation et la formation des sage-femmes, de permettre et de soutenir leur autonomie, notamment en veillant à ce qu'elles puissent travailler dans l'ensemble de leur champ de pratique, renforcer les politiques de main-d'œuvre et créer un environnement de travail qui les autonomise. Ces objectifs sont essentiels pour atteindre d'autres résultats du MHTF, tels que la prévention de la fistule ou l'élimination des mutilations génitales féminines, la collecte, l'analyse et l'utilisation des données dans le cadre de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) ; et enfin le déploiement de sage-femmes dans les établissements SONU.</p>
Hypothèse 1.1 : Les contributions du MHTF concernant les normes, les standards, les politiques et les directives relatives à la pratique sage-femme comblient les principales lacunes présentes dans le cadre politique et réglementaire existants et dans l'environnement en faveur des sage-femmes aux niveaux mondial, régional et national, y compris dans les pays partenaires du MHTF	
<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politiques, stratégies et plans nationaux pour réglementer la pratique de sage-femme et le développement de leurs capacités, y compris soutien à l'autonomie des sage-femmes ; politiques, stratégies et plans sensibles au genre pour recruter, déployer et garder les sage-femmes ; inclusion des sage-femmes dans les politiques de ressources humaines • Des organismes de réglementation renforcés qui régissent la pratique, la certification, l'accréditation, le suivi et la responsabilité des sage-femmes et qui réglementent la qualité des soins, la sécurité et la satisfaction des clients 	

Hypothèse 1.1 : Les contributions du MHTF concernant les normes, les standards, les politiques et les directives relatives à la pratique sage-femme comblent les principales lacunes présentes dans le cadre politique et réglementaire existants et dans l'environnement en faveur des sage-femmes aux niveaux mondial, régional et national, y compris dans les pays partenaires du MHTF	
<ul style="list-style-type: none"> • Politiques, lignes directrices et normes renforcées relatives à la supervision formative, au mentorat, au perfectionnement professionnel et à un environnement de travail sûr et propice à leur autonomisation ? • Points de vue et expériences des partenaires et des autorités sanitaires au niveau mondial et national concernant l'efficacité du leadership de l'UNFPA pour plaider en faveur de politiques, stratégies, plans et réglementations fondés sur des données probantes. • Alignement des contributions politiques de l'UNFPA avec les principes fondamentaux du MHTF (équité, qualité des soins, responsabilité, droits de l'homme et égalité des sexes). 	
Observations	Sources
<p>Contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> • UNFPA a accompagné le Ministère de la Santé dans l'évaluation des documents stratégiques arrivés à expiration et à l'élaboration de nouvelles versions ainsi que leur plan opérationnel, tels que : <ul style="list-style-type: none"> ○ Stratégie Nationale Multisectorielle de la santé sexuelle et de la reproduction adolescents et jeunes 2018-2022. ○ Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale (PO-RMMN) 2018-2022. ○ Plan opérationnel de la stratégie Nationale Multisectorielle de la santé sexuelle et de la reproduction adolescents et jeunes 2018-2022. 	UNFA Bénin, Rapport Annuel, 2018.
<p>UNFPA accompagne la réglementation de l'enseignement des sage-femmes depuis 10 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réforme LMD (Licence Master Doctorat) en 2010/2011 – par le CAMES (Conférence africaine et malgache de l'enseignement supérieur): Formation axée sur compétences (avant, les sages-femmes avaient seulement le brevet) ; relèvement du niveau des sages-femmes au bac. Changement du contenu des curricula (licence en soins obstétricaux). Ces réformes ont eu des répercussions sur le traitement salarial, les écoles sont passées sous la tutelle des universités. • Les curricula cadrent avec le modèle régional de l'OOAS (Organisation Ouest Africaine de la Santé), suivant les recommandations du CAMES, établi à partir des compétences définies par l'OMS pour la pratique d'infirmier et de sage-femme. <p>UNFPA a accompagné les structures mises en place pour faire face aux défis liés à ces réformes.</p>	Entretien, Ministère de la Santé, Cadre supérieur, technique, Benin, Mai 2021
<p>Une mission a été conduite en 2020 pour s'assurer que L'école de formation initiale des sage-femmes de Parakou répond au cadre normatif et Référentiels de l'OMS/ICM – recommandations formulées, dont la mise en œuvre permettra une mise aux normes progressive de l'école de Parakou</p>	UNFPA, Bénin, Rapport Annuel 2019, Mai 2020, Bénin
<p>Rôle catalytique et effet d'entraînement</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sage-femme est le fil conducteur pour mettre en place toutes les activités du MHTF • UNFPA créé outils/protocoles qui servent de base pour les interventions des autres PTFs (Partenaires techniques et financiers) et permet une synergie dans les appuis 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
<p>UNFPA très regardant sur formation des sages-femmes ; tout le monde est conscient que la formation initiale doit être de qualité. UNFPA a un grand rôle sur ce sujet-là ; cet accompagnement fait du bien pour tt le monde dans le pays.</p>	Entretien, National Ministère de la Santé

Hypothèse 1.1 : Les contributions du MHTF concernant les normes, les standards, les politiques et les directives relatives à la pratique sage-femme comblient les principales lacunes présentes dans le cadre politique et réglementaire existants et dans l'environnement en faveur des sage-femmes aux niveaux mondial, régional et national, y compris dans les pays partenaires du MHTF	
	Manager, Cotonou, Mai 2021, Benin
Autres bailleurs <ul style="list-style-type: none"> • Enabel (Coopération Belge) finance un Master de sage-femmes et doctorats à l'étranger, à travers l'APEFE (Asso pour l'éducation et la formation en Santé) ; a financé bâtiments des écoles de Parakou et Cotonou Finance séminaires pédagogiques et la trousse des étudiants pour aller en stage ; le système d'information en santé ; • La Banque Mondiale, à travers le programme SWEDD envoie les élèves de l'Ecole de sages-femmes de Parakou en stage en Côte d'Ivoire ; des doctorats au Canada et à Abidjan • L'Ambassade des Pays Bas : Bourses pour sage-femme étudiantes • Fonds Mondial travaille sur le déploiement • OMS : élaboration du plan d'investissement. 	Entretien, National Ministère de la Santé, Mai 2021, Benin
Défis liés au nouveau cadre réglementaire de la pratique des sage-femmes : Tensions entre différents groupes de sage-femme <ul style="list-style-type: none"> • L'un des principaux défis est que nous avons aujourd'hui plusieurs catégories de sage-femmes. Il y a les anciennes qui sont entrées à l'école avec le BEPC. Il y a celles qui sont le produit de la réforme LMD (avec niveau Licence) et les autres qui vont faire la formation dans les écoles du Burkina, Niger et Guinée. Entre les anciennes et les licenciées, il y a un conflit latent alors que le BEPC avant équivalait au BAC et plus. 	Entretien, National Ministère de la Santé Manager, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Le plus gros problème, ce sont les sage-femmes formées au Burkina Faso et au Niger. Nous sommes contents qu'on ait rejeté leurs dossiers. Elles manquent vraiment de connaissance sur les bons gestes. Au lieu de contribuer à diminuer les décès, elles les augmentent. 	Groupe de Discussion avec sages-femmes, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • La dimension intergénérationnelle est à la fois une force et une faiblesse du secteur qui doit bien être prise en considération 	UNFPA, Rapport Annuel MHTF 2020
Face à ce défi, mise en place du projet « passerelle », destiné à la mise à niveau des sage-femmes diplômées avant l'intégration des études de sage-femmes dans la réforme LMD en 2012, connaît une lenteur administrative qui compromet sa mise en application malgré le soutien financier de l'AFEBE. Cette dernière s'inquiète de l'échéance du projet limitée à 2021. Un répondant chiffre le nombre de sage-femmes concernées par le projet à 3500.	Évaluation de la qualité des études de sages-femmes au Benin, Rapport d'évaluation 2020
Aller plus loin et élaborer un référentiel de métier L'évaluation de la qualité des études initiales de sage-femme au Bénin nous permet de dégager des recommandations stratégiques et opérationnelles, y compris clarifier, formaliser et valoriser l'identité professionnelle et le champ de pratique de sage-femme au Bénin et élaborer un référentiel de métier selon une approche multidisciplinaire, participative et consensuelle pour convenir des caractéristiques de la profession de sage-femme au Bénin, intégrer la déclinaison de l'utilisation des services de SSR par type de professionnel de santé dans les enquêtes nationales et y intégrer la sage-femme,, convenir d'un plan de progression professionnelle (spécialités liées à la pratique de sage-femme) et académique des sage-femmes (pédagogie, recherche, psychologie, sociologie, anthropologie, ...)	Evaluation de la qualité des études de sages-femmes au Benin Rapport d'évaluation 2020

Hypothèse 1.1 : Les contributions du MHTF concernant les normes, les standards, les politiques et les directives relatives à la pratique sage-femme combler les principales lacunes présentes dans le cadre politique et réglementaire existants et dans l'environnement en faveur des sage-femmes aux niveaux mondial, régional et national, y compris dans les pays partenaires du MHTF	
<p>Défi : Répartition/déploiement des sage-femmes non-uniforme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans certains centres urbains, trop de sage-femme • Plan de redéploiement : Etat risque de les « forcer » • Cause de la préférence pour la ville : L'argent est à Cotonou 	Entretien, Ministère de la Santé, Mai 2021, Bénin
<p>Problème du nombre de sage-femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon le standard provisoire qui avait été discuté lors de l'atelier national au Bénin, on considère qu'il faut au moins 4 sage-femmes par maternité (pour assurer des soins 24h/24) et chaque sage-femme doit réaliser un maximum de 30 accouchements par mois (qualité de la prise en charge). A cette aune, 122 sage-femmes sont immédiatement nécessaires pour assurer les soins obstétricaux dans le seul réseau SONU du pays. Nous estimons également qu'il y a un besoin de renforcer les compétences des sage-femmes afin de leur permettre une prise en charge efficace. 13% des maternités du réseau, surtout des maternités SONUB, présentent au moins 3 déficits en fonctions signalétiques. 	UNFPA, Rapport d'évaluation de la qualité des études de sage-femme au Bénin, Bénin, 2020
<ul style="list-style-type: none"> • En termes de perspectives, je dirais qu'il est capital d'accélérer la production [du nombre de sage-femmes], en améliorant les capacités des institutions de formation : former ceux qui sont chargés de former. Assurer la gestion de la transition (recruter par exemple des chargés de cours temporaires pour assurer la formation pendant que d'autres sont à l'étranger). Avec les ressources pour former une personne à l'étranger, on peut recruter 40 enseignants temporaires sur 3-4 ans. 	Entretien, National Government Technical Manager, Juin 2021, Bénin
<ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup d'outils et règles sont maintenant disponibles – il y en a même presque trop, il faut les rationaliser pour se les approprier 	Entretien, Ministère de la Santé, Management, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<ul style="list-style-type: none"> • Au niveau du recrutement, il faut aussi que les gens arrêtent de penser que les ressources humaines ne constituent qu'un pôle de dépenses. Il faut changer de paradigme. Un bon recrutement et une bonne répartition permettent de sauver des vies, de créer les bonnes conditions pour l'épanouissement des prestataires, des patientes et des populations d'une manière générale. Dans le processus actuel de recrutement de 1600 agents pour le ministère de la santé, il y 250 sages-femmes, ce qui représente environ 17% des besoins estimés. Nous devons continuer à travailler avec les PTF pour qu'ils acceptent de mettre des ressources dans le recrutement. Actuellement le Gouvernement travaille à un programme spécial de pré-insertion professionnelle. Si non poursuit la formation, même si certains s'installent en clientèle privée, leur présence va améliorer l'offre. D'autres pourront passer les concours pour entrer dans la fonction publique et y rester • Mais on peut dire que, globalement, nous avons un problème de production de la main d'œuvre. Nos deux écoles de sages-femmes (INMES et IPSIO) sortent moins de 100 sages-femmes par an. Vous voyez donc que, à ce rythme, la résolution du problème n'est pas pour l'année prochaine. De plus, la réforme du relèvement du niveau de la catégorie suivant le système LMD ne prend vraiment corps que maintenant. C'est vrai qu'il y a des écoles dans d'autres pays de la sous-région (Burkina Faso, Guinée, Mali). Mais, selon les échos que nous avons reçus, les sages-femmes issues de ces écoles posent d'autres problèmes auxquels les administrations font face. Le second défi est celui de la répartition équitable du personnel disponible sur le territoire national. Actuellement, nous avons environ 34% de maternités qui disposent d'au moins une sage-femme 	Ressources Humaines Ministère de la Santé, Bénin, 3 Juin 2021

<p>Hypothèse 1.1 : Les contributions du MHTF concernant les normes, les standards, les politiques et les directives relatives à la pratique sage-femme comblent les principales lacunes présentes dans le cadre politique et réglementaire existants et dans l'environnement en faveur des sage-femmes aux niveaux mondial, régional et national, y compris dans les pays partenaires du MHTF</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Le 3ème défi est celui de la fidélisation : que fait-on pour que les gens restent à leur poste de travail une fois recrutés ? L'expérience des recrutements sur poste n'a pas vraiment marché à cause de certaines difficultés liées à la manière dont l'administration fonctionne. Une étude de cartographie nationale est en cours de conception pour définir les zones "vertes" et "rouges" du pays selon les difficultés. Cette étude identifiera les indicateurs de mobilité des sages-femmes. Par exemple, là où il y a des difficultés d'approvisionnement en eau potable, les questions de transport, la charge de travail etc. Cela permettra de mettre en place des mesures incitatives selon les zones avec des engagements précis de part et d'autre. Par exemple, on peut exiger que la personne reste au poste pendant au moins 5 ans avec les avantages acquis. Nous sommes encore dans la phase de conception mais l'idée générale est là. Il va falloir aussi impliquer toutes les parties prenantes, DPME, écoles de formation, syndicats, • Le 4ème défi est transversal. C'est celui de la disponibilité en temps réel de l'information sur les ressources humaines, en matière de production, de répartition et de fidélisation. Le système d'information actuel sur les RH n'est pas fiable. On n'a pas les informations sur la position réelle des acteurs ni des compétences disponibles dans une structure de santé donnée à un moment T. La formation est un défi constant, même si certaines questions spécifiques aux sages-femmes sont apparues. 	
<p>Hypothèse 1.2 : Le soutien du MHTF pour le renforcement des programmes de formation des sage-femmes est techniquement solide et approprié, répond aux besoins nationaux et est aligné sur les normes nationales et mondiales pour la formation des sage-femmes</p>	
<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'écoles de sage-femmes (publiques et privées) soutenues par le MHTF qui sont accréditées par le gouvernement sur la base des normes mondiales définies par l'OMS et l'ICM • Le soutien du MHTF aux programmes de formation des sage-femmes s'aligne sur les besoins nationaux. • Exemples de soutien du MHTF pour renforcer la capacité des écoles de sage-femmes à fournir une formation préalable de qualité, y compris le matériel pédagogique, les produits et l'équipement nécessaires et des incitations pour motiver les enseignants et les étudiants • Exemples de soutien du MHTF pour des programmes d'éducation standardisés et basés sur les compétences qui relient les formations basées sur les compétences (formation en cours d'emploi, formation continue) pour les sage-femmes et les tuteurs • Les programmes nationaux de formation des sage-femmes sont alignés sur les normes mondiales de formation et d'accréditation basées sur les compétences • Points de vue et expériences des partenaires, des autorités sanitaires et des formateurs de sage-femmes concernant la pertinence, la qualité technique et l'efficacité du soutien de l'UNFPA aux programmes de formation des sage-femmes. 	
<p>Observations</p> <p>Contribution du MHTF sur la mise aux normes de la formation Une évaluation de la qualité des études de sage-femmes a été conduite en 2019/20 et a pointé le manque de référence à l'ICM [International Confederation of Midwives], malgré le fait que les responsables des études initiales de sage-femme assurent que les <i>curricula se basent sur les compétences de la sage-femme établies par l'OMS</i> et l'absence de référentiel du métier de sage-femme.</p>	<p>Sources</p> <p>Evaluation de la qualité des études de sages-femmes au Benin Rapport d'évaluation 2020</p>

Hypothèse 1.2 : Le soutien du MHTF pour le renforcement des programmes de formation des sage-femmes est techniquement solide et approprié, répond aux besoins nationaux et est aligné sur les normes nationales et mondiales pour la formation des sage-femmes	
De plus, le concept de prise en charge ou soins respectueux n'apparaît dans aucune compétence (compétences terminales, sous compétences)	
Le MHTF soutient les deux écoles de sage-femmes qui existent au Bénin INMES à Cotonou et IFSIO à Parakou <ul style="list-style-type: none"> • IFSIO : Elèves = 300 ; 12 sage femmes et infirmiers enseignantes (trois sages-femmes) et médecins recrutes (gynéco (six) et psy et chirurgien et cardiologue et vieux physicien ; l'École a six ans • Les deux écoles œuvrent, avec l'appui des partenaires, dans le sens de l'accréditation régionale de l'OOAS. 	Entretien, UNFPA bureau pays, Bénin, Mai 2021
Appui UNFPA sur la qualité d'enseignement dans les écoles de sage-femme <ul style="list-style-type: none"> • Pratique : UNFPA a doté école de Parakou d'un mannequin ; climatisation pour équiper la salle en 2020 • Consultante (UNFPA) supporte équipe permanente des écoles de Parakou et de Cotonou : Accompagnement formidable ; gestionnaires de l'école la redemandent appui substantiel : <ul style="list-style-type: none"> ○ Séminaire pédagogique sur l'acquisition des compétences cliniques : ○ Renforcement des capacités managériales de l'école supérieure des sage-femmes d'état de l'université de Parakou • Réponse face à l'épidémie de COVID-19 : Gel, savon pour laver mains, gants, serviettes, surblouses ; étudiantes parties en stage ont eu package • Développement de curricula de formation sur la base de l'évaluation du programme de formation initiale des sage-femmes (prise en charge des femmes enceintes, accouchement sécurisé centré sur les soins respectueux, prise en charge des SONUB, décision/organisation des références, sites de stage clinique) en 2019 	Entretien, UNFPA bureau pays, Bénin, Mai 2021
Perceptions sur l'appui du MHTF sur les formations Pas de problèmes ; récemment, aménagement et nouvelles notions insérées : Mentorat clinique (pour que sage-femme jeunes sachent que mentorat existe) : pas évaluatif mais pas formatif) ainsi que DSSR (intégré pour toutes les années)	Entretien, national Ministère de la Santé, Juin 2021, Bénin
UNFPA focalise sur la qualité et cet accompagnement fait du bien pour tout le monde dans le pays. Par exemple au niveau des stages, on a mis en place de mesures pour vérifier les sites choisis, formation des encadreurs de site en amont ; avant, on sélectionnait des hôpitaux basés sur le nombre des accouchements, les stagiaires.	Entretien, Ministère de la Santé, Management, Cotonou, Mai 2021, Bénin
Qualité des sages-femmes est mieux maintenant, la compréhension des cours est meilleure mais le problème de jeunesse des sages-femmes est réel	Entretien, Ministère de la Santé, Bénin, Mai 2021
Perception des élèves : <ul style="list-style-type: none"> • Déroulement des cours : Les profs donnent le meilleur d'eux-mêmes Ce que je n'aime pas ce sont les stages à Parakou : On ne nous laisse pas trop faire ; mais en zone, ça va • L'INMES est une très bonne école. Quand on voit les étudiants formés dans les autres pays (Burkina – Niger etc.), on voit une différence nette. 	
Appui sur la qualité de l'encadrement clinique des stages <ul style="list-style-type: none"> • Etablissement d'un référentiel des critères de sélection des sites de stage clinique des étudiantes sage-femmes: à travers une approche participative, sur la base d'un atelier organisé par Le Ministère de la Santé 	UNFPA, Atelier de validation des outils du mentorat clinique des

Hypothèse 1.2 : Le soutien du MHTF pour le renforcement des programmes de formation des sage-femmes est techniquement solide et approprié, répond aux besoins nationaux et est aligné sur les normes nationales et mondiales pour la formation des sage-femmes	
<ul style="list-style-type: none"> • Appui à la supervision de 24 sites de stage clinique (E-Platform) de critères d'identification des sites de stage • Formations pour sage-femme pour améliorer l'encadrement : Formation des encadreurs des sites de stage clinique sur le contenu des carnets de stage et l'obligation d'utilisation de ces carnets pour le développement des apprentissages et l'acquisition des compétences cliniques par les apprenantes ; • Révision des carnets de stage et impression • Séminaires sur répertoire des stages valides (sites de stage identifiés, grâce au checklist) • Etablissement d'un outil cartographique des sites de stage élaboré en 2019 	<p>sage-femmes en Afrique de l'Ouest et du Centre, 2019</p> <p>UNFPA Rapport Annuel MHTF 2019</p>
<p>Formation continue : Mise en place de la stratégie de mentorat Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approche importée Burkina/Togo, initiée à l'Ecole de Parakou • Atelier régional de Nouakchott organisé avec l'appui technique du Bureau Régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du centre basé à Dakar et l'appui financier du projet SWEDD, pour la validation des trois outils du mentorat clinique des sage-femmes pour l'Afrique de l'Ouest et du centre (manuel de référence, le Guide du Formateur et le Cahier de la participante) 	<p>UNFPA, Atelier de validation des outils du mentorat clinique des sages-femmes en Afrique de l'Ouest et du Centre, 2019</p> <p>UNFPA Rapport Annuel MHTF 2019</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Le mentorat est la solution : <i>accompagnement volontaire (je me détecte défailante dans 1 domaine/technique donnée, j'adresse un courrier au ministère, je suis dans maternité X et je souhaite être mentorée. Exemple : besoin de quelqu'un pour m'accompagner sur le sujet X ; ministère trouve une sage-femme (volontaire) (sage-femme à la retraite ou en fonction) ; établissement d'un contrat mentor/mentorée, avec planning. Pour éviter conflits, mentor vient d'1 autre centre. Projet SWEDD a payé formation des mentors au niveau national :</i> • A chaque mentor, 4 élèves maximum; critères pour être mentor : 15 ans d'expérience, savoir-être (enquête sociale, observations participantes, enquête DANS quartier, sondage auprès des étudiants sage-femme et collègues). • Perceptions de l'appui : Les quelques expériences partagées se passent bien ; Jeunes sage-femme très contentes de l'approche 	<p>Entretien, Ministère de la Santé Staff, Mai 2021, Benin,</p>
<p>Formation continue - autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation en SONU, SSARJ, PF ; • Perception de l'appui en formation PF : <i>Cette formation a été utile dans mon travail. Par exemple moi, avant cette formation, je connaissais les méthodes mais je ne pratiquais pas. Par exemple, je ne savais pas faire le retrait d'Implanon ou jadelle. Je savais insérer mais pas retirer. Mais après la formation, je le fais aisément.</i> • Formation sur site : C'est intégré donc tout le monde est pris en compte en passant de l'infirmerie jusqu'à la pharmacie, y compris le volet environnemental. 	<p>Entretien, Centre de santé sages-femmes, Mai 2021, Benin</p>
<p>Innovation</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'atelier de co-création appuyé par l'UNFPA en novembre 2019 a regroupé plus d'une vingtaine de sage-femmes venant de toutes les régions du Bénin autour de la question de l'innovation pour renforcer l'atteinte des trois résultats transformateurs 	<p>UNFPA, MHTF Rapport Annuel 2019</p>

Hypothèse 1.2 : Le soutien du MHTF pour le renforcement des programmes de formation des sage-femmes est techniquement solide et approprié, répond aux besoins nationaux et est aligné sur les normes nationales et mondiales pour la formation des sage-femmes	
du plan stratégique de l'UNFPA au Bénin pour l'atteinte des ODD 2030. <i>Une des leçons importantes apprises révèle que l'innovation n'est pas nécessairement technologique et l'utilisation du numérique n'est pas toujours la réponse à tout</i>	
Formation initiale et continue – e-learning = innovation pour formation continue et réalité virtuelle incluse dans école (formation initiale) ⇒ prototype a Parakou	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Bénin
Défis sur le fonctionnement des écoles <ul style="list-style-type: none"> Augmenter le nombre des enseignants et assurer leur formation Nous devons aller vers accréditation de l'Ecole (2023) : Manquait curricula et enseignants ; une fois accrédité, on doit satisfaire aux critères du CAMES (Conseil Enseignement Supérieur) – ça voudra dire que l'on répond aux critères de qualité Rééquiper salle de démonstration - pas assez de mannequins, travaux pratiques insuffisants	Entretien, national Ministère de la Santé, Mai 2021, Bénin
Défi : Contexte difficile en 2020 pour mise en œuvre des activités : <ul style="list-style-type: none"> Réforme du Système de Santé : Dissolution de la Direction de la Sante Maternelle et Infantile au profit de la création d'une Agence des Soins de Santé Primaire (ANSSP) qui propose une vision intégrée des SSP qui n'a été opérationnelle administrativement qu'à la toute fin de l'année, avec de grands défis internes de mise en place. Pandémie de la COVID19 qui a mobilisé l'ensemble des cadres et des ressources du système de sante depuis le mois de mars 2020 	UNFPA, Rapport MHTF 2020, Bénin, 2021
L'analyse des questions de genre dans les curricula <ul style="list-style-type: none"> Le rapport d'évaluation des curricula de sage-femmes explore la question du genre dans la section : <i>“Dispositions législatives et réglementaires définissant la fonction Sage-femme comparées à celles des infirmières et médecins – Prise en compte des aspects équité et genre”</i> L'analyse proposée est : <i>Les informations puisées dans les propos recueillis et dans les documents consultés ne permettent pas d'apporter des éléments de réponse précis à cette question. Nous pourrions retenir que, bien que le rôle de la sage-femme soit clairement perçu chez l'ensemble des répondants, il appartient à un parmi d'autres professionnels de santé considérés comme des ressources humaines au même pied d'égalité. La question de genre ne se pose pas puisqu'au Bénin, les sages-femmes sont toutes des femmes.</i> 	Evaluation de la qualité des études de sages-femmes au Bénin Rapport d'évaluation 2020, page 14
Résumé défis - stages Renforcer volet pratique ; progrès pas suffisant <ul style="list-style-type: none"> Sélection de sites de stage à améliorer <ul style="list-style-type: none"> Sites stages ne répondent pas aux normes – en progrès <i>Centres receveurs de stagiaires qui doivent recevoir ne montrent pas toujours le bon modèle</i> Les problèmes relevés portent sur l'environnement inapproprié de travail et les dysfonctionnements relatifs à la qualité des soins. <ul style="list-style-type: none"> A cause de la masse de travail dans les centres de santé, les sages-femmes étudiantes tombent dans la routine Equiperment des centres de santé : Le minimum doit être là pour que les élèves ne désapprennent pas 	Entretien, Ministère de la Santé, Management, Cotonou, Mai 2021, Bénin Ministère de la Santé, Bénin, Mai 2021 Ecoles Sages-femmes

Hypothèse 1.2 : Le soutien du MHTF pour le renforcement des programmes de formation des sage-femmes est techniquement solide et approprié, répond aux besoins nationaux et est aligné sur les normes nationales et mondiales pour la formation des sage-femmes	
<ul style="list-style-type: none"> • Leadership sur terrain et lien avec la communauté : Dans la maternité : Organisation du travail, les gens se limitent à ce que l'agent de santé doit faire de manière clinique ; la communication avec la communauté manque ; cloison entre communauté/maternité, référence et contre référence ; recherche active n'existe pas. Or, causes de MMR : 1er retard continue à exister. Des pilotes existent et devraient être généralisés • Accompagner sage-femme dans l'utilisation des équipements <ul style="list-style-type: none"> • Révision carnets de stage des étudiants, qui prendrait en compte stage rural et urbain ; révision de la checklist • Pas suffisamment d'enseignantes sage-femme, du coup pas assez d'encadrement pratique ; cause : Etat ne recrute pas assez ; 5 enseignantes (car les autres sont parties en Master) ; 	<p>UNFPA Benin Annual Report, 2018, 2019</p> <p>UNFPA IDI</p>
<p>Défis sur le mentorat</p> <p>Dans certains cas, sage-femme mentor se déplacent loin (45 km) : On a besoin de motivations (per diem de mission ; mécanismes d'émulation entre départements – adresser lettres de félicitations) ;</p>	<p>Entretien, Ministère de la Santé Staff, Mai 2021, Benin,</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dans les écoles de médecine, enseignants sont praticiens et mentors qui accompagnent jeunes dans leur pratique. Les sages-femmes enseignantes ne sont pas celles qui font le mentoring – c'est un problème quand les 2 ne sont pas alignées – problème de transmission de savoir « non, ce n'est pas comme ça qu'on fait ici ». • Difficulté : pas assez d'enseignants ; La solution serait de créer des espaces d'échanges entre enseignants/mentors 	<p>Entretien, Ministère de la Santé Staff, Mai 2021, Benin,</p>
<p>Défis : Le renforcement des compétences des sage-femmes pour la prise en charge des SONUB</p> <p>Aller plus loin : Fiche de monitoring ne suffit pas (il faut cocher/cocher) On manque de véhicules de supervision, outils informatiques et formation continue.</p>	<p>Entretien, National Ministère de la Santé Manager, Juin 2021, Benin + DSIO</p>
<p>Formation continue peu efficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Il y a des sage-femmes à qui l'Etat a offert une formation mais qui vont à la retraite peu après. Il faut définir un âge maximal pour aller en formation ; On a fait trop de formation continue. Parfois, pour les formations en cours d'emploi, on a passé 4-5 jours à les former. Vous revenez et les mêmes faux gestes sont d'actualité.</i> 	<p>Groupe de Discussion avec sages-femmes, Juin 2021, Benin</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pas assez de ressources pour les sages-femmes – en particulier formation continue (pour pallier à rotation du personnel) • Centres de simulation et de perfectionnement (espace qui permet d'optimiser pratique de sage-femme: essais sur mannequins) : avantage est que la sage-femme se sent rassurée et sait qu'elle a un espace pour mise à jour 	<p>Entretien, Ministère de la Santé, Management, Cotonou, Mai 2021, Bénin</p>
<p>Pas suffisamment d'encadrement des élèves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Souci ratio encadrateurs/apprenants, manque de sage-femme enseignantes (<i>l'idéal serait d'avoir Master, mais on prend celles qui ont niveau licence et on les forme en pédagogie</i>) • En termes de capacité de production des écoles, on reste déficitaire • Encadrateurs pas suffisamment formés (au niveau pédagogique) au sein d'école Parakou et pour superviser stages • Nous n'avons pas le nombre suffisant de sages-femmes à l'école qui pourraient aller superviser l'encadrement sur site – en ce moment on essaie de recruter plus de sages-femmes enseignantes 	<p>UNFPA entretien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecole de sages-femmes entretien

Hypothèse 1.2 : Le soutien du MHTF pour le renforcement des programmes de formation des sage-femmes est techniquement solide et approprié, répond aux besoins nationaux et est aligné sur les normes nationales et mondiales pour la formation des sage-femmes	
<ul style="list-style-type: none"> • Les faiblesses identifiées concernent surtout la non appropriation de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006 – 2015 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. • Des priorités ont été formulées pour la période 2018-2022 au nombre desquelles figurent : <ul style="list-style-type: none"> ○ La résolution du problème de pénurie des ressources humaines qualifiées notamment les sages-femmes pour les maternités déclarées SONU et les pédiatres ; ○ L'équipement des formations sanitaires en matériels adéquats ; ○ L'amélioration de la pratique de la sage-femme pour l'acquisition de compétences ○ L'allocation des ressources financières nécessaires au niveau opérationnel, allocation basée sur le principe de Gestion axée sur les Résultats ; ○ La gratuite de la planification familiale favorisant l'accès des adolescentes et jeunes à la contraception ; ○ La prévention et la prise en charge des grossesses chez les adolescentes et jeunes ○ Le développement du réseau des 125 formations sanitaires SONU ; ○ Le développement des soins essentiels du nouveau-né dans toutes les maternités du Bénin et la prise en charge des complications néonatales dans les maternités et hôpitaux ; 	Ministère de la Santé, Plan Opérationnel de la Mortalité Maternelle et Neonatale au Bénin, 2018-2022, Mars 2018
Hypothèse 1.3 : Les efforts visant à renforcer les capacités des organisations de sage-femmes se traduisent par une professionnalisation accrue des sage-femmes et des opportunités accrues de formation professionnelle continue, de progression de carrière et de soutien	
Indicateurs :	
<ul style="list-style-type: none"> • Exemples de plans d'action stratégiques chiffrés soutenus par l'UNFPA pour les associations de sage-femmes • Exemples d'activités de communication, de plaidoyer et de mobilisation de ressources soutenues par l'UNFPA visant à renforcer les capacités des associations de sage-femmes • Exemples d'actions de renforcement des capacités par les associations de sage-femmes pour fournir une formation professionnelle continue, pour renforcer les capacités des jeunes sage-femmes leaders et pour offrir un meilleur accès à des informations de qualité sur la SDSR par les adolescents via les médias sociaux et traditionnels • Points de vue et expériences des dirigeants au niveau global et national et des membres des associations de sage-femmes concernant la pertinence, l'efficacité et l'efficience des efforts de l'UNFPA • Des plans pour soutenir les efforts de renforcement des capacités au sein des associations de sage-femmes sont en place et mis en œuvre. 	
• Observations	• Sources
L'atelier de cocréation appuyé par l'UNFPA en novembre 2019 a regroupé plus d'une vingtaine de sage-femmes venant de toutes les régions du Bénin autour de la question de l'innovation pour renforcer l'atteinte des trois résultats transformateurs du plan stratégique de l'UNFPA	UNFPA, MHTF Rapport d'activités 2019

Hypothèse 1.3 : Les efforts visant à renforcer les capacités des organisations de sage-femmes se traduisent par une professionnalisation accrue des sage-femmes et des opportunités accrues de formation professionnelle continue, de progression de carrière et de soutien	
<p>Manque de collaboration ordre des sages-femmes et école/école formation des sages-femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> Il faut éviter de recruter les élèves sur la base de l'étude de leur dossier scolaire uniquement, et recruter sur concours. Mais il n'y a pour l'instant pas de concours et la directrice de l'école de sage-femme n'y semble pas favorable. 	Groupe de Discussion avec sages-femmes, Juin 2021, Benin
<p>Incapacité de formuler une vision stratégique de la part des associations de sage-femme et sentiment de ne pas être suffisamment écoutées</p> <ul style="list-style-type: none"> Si UNFPA veut nous aider, je leur demanderais de fournir le matériel adéquat. - Construire ou louer un local pour qu'ensemble avec l'ONSB, nous ayons un pool de sage-femme capable de relever le défi sur la base de critères bien définis. Qu'on écoute ceux qui ont l'expérience pour donner l'information juste ; a plupart des personnes autour de cette table, nous avons une longue carrière derrière nous. Beaucoup sont d'ailleurs à la retraite. Donc il y a vraiment de l'expérience et de l'expertise à vendre Pour ce qui est de notre collaboration avec UNFPA, je peux dire qu'elle est bonne. Ils nous ont équipé avec du matériel informatique, un scanneur et une photocopieuse. 	Groupe de Discussion avec sages-femmes, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> En dehors des activités de représentation, l'ordre mène également quelques activités pour mieux comprendre l'évolution de l'exercice de la profession. Par exemple, nous organisons des supervisions sur le terrain qui permettent d'apprécier les comportements des sage-femmes sur le terrain, leurs conditions de travail et pour donner notre avis sur ce qui ne va pas. 	Groupe de Discussion avec sages-femmes, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Il serait très bien si UNFPA peut nous aider à accompagner l'état pour la formation post universitaire en vue de renforcer la pratique au niveau de nos filles qui sortent des écoles de sage-femmes. 	Groupe de Discussion avec sages-femmes, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Appui à la célébration de la journée des sage-femme – mobilisation et porter l'attention sur la pratique et les défis. UNFPA a recruté un consultant qui a aidé le développement du Plan Stratégique Pluriannuel 2016-2020. Dotation d'outils de gestion portables pour gérer l'association Mais le Plan n'a pas été mis en œuvre ou décliné en plans d'action annuels. Les seuls appuis sollicités étaient pour organiser des événements ponctuels (tels que le dépistage des cancers génitaux et requetés pour participer à des rencontres internationales). Appuis ad-hoc et pas structurels... 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Sans fausse modestie l'ANSFB (association nationale des sages-femmes du Bénin) disposait d'une administration fonctionnelle. Mais depuis que le projet est terminé, tout s'est arrêté. Nous avons également prévu l'élaboration et la dissémination de manuel de procédure et textes finaux 	Groupe de Discussion avec sages-femmes, Juin 2021, Benin
<p>Perception des stages par les élèves donnent à voir les conditions de travail dans les maternités, le métier de sage-femme, et le conflit entre les différents groupes de sage-femme</p> <p>Manque de supervision bienveillante</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>A peine 5 sage-femme sur 100 sont là pour t'aider. On n'est pas payé pour ça.... Si tu pratiques qu'une seule fois, tu oublies...</i> 	FGD élèves sages-femmes

Hypothèse 1.3 : Les efforts visant à renforcer les capacités des organisations de sage-femmes se traduisent par une professionnalisation accrue des sage-femmes et des opportunités accrues de formation professionnelle continue, de progression de carrière et de soutien

- *Les stages, ça décourage... on nous traite mal (comme vider poubelles...) ; on a peur des sage-femme; elles ne nous laissent pas pratiquer,*
- *Avant de commencer la formation, on ne savait pas que ce serait comme ça ; si on devait refaire, on ne referait pas*
- *Sage-femme coordinatrice n'a pas participé à mon stage, ni aucune des autres sages-femmes; le matériel était souillé, la stérilisation pas correcte. Certaines sages-femmes étaient gentilles et d'autres criaient tout le temps, on n'osait pas poser des questions ; on travaillait avec les aides, les sage-femme ne nous parlaient même pas*

Pas de « role-modelling » durant les stages

- *Le bébé est né par terre ; elle a accouché toute seule par terre car personne ne s'est occupée d'elle*
- *Alors que j'étais de garde, j'ai vu une femme arriver, qui allait clairement accoucher. Elle a demandé le nom de la sage-femme de garde, et quand on le lui a dit, elle est repartie avec son mari... Elle a peut-être accouché sur la route.... On nous parle de l'importance de l'accueil à l'école, mais les sages-femmes que l'on rencontre en stage ne donnent pas le modèle...*
- *Les sages-femmes n'aiment pas travailler ; on a essayé de parler avec elles, mais ça n'a rien donné. Les aides-soignantes nous dominant, elles dominant même les sages-femmes. Pourquoi ? Car elles font tout le travail, ce sont elles qui font le travail... **la sage-femme me regardait et elle ne faisait rien.***

Impact sur la motivation

- *J'ai toujours souhaité aider les autres. L'esprit du métier de la sage-femme m'a beaucoup intéressée parce que c'est comme un sacerdoce. A part la violence psychologique à l'école et parfois **la méchanceté qu'on peut observer sur le terrain avec certains encadreurs**, moi je veux bien continuer dans ce métier. Mais on peut dire qu'il y a des circonstances atténuantes, par exemple la **charge de travail, le manque de matériel** et les drames que les sage-femmes vivent quand elles se sentent impuissantes face à certains cas. Ça peut expliquer.*
- *J'ai confiance en moi, je sais qu'on ne va pas faire comme elles.*
- *Quand je regarde comment j'étais avant de rentrer et comment je me comporte maintenant, INMES en est pour quelque chose. J'ai beaucoup changé. **J'ai perdu la confiance en moi-même. On nous met dans la tête que nous ne sommes rien.** Ce qui frise parfois la méchanceté. J'étais une fille très extravertie, expansive. Je m'exprimais quand il le faut. Mais, en 2ème j'ai changé. Ce que **je souhaite que la formation soit humanisée...** Ce n'est pas sous la pression que nous allons donner le meilleur de nous-même, c'est une vocation*

Contenu de l'enseignement

- *Il y a plusieurs matières ou **les sages-femmes et les gynécos n'enseignent pas la même chose sur le même sujet** : « c'est compliqué, on ne sait pas qui on doit suivre ».*
- ***Ce que l'on nous apprend en cours, ce n'est pas la même chose que ce qu'on voit pendant le stage** ; les sage-femmes nous disent : "ne fais pas ci, ne fais pas ça », or c'est ce qu'on a appris en cours. Exemple ? Antécédents médicaux : « Comme le palu est endémique, pendant le cours on nous a dit qu'il fallait cocher le palu comme antécédent pour toutes les femmes »*

Processus de feedback

Hypothèse 1.3 : Les efforts visant à renforcer les capacités des organisations de sage-femmes se traduisent par une professionnalisation accrue des sage-femmes et des opportunités accrues de formation professionnelle continue, de progression de carrière et de soutien	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quand vous rentrez de stage, vous ne donnez pas de feedback à l'école ? Le rapport de stage est d'abord présenté à la clinique et si on écrit quelque chose de négatif, on nous dit d'enlever ces passages-là ; si on le dit à l'école, on va être punie ; on va être envoyé en garde...</i> <p>Situation généralement plus difficile dans les maternités urbaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>On nous laisse travailler en zone rurale. Les relations étaient bien meilleures qu'à Cotonou. Là-bas, elles sont plus accessibles, nous éduquent, mettent l'information à notre disposition, ne nous accusent pas. Montrent le chemin, expliquent le bien fondé de certaines choses parfois. Ici, à Cotonou, beaucoup ne font pas comme ça.</i> <p>Conditions de stage</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ils n'ont pas notre temps. Nous avons également eu des problèmes de logement, l'hôpital ne dispose pas de logement pour les sage-femmes. On était obligé de louer sur nos propres fonds et nous-même on a cherché. Il n'y a pas non plus de véhicule pour nos déplacements</i> • <i>Nous même nous sommes obligés d'acheter les gants, autres matériels. Parce que quand ce qu'ils nous ont donné en stage de zone finit, c'est à l'étudiant de remplacer sinon les Sage-femmes n'acceptent pas qu'on travaille avec elles.</i> <p>Solutions proposées</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Moi je pense qu'il faut un suivi psychologique pour les sage-femmes, leur apprendre à gérer le stress, apprendre à gérer les douleurs. Elles sont laissées à elles même. Elles gèrent comme elles peuvent. « Pour moi, il faut d'abord améliorer les conditions d'étude pour nous permettre de garder en nous cette flamme qui nous a animé et nous a fait venir dans cette école. Le reste, on peut gérer sur le terrain. »</i> • <i>Les enseignantes pensent qu'on est toujours au collège. Et ce traitement nous affecte. Ça affecte nos relations avec les patients, compassion, consentements ... On est dirigé par la peur.</i> 	
<p>Défis : Qualité de la réponse des sage-femmes – conscience professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Se pose la question de la conscience professionnelle et la motivation des personnels.... Conditions de travail, salariales... le métier perd de son sens... pas toujours des sages-femmes qui sont motivées. Stages : Au lieu de leur montrer les bons côtés, c le contraire, donner des coups, dévaloriser l'élève, élèves déprimées après leurs stages.</i> • <i>Le troisième point est relatif à la conscience professionnelle. Mais pour ça, c'est un autre débat. Tout se résume à pourquoi les gens ont choisi la profession dans un premier temps, et ce qu'elles voient faire sur le terrain par leurs aînées d'autre part. Mais si la sage-femme doit vivoter sur son lieu de travail, il est difficile de corriger certaines choses. L'Etat doit prendre ses responsabilités en mettant les gens dans les meilleures conditions de travail, puis, sévir selon les cas.</i> 	<p>Entretien, donateur bilatéral, Juillet 2021, Benin</p>

Domaine d'enquête 2 : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Question d'évaluation 2 : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il soutenu les ministères de la santé pour concevoir, renforcer et étendre un réseau national de maternités de base et de référence dotées de personnel de santé qualifié et capable de fournir des services de santé sexuelle et reproductive de qualité ainsi que des soins maternels et néonataux, y compris les SONU ?

Sous-questions :

- Comment et dans quelle mesure le MHTF contribue-t-il à l'élaboration de stratégies et de politiques alignées au niveau national pour définir et assurer le suivi du réseau national de centres SONU et renforcer les liens de référence ?
- Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué au renforcement du fonctionnement du réseau national de centres SONU pour fournir des services de SSR équitables, responsables et de qualité, notamment par le biais de processus d'assurance qualité et de suivi ?
- Dans quelle mesure le MHTF contribue-t-il au renforcement des capacités du personnel de santé qualifié dans les établissements de SONU pour fournir des services de SSR équitables, responsables et de qualité ?

Critère d'évaluation	<i>Pertinence, efficacité, efficience, durabilité</i>
Justification	Les femmes et les nouveau-nés courent un risque élevé de décès et de morbidité pendant le travail, l'accouchement et la première semaine après la naissance. Les activités de l'UNFPA visant à promouvoir des politiques et des plans fondés sur des données probantes pour un accès accru à des services SONU équitables, responsables et de qualité visent à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. L'UNFPA se fonde sur les enseignements tirés des phases précédentes du MHTF pour soutenir : la planification et le suivi du réseau national d'établissements SONU, des processus d'assurance qualité renforcés, une mise à l'échelle dans d'autres pays et pour renforcer l'intégration via un soutien supplémentaire à la planification familiale post-partum et post-avortement et la prévention du cancer du col de l'utérus.

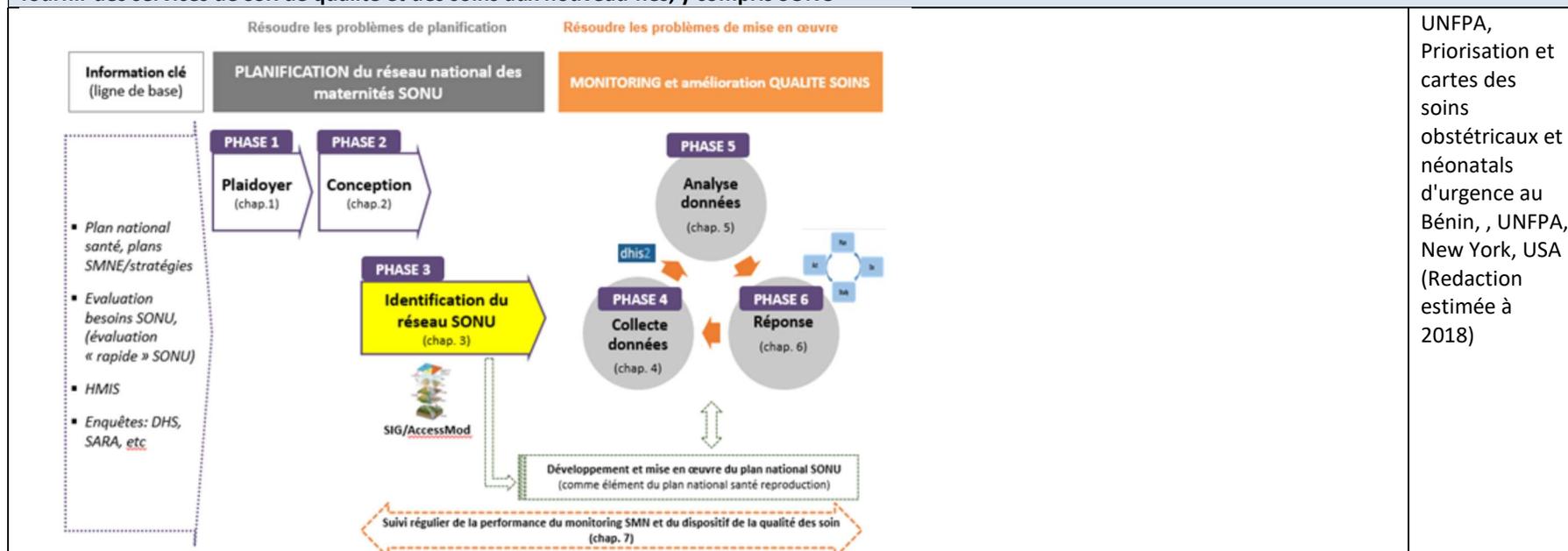
Hypothèse 2.1 : Les efforts du MHTF aux niveaux global, régional et national en matière de plaidoyer, de dialogue politique, de coordination et de gestion des connaissances fondés sur des données probantes conduisent à des plans nationaux pour un réseau national efficace d'établissements SONU ayant la capacité de fournir des services de SSR de qualité et des soins aux nouveau-nés, y compris SONU

Indicateurs :

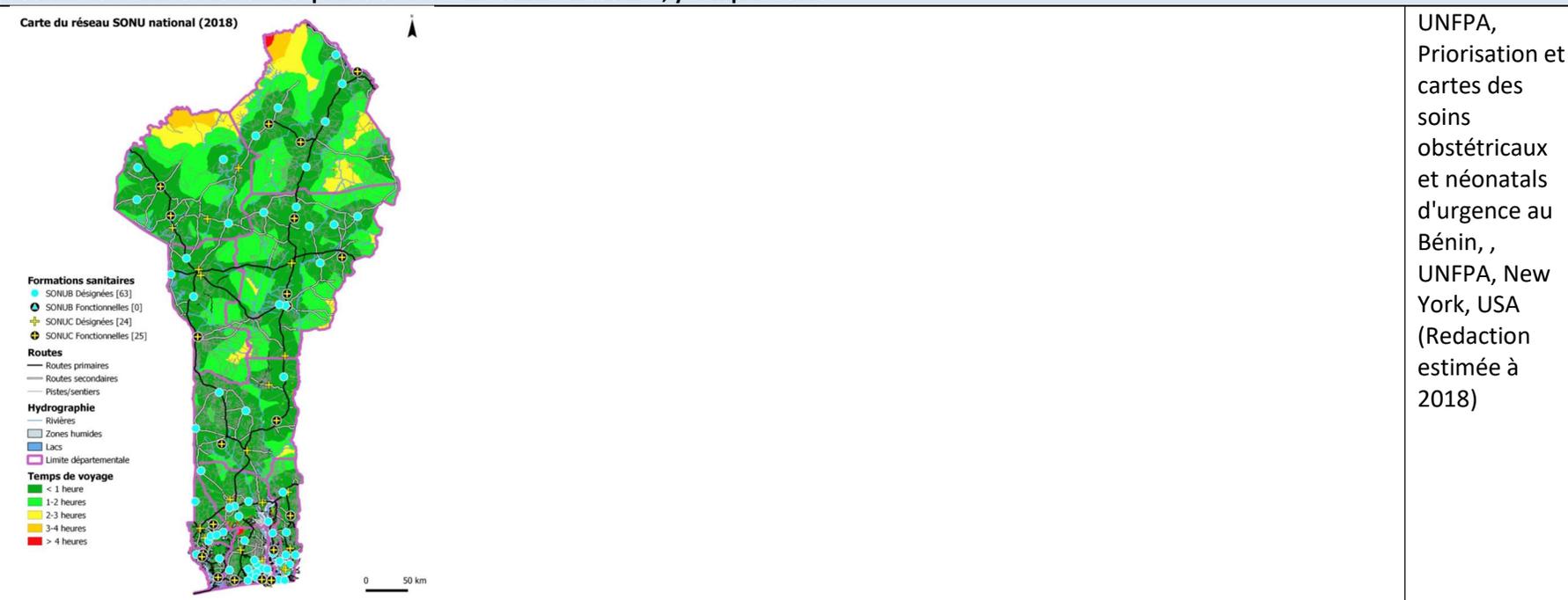
- Alignement entre les orientations globales et régionales fondées sur des données probantes et les stratégies nationales pour la définition, le suivi et l'intensification des services SONU et SDRS renforcés
- Exemples de plaidoyer et de dialogue politique du MHTF et de coordination des partenaires en appui aux plans nationaux conçus pour renforcer et étendre la qualité des SDRS et de la SMN, y compris les services SONU au sein d'un réseau bien défini d'établissements
- Tendances de la proportion de la population couverte par un réseau d'installations SONU fonctionnel (moins de 2 heures de trajet)
- Les plans de travail du MHTF incluent l'application des leçons apprises (gestion des connaissances) des phases précédentes pour améliorer la qualité et soutenir l'extension des services dans les pays et vers de nouveaux pays
- Points de vue et expérience des autorités sanitaires et des institutions partenaires aux niveaux mondial, national et infranational concernant la pertinence, l'efficacité et la synergie entre les autres interventions de l'UNFPA et les efforts du MHTF pour soutenir les SONU et les services intégrés de SSR et de SMN
- Points de vue et expérience des autorités sanitaires et des institutions partenaires concernant le leadership de l'UNFPA sur les principes fondamentaux d'équité en matière d'accès, de qualité des soins, de responsabilité et sur les principes liés aux droits humains et à l'égalité des genres.

Observations	Sources
---------------------	----------------

Hypothèse 2.1 : Les efforts du MHTF aux niveaux global, régional et national en matière de plaidoyer, de dialogue politique, de coordination et de gestion des connaissances fondés sur des données probantes conduisent à des plans nationaux pour un réseau national efficace d'établissements SONU ayant la capacité de fournir des services de SSR de qualité et des soins aux nouveau-nés, y compris SONU



Hypothèse 2.1 : Les efforts du MHTF aux niveaux global, régional et national en matière de plaidoyer, de dialogue politique, de coordination et de gestion des connaissances fondés sur des données probantes conduisent à des plans nationaux pour un réseau national efficace d'établissements SONU ayant la capacité de fournir des services de SSR de qualité et des soins aux nouveau-nés, y compris SONU



UNFPA, Priorisation et cartes des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin, , UNFPA, New York, USA (Redaction estimée à 2018)

Le MHTF a effectué un plaidoyer politique, facilité un dialogue national et apporté un soutien technique à la mise en place d'un réseau national SONU. Le processus a commencé en 2016, et l'institutionnalisation, qui s'est déroulée en 2017 et 2018, a culminé avec la rédaction du **Rapport Technique en 2019 (publié en 2020).**

Les différentes étapes sont :

- 1) **Evaluation rapide des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) en 2016**, qui a permis d'identifier que seuls 26% des besoins en SONU étaient satisfaits, et une létalité de 4.8% au niveau des Formations Sanitaires SONU, posant le problème de la qualité de l'offre de soins. Sur la base des résultats de l'évaluation, le Ministère de la Santé a initié les premières étapes du processus de construction du réseau national de maternités SONU. **Une mission d'assistance Technique de haut niveau** venant à la fois du Bureau du Togo, de l'UNFPA TD et du Bureau régional de Dakar a été obtenue pour discuter des étapes qu'implique la mise en place d'un réseau national des formations sanitaires SONU en collaboration avec un expert en GIS/AccessMod de l'Université de Genève.
- 2) **Etapas de la mise en œuvre du réseau SONU en plusieurs étapes :**
 - a. **Consolidation de la décision politique** de reconstruction du réseau national des SONU (oct 2017)
 - b. **Formation d'un pool d'experts sur le Système d'information Géographique (SIG)** (Nov 2017)

Termes de référence de la mission d'appui à la validation du rapport technique de priorisation des SONU au Bénin

Hypothèse 2.1 : Les efforts du MHTF aux niveaux global, régional et national en matière de plaidoyer, de dialogue politique, de coordination et de gestion des connaissances fondés sur des données probantes conduisent à des plans nationaux pour un réseau national efficace d'établissements SONU ayant la capacité de fournir des services de SSR de qualité et des soins aux nouveau-nés, y compris SONU	
<p>c. Vision consensuelle du développement du réseau national des maternités SONU (Mai 2018)</p> <p>d. Trois ateliers de priorisation des formations sanitaires offrant les SONU (Nov-Dec 2018).</p> <p>e. Validation du rapport technique de priorisation des SONU en vue de disposer d'un document national des SONU qui servira de cadre de référence pour tous les intervenants dans ce domaine.</p> <p>f. Développement d'un outil simplifié pour le monitoring des formations sanitaires SONU a été également élaboré sur la base des indicateurs traceurs de SONU.</p> <p>g. Réalisation d'un costing des formations sanitaires SONUB comme outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières – financé par la Banque Mondiale</p> <p>Le processus a impliqué une large variété d'acteurs aux niveaux national et international --Médecins de zones, partenaires techniques et financiers (PTFs), Ministère de la sante, mais aussi internationaux (Université de Genève, UNFPA (Siège et Bureau du Togo) -- et est fondé sur des bonnes pratiques existantes.</p>	<p>UNFPA, Rapport Annuel, 2018</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La stratégie de priorisation des formations sanitaires SONU et a permis de retenir un réseau de 112 formations sanitaires SONU dont 66 SONUB en 2018. Ce réseau de 112 maternités SONU était en mesure de couvrir 97% de la population (à une heure de trajet) - une performance supérieure à l'ancien réseau composé de 125 maternités et couvrant 93% de la population. Il était alors estimé qu'il serait possible de réduire ce réseau à 108. • 111 sur 112 formations sanitaires disposent des normes en matière de ratio population/SONU (5 SONU pour 500.000 habitants). 	<p>UNFPA Rapport Annuel, 2018</p>
<ul style="list-style-type: none"> • En 2019, le réseau a été réduit à 109 formations sanitaires SONU qui couvrent 77% de la population, dont 30 ont une qualité suffisante et • Une fois que des SONU ont été priorisés avec médecins de zones de santé, les équipements sont concentrés sur les centres d'excellence 	<p>Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Les critères qui aident à la priorisation des formations sanitaires SONU sont principalement : (i) la densité de la population (bassin de population) ; (ii) le nombre d'accouchements ; (iii) les liens entre SONUB et son SONUC et (iv) la couverture de la population. Le nombre de personnel qualifié, le déficit en fonctions signalétiques, la qualité du management de la formation sanitaire et la compatibilité de la structure avec un SONU sont aussi à considérer. • Les sage-femmes sont indispensables pour les SONUB. La norme retenue au Bénin est quatre (4) sage-femmes pour une formation sanitaire SONUB. • Le monitoring des formations sanitaires SONU doit tenir compte au moins des trois indicateurs ci-après : les besoins en sage-femmes, le nombre de formations sanitaires SONU fonctionnels et le lien entre les SONUB et les SONUC. • Le renforcement des compétences des sage-femmes pour la prise en charge des SONUB se réalise à travers : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'amélioration de la formation initiale axée sur les soins respectueux, les accouchements sûrs et les SONUB ; ○ L'accréditation des lieux de stage (clinique et pédagogique) ; • Le déploiement des sage-femmes compétentes en priorité dans les SONUB. 	<p>Atelier n° 3 de priorisation des Formations Sanitaires SONU pour les départements de : l'Alibori, l'Atacora, Borgou et de la Donga.</p>

Hypothèse 2.1 : Les efforts du MHTF aux niveaux global, régional et national en matière de plaidoyer, de dialogue politique, de coordination et de gestion des connaissances fondés sur des données probantes conduisent à des plans nationaux pour un réseau national efficace d'établissements SONU ayant la capacité de fournir des services de SSR de qualité et des soins aux nouveau-nés, y compris SONU	
<p>Prochaine étape :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une démarche similaire pour le réseau des maternités périphérique (SONE) et le niveau communautaire. • Ces ateliers ferment une première phase, centrée sur la planification, du processus de développement d'un réseau SONU fonctionnel. Une fois ces propositions validées par le Ministre de la santé, elles devront servir de base aux plans départementaux de santé de la reproduction. En effet, lorsqu'elles deviennent fonctionnelles, les maternités SONU doivent être vues comme de bonnes plateformes d'intégration des services en santé de la reproduction grâce aux équipes de personnel qualifié et au plateau technique dont elles disposent. Le réseau SONU national doit également être relié au réseau des formations sanitaires plus périphériques, selon une méthodologie très proche de celle qui a été utilisée dans ces ateliers départementaux. Elle doit également accompagner la politique de développement communautaire et s'appuyer sur la dynamique de déconcentration en cours. 	<p>Rapport Annuel UNFPA 2019</p> <p>UNFPA, Priorisation et cartes des soins obstétricaux et neonatals d'urgence au Bénin, unknown year, UNFPA, New York, USA (redaction estimée à 2018)</p>
<p>Au-delà de ce soutien technique qui a permis la définition de cette stratégie, le MHTF appuie directement un certain nombre de formations sanitaires SONU (49 via le Takeda Fund ainsi que 24 dans les zones de santé de Zou et Collines) ; « on a donné idées mais on ne peut pas tout couvrir »</p>	<p>Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin</p>
<p>Autres PTFs impliqués</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enabel (Coopération Belge) – renforcement de la fonctionnalité de centres SONU et construction de maternités (dans deux ZS Atlantique, Cofou, Collines) à travers deux programmes (P@sris (Programme d'@ppui à la santé sexuelle et reproductive et à l'information sanitaire), financé par AFD (13 millions euros) et Equité (Ensemble pour une qualité des soins inclusive et transparente, orientée vers l'égalité genre))- et Banque Mondiale (réalisation d'une étude pour évaluer les coûts et soutien direct à des formations sanitaires). • MHTF ne construit pas de maternité, mais ENABEL le fait. Il y a une bonne complémentarité, car quand les ventouses ne sont plus fonctionnelles par exemple, UNFPA 	<p>Entretien, UNFPA bureau pays, Juin 2021, Benin, Seydou</p>
<p>Challenges :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le maintien des fonctions SONU dans les 112 formations sanitaires. • Le maintien des sages-femmes au poste. • Le respect des normes en effectif des sages-femmes par formation sanitaire (4) 	<p>UNFPA Rapport 2018</p>

Hypothèse 2.1 : Les efforts du MHTF aux niveaux global, régional et national en matière de plaidoyer, de dialogue politique, de coordination et de gestion des connaissances fondés sur des données probantes conduisent à des plans nationaux pour un réseau national efficace d'établissements SONU ayant la capacité de fournir des services de SSR de qualité et des soins aux nouveau-nés, y compris SONU	
Exemple de plaidoyer réussi du MHTF La cartographie , au départ, n'était pas claire et pas comprise, mais elle a maintenant été adoptée, grâce à beaucoup de travail avec le Ministère de la Santé, les géographes du Ministère de l'environnement, et l'appui de l'Université de Genève, facilité par UNFPA. Tous les acteurs ont été impliqués dans les ateliers départementaux de 2017-2018.	Entretien avec UNFPA bureau pays, Juin 2021, Benin •
Exemple de transfert d'expériences et bonnes pratiques facilité par MHTF <i>Si le Benin a une fiche de monitoring d'une seule page, c'est grâce aux échanges avec le Togo, l'appui du bureau régional et du siège (Mr Brun) : L'outil est rentré dans la routine maintenant. Avant, l'outil de monitoring était trop volumineux et pas facile à documenter, ;</i>	Entretien avec UNFPA bureau pays, Juin 2021, Benin
MHTF a été précurseur <ul style="list-style-type: none"> UNFPA a été très visible sur la question des SONU. Je crois que c'était la première fois que nous avons connu un programme d'envergure nationale avec toutes les composantes, notamment la programmation au plus haut niveau, la formation des acteurs sur le terrain, la mise à disposition d'équipements et d'intrants etc. Comme le programme a eu du succès dans la phase précédente du MHTF, UNFPA a naturellement continué dans la troisième phase. 	Agence multilatérale, Juillet 2021, Benin
Positionnement catalytique Le MHTF ne couvre pas 34 zones mais utilise le monitoring pour faire du plaidoyer auprès d'autres PTFs pour augmenter le nombre de centres SONU fonctionnels ; besoins de ressources additionnelles (projet en cours d'élaboration avec la Banque Mondiale et Fonds Takeda)	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin •
Hypothèse 2.2 : Les apports du MHTF aux niveaux national et infranational concernant l'utilisation de processus, outils et données d'assurance-qualité sont consistants avec l'amélioration du suivi et de la qualité des services de SSR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
Indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> Exemples d'efforts du MHTF pour renforcer les processus, les outils et la collecte de données d'assurance qualité (AQ) aux niveaux nationaux et infranational Opinions des agents de santé aux niveaux national et infranational dans les zones géographiques soutenues par l'UNFPA, qui confirment la mise en œuvre régulière de processus d'AQ et l'utilisation des résultats pour soutenir l'amélioration des services Exemples de la façon dont les efforts d'amélioration de la qualité intègrent les principes fondamentaux du MHTF, les droits de l'homme et l'égalité des sexes dans la supervision et le mentorat Opinions des responsables de la santé, y compris les gestionnaires d'établissements, les prestataires et les membres de la communauté sur la manière dont les services de SDSR et de SMN, y compris les services SONU, sont monitorés pour garantir la qualité Disponibilité de plans pour soutenir (institutionnaliser) les processus d'AQ soutenus par l'UNFPA au sein des systèmes nationaux de performance et de supervision. 	
Observations	Sources

Hypothèse 2.2 : Les apports du MHTF aux niveaux national et infranational concernant l'utilisation de processus, outils et données d'assurance-qualité sont consistants avec l'amélioration du suivi et de la qualité des services de SSR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
<p>Cartographie pour mettre en place réseau de maternités SONU <i>Mobilisant les nouvelles technologies liées au Système d'Information Géographique (SIG), AccessMod, développé par l'Université de Genève et l'OMS permet d'établir des cartographies de l'accessibilité aux maternités et de calculer la couverture de population en fonction des moyens et des vitesses de déplacement de la population dans une région donnée. Chaque équipe départementale du Ministère de la santé et ses partenaires ont analysé et proposé un réseau de maternités SONUB et SONUC couvrant convenablement la population mais dont il faudra améliorer la qualité des services. Un premier résultat de cette approche méthodologique innovante est d'avoir été capable de mesurer la couverture de la population par réseau SONU.</i></p>	<p>UNFPA, Priorisation et cartes des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin, UNFPA, New York, USA</p>
<p>Défi : Cartographie à améliorer pour prendre en compte référence SONUB vers SONUC</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les liens de référence entre maternités SONUB et SONUC ont montré que seul 40% de ces liens pouvaient être qualifiés de "satisfaisants", les principales faiblesses demeurant un manque de moyens matériels (ambulance) et des barrières financières. Dans certains départements, l'état des routes est évoqué comme problème, appelant à une meilleure concertation avec les secteurs du gouvernement en charge de l'aménagement du territoire.</i> 	<p>UNFPA, Priorisation et cartes des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin, UNFPA, New York, USA</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le maillage SONUB/SONUC n'a pas bien pris en compte le transport vers l'hôpital de référence et il faudrait vérifier si structures autour hôpital peuvent référer en moins d'1h. Il faudrait réorganiser la carte sanitaire en fonction de la distance SONUB-SONUC.</i> 	<p>Entretien, Ministère de la Santé, Management, Cotonou, Mai 2021, Bénin</p>
<p>Système de qualité-assurance mis en place par MHTF : Monitoring SONU <i>La fiche de monitoring interroge la qualité des prestations et identifie les goulets d'étranglement (évalue le niveau de disponibilité du staff et intrants ainsi que l'impact de l'absence en tant que complications et décès) : Données analysées pour identifier pourquoi certaines formations SONU ne sont pas fonctionnelles et l'établissement d'un Plan d'amélioration de la qualité</i></p>	<p>Entretien, UNFPA Staff, Mai 2021, Benin</p>
<p>Les sept fonctions signalétiques des SONUB (et neuf dans les SONUC) Les fonctions SONU ont-elles été réalisées au cours des 3 mois précédents ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administration d'antibiotique par voie parentérale 2. Administration d'antibiotique par voie parentérale 3. Administration d'anticonvulsivant par voie parentérale 4. Extraction manuelle du placenta 	<p>Ministère de la santé, Fiche de monitoring trimestriel des Services de</p>

Hypothèse 2.2 : Les apports du MHTF aux niveaux national et infranational concernant l'utilisation de processus, outils et données d'assurance-qualité sont consistants avec l'amélioration du suivi et de la qualité des services de SSR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
5. Evacuation de débris intra utérin (AMIU, curage) 6. Accouchement assisté par ventouse 7. Réanimation néonatale de base (avec ballon et masque) 8. Réalisation de césarienne 9. Réalisation de transfusion sanguine	Santé Maternelle et Néonatale au niveau des Formations Sanitaires SONU
<p>Le monitoring des formations sanitaires SONU est bien maîtrisé par les acteurs du terrain.</p> <p><i>Exemple de l'impact positif du monitoring « classique » au niveau d'une maternité SONU (sans utilisation de la fiche)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> On utilise aussi l'auto-monitoring, sur la base du Guide du Monitoring décentralisé au niveau des zones sanitaires (2016) : La campagne de PF gratuite a été décidée grâce au monitoring ; mais on pourrait améliorer le processus car avec ce processus, « on va venir poser des questions a tout le monde et déranger tt le monde » Il y a aussi un second monitoring par la Zone de Santé, qui définit des buts à atteindre dans les 6 mois Tous les 6 mois, inventaire des cartes maternelles (on vérifie si les questions posées sont complètes... cartes qui ont suivi les normes et cartes qui n'ont pas suivi les normes : Sur cette base, on identifie problèmes et on enclenche le mentorat) ; c'est ce monitoring qui nous a fait dire qu'une sage-femme ne doit jamais travailler seule ; si sage-femme ne sait pas la langue du malade, on a un problème pour partager l'information : Aide-soignante aide pour traduction 	UNFPA, 2019 Annual Report - Benin, 2020, UNFPA, New York, USA Entretien, Clinic Manager, Mai 2021, Benin Torou
<p>Exemple de l'utilisation de la Fiche de Monitoring développée par le MHTF</p> <ul style="list-style-type: none"> Quand le DDS (Directeur Départemental de la Santé) ou la sage-femme zone vient faire la supervision, on remplit la fiche SONU : C'est très utile, quand certaines fonctions SONU ou intrants manquent, on fait tout pour se mettre à jour et mettre en pratique les recommandations. Par exemple, pour les intrants : s'il y a un manque de médicaments traceurs, on peut mettre ça dans la pharmacie 	Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin
<p>Exemple au niveau d'un centre hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> La fiche de monitoring utilisée par semestre, mais plutôt au niveau inférieur ; chaque semestre équipe de zone sanitaire vient faire monitoring pour améliorer prise en charge et les indicateurs nous permettent de prendre des actions sur la base des recommandations faites. Par exemple le monitoring a permis de réorganiser le renouvellement des kits d'urgence afin que les produits d'urgence soient toujours disponibles 	Entretien, Centre de Santé, Management, Mai 2021, Benin CHU
<p>Défi du monitoring : Limitations de la fiche de monitoring :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'analyse des données donne une idée de la qualité des services... Mais si on veut mesurer la qualité, il faut aller au-delà de l'outil pour voir plus en profondeur ce qui se passe sur le terrain – la fiche est un premier pas, mais si on veut parler de qualité, il faut aller plus loin. La fiche ne rentre pas dans les éléments qui permettent de savoir si le centre est fonctionnel ou pas. 	Entretien, UNFPA bureau pays, Juin 2021, Benin

Hypothèse 2.2 : Les apports du MHTF aux niveaux national et infranational concernant l'utilisation de processus, outils et données d'assurance-qualité sont consistants avec l'amélioration du suivi et de la qualité des services de SSR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
<ul style="list-style-type: none"> Il y a aussi un défi en termes de capacité d'analyse des données : Comment les données sont analysées et qu'est ce qui est fait pour combler les manques ? L'analyse n'est pas appropriée par les partenaires. On a besoin de formations pour analyser les données et prendre les décisions nécessaires. La fiche ne mesure pas les problèmes de RH – c'est la prérogative du gouvernement. 	
<ul style="list-style-type: none"> <i>Il faut nuancer les conclusions que l'on tire de ces fiches. La vraie question étant : Quand certaines fonctions SONU ne sont pas mises en œuvre : Pourquoi ? Est-ce un problème de compétences ? D'équipements ? Cette analyse fine n'est pas faite. La fiche est intéressante, mais la manière dont on utilise les conclusions est la clef.</i> 	Entretien, Donateur bilatéral, Juillet 2021, Benin
<p>Limites du monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> Le monitoring permet de vérifier si on a respecté les processus et toutes les étapes. On peut avoir un bon monitoring mais les résultats sont mauvais à cause d'une mauvaise organisation du travail et une faible qualité des prestations des sage-femme Le monitoring pointe sur les déficiences, mais il y a un challenge dans la capacité à combler les déficiences en ressources humaines et plateaux techniques. Il faut un engagement fort du gouvernement. 	Entretien, National Ministère de la Santé Manager, Mai 2021, Benin
<p>Défi – fonctionnalité des formations SONU</p> <ul style="list-style-type: none"> Ressources Humaines – il y a moins de déficits en sage-femme au niveau des formations SONUS, mais le défi est que les formations sanitaires SONU soient fonctionnelles et puissent remplir toutes les fonctions signalétiques La disponibilité des produits vitaux n'est pas bonne – ruptures de stock 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
<p>Témoignage - Supervision et mentorat</p> <ul style="list-style-type: none"> C'est la ZS qui organise souvent les supervisions (tous les 3 mois). La DDS aussi en organise (tous les 6 mois). Mais il y a aussi des supervisions surprises. Et des supervisions nationales. Ils regardent ce que nous avons fait. S'il y a des choses qui ne sont pas bonnes, ils nous corrigent et cela augmente nos capacités. Tous les 3 mois, il y a une équipe de supervision de SONU qui vient voir les cas que nous avons reçus. Nous produisons aussi des rapports. Lorsque nous avons des difficultés, on les interpelle et les sages-femmes mentors viennent nous aider. Elles viennent quand nous faisons la demande. 	Entretien, sage-femme, Centre de santé, Mai 2021, Benin
<p>Dotations de UNFPA en matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> Dans notre zone de santé, UNFPA a fourni du matériel de travail et a financé la rénovation d'infrastructures Seringue d'aspiration AMIU. Gant chirurgical en latex, matelas. Il y a environ 5 ans. UNFPA nous accompagne sur beaucoup de choses. En dehors du matériel de COVID, ils nous ont donné des gants chirurgicaux. UNFPA nous a offert une ventouse quand ce que nous utilisions était tombé en panne, il y a environ 2 ans. Ils nous ont demandé nos besoins qu'on a estimé et nous attendons de voir ce qu'ils vont nous donner. 	Entretien, Département de la santé du district, Mai 2021, Benin Entretien sage-femme, Centre de santé, Mai

Hypothèse 2.2 : Les apports du MHTF aux niveaux national et infranational concernant l'utilisation de processus, outils et données d'assurance-qualité sont consistants avec l'amélioration du suivi et de la qualité des services de SSR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
	2021, Benin Tourou
<p>Bâtiments pas aux normes</p> <ul style="list-style-type: none"> Les institutions financières [PTFs] ne construisent pas mais font des réhabilitations. C'est un problème car réhabiliter n'apporte pas grand-chose souvent ; les bâtiments ont été construits il y a longtemps et répondaient à des besoins différents, sur la base d'une population moindre et il faut reconstruire dans certains cas ; si vous accompagnez quelqu'un pour atteindre ses objectifs, il faut se donner les moyens d'atteindre les objectifs » 	Entretien, Département de la santé du district, Mai 2021, Benin
<p>Défi : Aspect communautaire des SONU pas suffisamment développé - n'adresse pas le problème du premier retard</p> <ul style="list-style-type: none"> Le vrai problème c'est le retard aux soins c'est le premier retard. La femme fait son travail à la maison et ne vient que vers la phase d'expulsion. Elles disent que quand elles viennent tôt, elles durent trop ici. Les gens pourront alors penser qu'elles ne se sont pas courageuses. 	Entretien sage-femme, Centre de santé, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> On voit USAID et UNICEF mais au niveau communautaire, UNFPA n'est pas très présent. Et vous savez il faut agir aussi sur les retards. Tout ne se passe pas dans la clinique, tout ne se passe pas dans la salle d'accouchement. Il y a beaucoup de choses en amont. Moi je voudrais souhaiter que les SONU communautaires soient repris par UNFPA et je tire vraiment la sonnette d'alarme sur le fait que tel que ça va se passer avec la nouvelle stratégie, s'il n'y a pas un minimum de choses pour garantir la survie de la mère et de l'enfant, ça peut créer des difficultés dans la mise en œuvre de notre programme communautaire, on a remarqué que les SONU communautaires constituaient la partie un peu faible parce que les relais sont beaucoup attirés par les pratiques de traitement, les pratiques curatives, mais que sur les activités de promotion où ils doivent également conseiller les femmes enceintes et les mères à dormir sous moustiquaires, faire la communication, le suivi des enfants, ne sont pas très bien faites. Est-ce que c'est la formation qui a problème ? est-ce que c'est parce qu'ils sont pris pendant tout le temps ? quand on pose la question, les superviseurs disent que c'est parce qu'ils sont plus attirés par les autres interventions. Donc on a remarqué que ces SONU communautaires sont moins réussis que les autres activités du programme communautaire. 	<p>Doneur bilatérale, Juin 2021, Benin</p> <ul style="list-style-type: none">
<ul style="list-style-type: none"> En ce qui concerne particulièrement les questions de mortalité maternelle, c'est le premier retard. La prise de décision pour aller au centre de santé. Ce facteur peut être lié à d'autres comme la disponibilité de personnes non compétentes dans la communauté, la perception que les gens ont des agents de santé etc. Au niveau des formations sanitaires, il y a toute une série de problèmes en relation avec l'organisation des services, la disponibilité et la qualité du personnel soignant et la disponibilité des intrants, je veux parler du matériel et des médicaments et autres produits. 	Entretien, Doneur multilatérale, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> En tant que médecin, je pense que nous aurions pu faire beaucoup mieux si les services sont bien organisés. Quels facteurs spécifiques par exemple ? Je peux dire que, par exemple, le premier retard est difficilement gérable dans notre contexte où les populations sont pauvres et estiment que les coûts de prise en charge sont élevés. Peut-être qu'avec l'ARCH, certaines catégories [de population] vont avoir des solutions. Mais il reste encore beaucoup à faire pour l'organisation même des services. Quand je regarde des maternités qui sont gérées au 21ème siècle par des aides-soignantes, vous imaginez les dégâts. 	Entretien, ONG international, Benin, Juin 2021
Défis : Prise en compte des déterminants sociaux de la santé et du genre	•

Hypothèse 2.2 : Les apports du MHTF aux niveaux national et infranational concernant l'utilisation de processus, outils et données d'assurance-qualité sont consistants avec l'amélioration du suivi et de la qualité des services de SSR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pour améliorer les centres SONU, il faut améliorer la pratique de sage-femme et les déterminants sociaux de la santé/genre. La manière dont les hommes et les femmes vivent la SSR déterminent toujours la manière dont ils vont apporter réponses [...] On ne peut pas régler un problème sociétal sans engager la société : Si on pense que c'est un problème qui se règle à l'hôpital, on ne va nulle part. C'est dans les petits gestes et la prise en considération par l'homme des besoins de la femme. Si la femme dit « je suis mal, je veux aller à l'hôpital » l'homme dit « non », mais si femme dit « je vais accoucher », l'homme dit « j'arrive ».</i> 	
<p>Rôle de l'entourage de la femme enceinte</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ce centre est bien connu dans notre arrondissement. Donc quand une femme tombe enceinte, c'est ici qu'elle vient directement. Même si toi-même tu ne veux pas venir, les gens autour de toi vont te demander de venir. Par exemple, le mari ou une tante ou quelqu'un va te dire d'aller faire voir la grossesse par une sage-femme</i> • <i>Moi, c'est mon mari qui m'a amené ici. Dès que je lui ai dit que j'avais un arrêt, il a dit qu'on doit aller voir la sage-femme</i> 	Discussion de groupe soin prénatale, Juin 2021, Benin
<p>Cabinets clandestins attirent « la confiance » - proximité</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Une des principales causes des décès maternels concerne les femmes qui ont séjourné dans des cabinets clandestins tenus par des aides-soignantes ou des infirmiers. Ceci est lié à un vide : La maternité est trop loin. Les communautés protègent ces cabinets [en cas de décès maternel] : « Vous dites qu'elle a tué, mais si elle n'avait pas été là, combien d'autres enfants auraient été morts ? ». Mais la distance n'est pas l'élément central : Il y avait un laisser-aller dans le passé et tout le monde pouvait ouvrir un centre de santé, alors la population a pris des habitudes. Les personnes qui tiennent ces centres clandestins sont des gens de la communauté et donnent confiance, même s'ils sont sans qualification. Souvent, celle qui a ouvert le centre de santé a travaillé avant dans une maternité et la sage-femme lui laissait la main. Donc les gens l'ont vue faire.</i> 	Entretien, Département de la santé du district, Mai 2021, Benin
<p>Défi : Secteur privé pourvoyeur de décès maternels <i>Les pratiques ne sont pas les mêmes au niveau de la pratique obstétricale : Diriger un accouchement de manière injustifiée est légion dans le secteur privé. Cela peut amener à une rupture utérine. Les pratiques du secteur privé sont pourvoyeuses de décès maternels</i></p>	Entretien, Département de la santé du district, Mai 2021, Benin DDS Atlantique
<p>Améliorer la capacité des sages-femmes <i>Trop de références sont injustifiées par manque de capacité : Nous avons 900 formations sanitaires, 600 à 700 avec sage-femme, et seulement 400 sages-femmes sont capables de faire tous les gestes. Plus on va aller vers couverture totale, plus on diminue les risques de 1800 décès de femmes par an</i></p>	Entretien, Ministère de la Santé, Management, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<p>Défis - Système de référence/service d'ambulance et infirmier urgentiste</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pas de soutien dans ce sens, on le fait nous-mêmes ; une référence implique un matériel roulant - les partenaires financiers peuvent aider par du matériel roulant, mais le ministère doit le mettre à notre disposition. Nous faisons aussi face à un manque d'infirmiers urgentistes</i> 	Entretien, Département de la santé du district

Hypothèse 2.2 : Les apports du MHTF aux niveaux national et infranational concernant l'utilisation de processus, outils et données d'assurance-qualité sont consistants avec l'amélioration du suivi et de la qualité des services de SSR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
	Manager, Mai 2021, Benin
<p>Référence – point de vue de sage-femme en maternité, importance des perceptions au niveau communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ce qui me tient à cœur, c'est la manière dont nous faisons les références. La ZS n'a pas d'ambulance et ce sont les sapeurs-pompiers qui viennent chercher les malades. Ils nous ont dit que nous pouvons aussi appeler l'ambulance du CHD. Or, si on sollicite l'ambulance du CHD, le malade doit payer à hauteur de 5000. Et la population refuse d'utiliser les sapeurs-pompiers. Les gens pensent que quand le gyrophare et les sirènes sont mis comme ça, c'est indication de mort imminente. Donc ils préfèrent mettre le malade sur la moto. Donc, nous avons besoin d'une ambulance pour la Zone sanitaire.</i> 	Entretien sage-femme, Centre de santé, Mai 2021, Benin, Tourou
<p>Défis – Références et gestion des urgences dans l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Un dispositif est en place mais le système de référence n'est pas assez organisé pour que tout patient référé soit pris dans les meilleures conditions. Pourquoi ? Tous les cas qui dépassent certains plateaux sont référés ici dans de mauvaises conditions. Ce sont des gens démunis. Nous avons une seule ambulance qui a 18 ans.</i> 	CHU MEL
<p>Système de référence/contre-référence doit être repensé</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Une bonne performance demande un investissement massif et une réorganisation fondamentale de tout le système de santé : Le CHU-MEL reçoit 10 femmes référées par jour, de centres différents (or, 5 ambulances, ça reste insuffisant) ; même si la flotte les amène, 2 ou 3 salles d'opération ne suffisent pas à répondre à la demande... Le Ministère de la Santé pense à ouvrir d'autres centres (hôpitaux de zone dans des bassins démographiques à forte densité, à fort taux de migration) ; ce serait un plateau/antenne chirurgicale intermédiaire pour pallier à l'engorgement de l'hôpital.</i> 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<p>Comment organiser référence - ambulance</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les deux 1ere causes décès sont les hémorragies et éclampsies donc la première solution est de travailler sur la disponibilité des produits : Le sang (globalement, les produits sanguins sont disponibles mais n'arrivent pas à l'utilisateur) ; cela devrait faire partie d'1 kit. La deuxième solution est de travailler sur la référence et la contre-référence : Ce n'est pas seulement le mode de transport, mais aussi les conditions de transport ; souvent les solutions ne sont pas en place etc.... la SDMR doit régler l'organisation des référence et contre-référence : Il y a 4 ambulances dans le département – nous n'avons pas nécessairement besoin d'ambulance en plus, mais besoin de s'organiser mieux. Le Gouvernement a prévu de mettre en place une Centrale automatisée de gestion des ambulances. Finalement, beaucoup de problèmes liés aux RH sont à régler. Par exemple s'assurer qu'un gynécologue est toujours présent dans les structures de niveau tertiaire (ce qui n'est pour l'instant pas le cas)</i> 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<p>Défis : Gestion des intrants</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les bandelettes urinaires manquent ; on se fournit au dépôt répartiteur, qui est en rupture de stock et nous n'avons pas le droit de nous fournir ailleurs</i> • <i>Nous n'avons pas de laboratoire ; on fait une et la patiente se déplace vers la ville, mais cela pose un problème de suivi car certaines femmes prétextent la distance et n'y vont pas... Certaines n'ont pas d'argent, d'autres vont dans une autre clinique qui a un laboratoire</i> • <i>L'absence de sulfate de magnésium génère des décès d'éclampsie ; la majorité des centres en manquent, mais le sulfate est disponible au niveau central ; pourquoi on ne réagit pas ?</i> 	Entretien, Directeur de clinique, Mai 2021, Benin Entretien, UNFPA bureau

Hypothèse 2.2 : Les apports du MHTF aux niveaux national et infranational concernant l'utilisation de processus, outils et données d'assurance-qualité sont consistants avec l'amélioration du suivi et de la qualité des services de SSR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
	pays, Juin 2021, Benin
<p>Défi : Etat des maternités et équipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Il faut améliorer le cadre et renforcer le personnel – c'est le cadre qui décourage, c'est une dégringolade ici... Quand il pleut, ça goutte, il fait bien trop sombre. Quand les femmes accouchent, elles ne veulent pas rester et je leur donne entièrement raison. Il n'y a pas de douches, nulle part et même nous les sages-femmes, on se fait violence pour dormir ici. Il n'y a pas d'agent d'entretien, c'est l'aide qui fait tout et c'est sale. Il faudrait aussi doter la maternité de motos pour faire des sorties dans la population et de la sensibilisation.</i> • Le bâtiment n'est pas aux normes, on manque de matériel, le sol n'est pas carrelé ; La construction d'un nouveau bâtiment a commencé il y a quatre ans, mais elle s'est arrêtée par manque de financement. Nous n'avons pas de logement – je fais la navette pour rentrer chez moi et ça prend 45 min/1h, je laisse ma moto parfois pour prendre un taxi tellement je suis fatiguée. On ne devrait pas être SONUB mais ça reste SONUB parce que les femmes viennent et on a du personnel. Il n'y avait pas beaucoup de fréquentation quand je suis arrivée ici, seulement 80 accouchements par mois ; mais avec les sensibilisations communautaires que j'ai organisées, ça a pris. On a impliqué les sage-femme, les élus locaux et les chefs communautaires 	Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin
<p>Défis : Équipement au niveau hospitalier</p> <p>Notre service de réanimation est en difficulté en raison d'infrastructures dépassées (quand il pleut, des lits de réanimation ne sont pas utilisables – il aurait fallu refaire tout le bâtiment ; difficulté en Mars Avril Juin car il y a une grande affluence et pas assez de place – certaines femmes doivent être renvoyées, même si c'est trop tôt car nous sommes en surcharge. Il y avait un projet dans ce sens.</p>	Entretien Hospital Director, Mai 2021, Benin
<p>Défi : Généraliser les pratiques SONU à toutes les maternités ?</p> <p>La pratique SONU est bonne, mais toutes les maternités ne sont pas SONU et on a besoin que toutes les maternités deviennent SONU car la femme ne fait pas la différence entre maternités SONU et les autres maternités</p>	Entretien Département de la santé du district Manager, Mai 2021, Benin
Hypothèse 2.3 : Les contributions de l'UNFPA aux niveaux national et infranational pour combler les lacunes en matière de capacités des accoucheuses qualifiées dans les établissements de SONU se traduisent par une amélioration de la qualité des services intégrés de SDR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorations démontrables de la capacité des prestataires de soins de santé (telle que définie par le modèle COM-B de changement de comportement) à fournir des services intégrés de SDR et des soins de SMN de qualité conformément aux normes de service et aux directives • Tendances dans la proportion d'installations BEMONC et SONU fonctionnelles au sein du réseau national, dans les établissements soutenus par le MHTF • Opinions des partenaires d'exécution (responsables nationaux de la santé, ONG, OSC, dirigeants communautaires et individus) concernant l'efficacité des efforts de renforcement des capacités de l'UNFPA et la manière dont il a amélioré la performance des accoucheuses qualifiées • Alignement des apports de renforcement des capacités de l'UNFPA avec les principes fondamentaux du MHTF (égalité d'accès, qualité des soins et responsabilité et respect des principes des droits de l'homme et de l'égalité des genres). 	
Observations	Sources

Hypothèse 2.3 : Les contributions de l'UNFPA aux niveaux national et infranational pour combler les lacunes en matière de capacités des accoucheuses qualifiées dans les établissements de SONU se traduisent par une amélioration de la qualité des services intégrés de SDR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
<p>Le réseau est composé de 109 maternités (62 SONUB et 47 SONUC). Le MHTF a soutenu le monitoring conduit en 2018 et 2019 et des ateliers nationaux réunissant acteurs du niveau central et périphériques se sont tenus en 2018 et 2019 mais pas en 2020 à cause des restrictions sanitaires liées au Covid-19. Tendances au niveau de la fonctionnalité des SONU : Absence de documentation récente (rapport activités MHTF 2020 mentionne un monitoring conduit durant le second et troisième trimestres 2020). Les données les plus récentes soumises à l'équipe d'évaluation portent sur les deux premiers trimestres 2019, sur la base de 111 SONU</p> <ul style="list-style-type: none"> • SONUB « réels » (répondant à tous les critères) : T3 2018 : 6 ; T1 2019 : 14 ; T2 2019 : 10 • SONUC « réels » : T3 2018 : 40 ; T1 et T2 2019 : 34 <p>Les fonctions manquantes sont : Administration d'antibiotiques par voie parentérale, administration d'anticonvulsivant par, délivrance manuelle du placenta, extraction des produits résiduels, accouchement par ventouse ou réanimation du nouveau-né. <i>Des conclusions sur les tendances ne pourront être partagées que lorsque les données récentes seront partagées.</i></p>	<p>Ministère de la Santé du Bénin, Synthèse et analyse des résultats du monitoring des fonctions SONU du T1 et T2 2019, Rapport de la séance préparatoire, Septembre 2019</p>
<p>Leçons apprises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les sages-femmes sont indispensables pour les SONUB. La norme retenue au Bénin est quatre (4) sages-femmes pour une formation sanitaire SONUB. - le monitoring des formations sanitaires SONU doit tenir compte au moins des trois indicateurs ci-après : les besoins en sages-femmes, le nombre de formations sanitaires SONU fonctionnels et le lien entre les SONUB et les SONUC. - Le renforcement des compétences des sages-femmes pour la prise en charge des SONUB se réalise à travers : <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'amélioration de la formation initiale axée sur les soins respectueux, les accouchements sûrs et les SONUB ; ➤ L'accréditation des lieux de stage (clinique et pédagogique) ; ➤ Le déploiement des sages-femmes compétentes en priorité dans les SONUB. <p>Prochaines étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboration du rapport technique des trois ateliers ; 2. Atelier national de restitution de la priorisation des formations sanitaires SONU : (i) présentation des résultats, (ii) validation de la carte SONU et prise d'un arrêté ministériel ; 3. Traduction des cibles définies au cours des ateliers dans les plans opérationnels annuels des départements sanitaires ; 4. Monitoring des activités du réseau et utilisation des résultats pour l'élaboration des réponses sur un mode ascendant se basant sur l'expertise locale ; 5. Mise en place d'une démarche similaire pour le réseau des maternités périphérique (SONE) et le niveau Communautaire. 	<p><u>Purpose of Mission :</u> Participation à l'atelier n° 3 de priorisation des Formations Sanitaires SONU pour les départements de : l'Alibori, l'Atacora, Borgou et de la Donga. 3 décembre 2018</p>
<p>Résultats de la mission :</p>	<p>Participation à l'atelier de validation du</p>

Hypothèse 2.3 : Les contributions de l'UNFPA aux niveaux national et infranational pour combler les lacunes en matière de capacités des accoucheuses qualifiées dans les établissements de SONU se traduisent par une amélioration de la qualité des services intégrés de SDR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
<p>➤ Le réseau national SONU est passé de 112 Formations Sanitaires (FS) à 109 à l'issue de la validation du rapport technique de priorisation des SONU. Sur les 109 SONU validés, il y a 62 SONUB et 47 SONUC ;</p>	<p>rapport technique de priorisation des SONU au Bénin Du 08 Décembre 2020</p>
<p>Output 2.1 a été atteint : « the country has a) the recommended number of EmONC facilities according to minimum standards » - at least five EmONC facilities for every 500,000 population ; b) performed SEVEN signal functions for basic EmONC facilities and NINE signal functions for comprehensive EmONC facilities) in the past 3 months and c) Basic and comprehensive EmONC facilities have sufficient number of skilled birth attendants to ensure availability of services 24 hours per day, 7 days a week »</p>	<p>Rapport d'activités UNFPA 2020, page 22</p>
<p>Renforcer la qualité des soins dans les formations sanitaires SONU par le mentorat</p>	<p>Rapport MHTF 2020</p>
<p>Défi : Masse de travail <i>La masse de travail est un problème ; on est fatigué.... Par exemple, 9 accouchements en 1 journée et 30 visites. Les grades de 24h ne devraient pas se faire – ce devrait être 12 h seulement. Le problème est que le gouvernement ne veut pas recruter.</i></p>	<p>Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin</p>
<p>Pratique obstétricale et maternités : <i>Problème des RH qualifiées – les sage-femme sont là, mais leur pratique est le problème : une seule sage-femme qui travaille jour et nuit ; certains accouchements sont conduits par des aides-soignantes, mais ce ne marche pas toujours. Les infirmières de métier sont aussi amenées à le faire et le font bien. Je n'ai pas grand-chose à leur reprocher, mais elles vont au-delà de leurs prérogatives dans les maternités périphériques, et les références tardives sont un problème. La formation continue n'existe pas et les nouvelles pratiques ne sont pas maîtrisées</i></p>	<p>Entretien, Département de la santé du district, Mai 2021, Benin</p>
<p>Défis : Rotation du personnel Certains ont reçu formation organisée par FNUAP mais nous avons le problème du renouvellement du personnel</p>	<p>Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin</p>
<p>Améliorer l'attitude des sage-femme - Accueil <i>Pour améliorer la qualité des soins, c'est l'accueil qui est la première des choses. Lorsque tu accueilles bien le patient, il est à moitié guéri. Ici, on n'a pas de problème d'accueil. Par contre il peut y avoir des files d'attente.</i></p>	<p>Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin</p>
<p>Impact de l'attitude des sages-femmes pour les femmes dans la clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Moi je peux dire que la sage-femme qui est là travaille bien. Quand elle te reçoit, elle te pose des questions et elle te regarde.</i> • <i>Malgré nos plaintes, ils ne nous ont pas encore reçues. Je vous dis qu'il y a une dame là-bas qui se tord de douleur. Normalement, les dames devaient tout laisser pour s'occuper d'elle. Au lieu de ça, elles restent là à bavarder entre elles. Ce n'est pas bien.</i> 	<p>Groupe de discussion soins</p>

Hypothèse 2.3 : Les contributions de l'UNFPA aux niveaux national et infranational pour combler les lacunes en matière de capacités des accoucheuses qualifiées dans les établissements de SONU se traduisent par une amélioration de la qualité des services intégrés de SDRS et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si moi je dois dire mon expérience, je suis partie de CALAVI tôt ce matin avec ZEM (Taxi moto). J'ai payé 800. Je savais que j'allais vite repartir pour m'occuper de mes activités mais je suis encore là. Et si je ne retourne pas vite je n'aurai pas de vente pour la journée.</i> • <i>Il y a même une dame qui a les maux de reins et se tord de douleur. ... Nous étions toutes là depuis ce matin. Le problème, c'est que nous ne sommes même pas nombreuses. Nous sommes seulement 13 mais depuis le matin on est là.</i> 	prénatale, Juin 2021, Benin
Renforcement des capacités : Coaching des sages-femmes <ul style="list-style-type: none"> • <i>La pratique est bonne et apporte beaucoup : Elle permet de voir sage-femme travailler et l'aider à corriger les défaillances in-situ</i> • <i>Le problème principal pour les SONU, c'est une question de formation et d'accompagnement en termes de suivi, pour une formation dans la maternité-même du fait de l'instabilité du personnel et trouver un mécanisme pour éviter les éternels recommencements</i> 	Entretien, Département de la santé du district, Mai 2021, Benin
Défi : Référence de SONUB à SONUC <ul style="list-style-type: none"> • Cette prise en charge [des complications obstétricales] est pour le moment insuffisante en raison des difficultés de déploiement du personnel compétent au sein de ce réseau : obstétriciens, chirurgiens, et sages-femmes • Les liens de référence entre maternités SONUB et SONUC ont montré que seul 40% de ces liens pouvaient être qualifiés de "satisfaisants", les principales faiblesses demeurant un manque de moyens matériels (ambulance) et des barrières financières. Dans certains départements, l'état des routes est évoqué comme problème, appelant à une meilleure concertation avec les secteurs du gouvernement en charge de l'aménagement du territoire. 	UNFPA, Priorisation et cartes des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin, UNFPA, New York, USA
<ul style="list-style-type: none"> • Formation la plus bénéfique : SONU, ça regroupe beaucoup de choses, ça aide Beaucoup a prise en charge de l'enfant 	Entretien, Sage-Femme, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Exemple de l'impact positif de la formation SONU: Changement de comportement au niveau des prestataires (gestes que l'on ne faisait pas et que l'on fait maintenant) et amélioration dans prise en charge des femmes (une femme accouchée qui saigne, les gestes à faire pour limiter les dégâts) 	Entretien, Sage-Femme, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Nous avons participé à une formation SONU en 2019/2020, portant sur les soins obstétriques et néonatal d'urgence et la réanimation du nouveau-né. Nous y avons envoyé trois ou quatre sages-femmes, qui n'avaient pas été formées avant. Globalement on est satisfaite du niveau de formation. Ça peut arriver que l'on forme une sage-femme et qu'elle parte juste après, mais cela n'arrive pas souvent. Nous avons dix sages-femmes dans notre maternité car nous couvrons un vaste secteur géographique. Nous avons aussi des stagiaires qui sont en cinquième année de médecine, des élèves sages-femmes en formation qui viennent pendant leurs vacances se faire la main, et celles qui ont fini leur formation mais qui demandent à travailler, en attendant de trouver emploi. Le Ministère nous les envoie pour un mois au maximum et elles expérimentent. Ça se passe bien. 	Entretien, Sage-Femme, Juin 2021, Benin

Hypothèse 2.3 : Les contributions de l'UNFPA aux niveaux national et infranational pour combler les lacunes en matière de capacités des accoucheuses qualifiées dans les établissements de SONU se traduisent par une amélioration de la qualité des services intégrés de SDSR et des soins maternels et néonataux, y compris les SONU	
<p>Mentorat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • On a eu la formation de mentorat et les sages-femmes sont prêtes. • En matière de santé, l'expérience compte et sur le terrain les anciennes savent mieux. Le tout, c'est l'humilité avec laquelle les jeunes travaillent avec les plus vieilles. L'état va régulariser cet état avec le Programme Passerelle, qui va régler le problème de frustration sur le terrain : Par exemple, l'ainée est partie, et on met une jeune qui est sortie avec son diplôme à la tête 	Entretien, Sage-Femme, Juin 2021, Benin
<p>On gagnerait à insister sur les SONU dans les formations de base des sages-femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau de la zone de santé, il serait souhaitable d'identifier une équipe de formation pour relayer les formations sur site soit en mentorat ou tutorat • Sur les stagiaires, le processus est encore jeune et on manque d'éléments d'appréciation 	Entretien, Personnel de santé du district, Mai 2021, Benin

Domaine d'enquête 3 : Surveillance des décès maternels et réponse

Question d'évaluation 3 : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à établir fermement les principales composantes de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) (lignes directrices et outils, notification obligatoire, plan national chiffré); soutenir sa mise en œuvre à l'échelle nationale ; augmenter les notifications et renforcer la qualité des examens des décès maternels et la mise en œuvre de la composante « réponse » ?

Sous-questions :

- a) Comment, où et dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à l'établissement et à la mise à l'échelle du SDMR ?
- b) Dans quelle mesure le soutien du MHTF a-t-il contribué à l'amélioration ou la pérennisation de la qualité et la crédibilité du SDMR, comme en témoigne la notification accrue des décès maternels et autres indicateurs ?
- c) Où et comment le MHTF a-t-il contribué à l'amélioration des services et des systèmes sur la base des conclusions du SDMR ?

Critères d'évaluation	<i>Pertinence, efficacité, efficience, durabilité</i>
Justification	Les efforts du SDMR se sont intensifiés à l'échelle mondiale suite à la publication de directives techniques par l'OMS en 2013. En 2015, plus de 76 pays ont adopté des politiques pour l'examen systématique des décès maternels, et 41 et 56 pays ont adopté des politiques pour l'examen des enfants mort-nés et des décès néonataux, respectivement. Depuis lors, l'OMS et l'UNFPA ont suivi les progrès de la mise en œuvre du MPDSR. Ils ont noté des écarts substantiels entre l'adoption de politiques nationales de SDMR, la mise en place de comités d'examen nationaux et infranationaux et le suivi d'autres aspects de la mise en œuvre. La qualité des examens varie à l'intérieur et entre les pays. La méthodologie SDMR nécessite une enquête complète sur les causes, les circonstances et la capacité de prévention de chaque décès maternel identifié et une atmosphère sans blâme est essentielle pour identifier et apporter des changements politiques et opérationnels qui amélioreraient la qualité des soins. L'UNFPA aide les pays à développer des SDMR avec des indicateurs de suivi clairs et mesurables, et des méthodes d'analyse qui évaluent au mieux la qualité des examens des décès et peuvent suivre l'impact des examens des décès sur la qualité des services de santé. Le renforcement des SDMR est soutenu par le MHTF comme un mécanisme vital pour construire un renforcement durable des systèmes pour une meilleure SMN ; enfin, son renforcement est étroitement lié à la réponse SONU.

Hypothèse 3.1 : Le soutien technique du MHTF à la mise en place et à l'extension nationale du SDMR dans ses pays partenaires est fondé sur des informations factuelles et est complet

Indicateurs :

- Alignement entre les orientations globales et régionales fondées sur des données probantes et les stratégies nationales pour l'établissement et le fonctionnement d'un processus de SDMR.
- Exemples de plaidoyer de l'UNFPA et de dialogue politique en faveur de plans nationaux conçus pour renforcer et étendre la SDMR.
- Renforcement de la coordination et des capacités, qui se traduit par un nombre croissant d'audits des décès complets et conduits dans les délais impartis
- Les plans de travail du MHTF incluent l'application des leçons apprises (gestion des connaissances) pour améliorer la qualité et soutenir l'extension de la SDMR, à la fois à l'intérieur des pays et dans de nouveaux pays.
- Nombre de composantes de la SDMR mis en œuvre (sur 4)
- Exemples d'investissements par les autorités sanitaires et les institutions partenaires aux niveaux global, national et sous-national, qui mettent l'accent sur la pertinence, l'efficacité et la durabilité du processus SDMR et d'un suivi adapté.
- Les autorités sanitaires et les institutions partenaires considèrent le leadership du MHTF sur les principes fondamentaux d'équité d'accès, de qualité des soins, de redevabilité et sur les principes liés aux droits humains et à l'égalité des genres comme un fondement essentiel de l'approche en matière de SDMR.

Hypothèse 3.1 : Le soutien technique du MHTF à la mise en place et à l'extension nationale du SDMR dans ses pays partenaires est fondé sur des informations factuelles et est complet	
•	
Observations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> • La Surveillance des Décès Maternels/néonataux et Riposte est [...] recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 2004 et institutionnalisée au Bénin dès 2013. • Après huit années de mise en œuvre de la SDMR au Bénin, les indicateurs de la mortalité maternelle et néonatale stagnent malgré de nombreux efforts consentis à divers niveaux. 	Réunion statutaire du comité national SDMR pour évaluation de son fonctionnement, Septembre 2020
<ul style="list-style-type: none"> • Le concept des audits existe au Bénin depuis 1989 et la conduite d'études préliminaires, avec l'implication de la LSHTM, tel d'un doctorat sur les « near-missed », suivie d'une étude de faisabilité et la formation des comités • 2013 : SDMR institutionnalisée au Bénin grâce à l'OMS • UNFPA a commencé en 2015, sur la base de plusieurs volets : Notification communautaire, investissement des centres santé, travail sur l'audit et la riposte • 2017 – UNFPA : Première analyse de mise en œuvre de SDMR au niveau national ; et depuis, chaque année, évaluation. Le rapport annuel récapitule toutes les activités relatives à la notification des DM et DN, la réalisation des audits et la mise en œuvre des recommandations issues des audits. Il sert ainsi de repère aux acteurs du système sanitaire afin d'améliorer la qualité des soins offerts à la mère et au nouveau-né. 	Entretien CEHRRUD
<ul style="list-style-type: none"> • Aujourd'hui, la SDMR est vraiment devenue un programme national. L'arrêté ministériel impose à tous les acteurs de la mettre en œuvre. Ici, également, le manque de ressources ne permet pas d'aller vraiment à l'échelle. Je ne parle pas seulement de ressources argent, mais aussi de ressources en personnel qualifié et disponible et en matériel. 	Entretien l'OMS
<ul style="list-style-type: none"> • FNUAP : clé dans le comité national et réflexion sur le repositionnement de la MDSR en analysant les facteurs favorisants et les défis, avec ANSS (créé en 2017) <p>Autres PTF impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> • USAID - Integrated Health Services Project Activities • Enabel – 4 départements supplémentaires (formation) dans le cadre du programme P@SRIS 	Entretien, ONG national, Mai 2021, Benin
On doit reconnaître que UNFPA a joué un rôle capital dans l'introduction et la mise à échelle de SDMR au Bénin. C'est à travers leur programme avec CERRHUD qu'ils ont pu démontrer le bien-fondé de l'approche et contribué à son adoption. La préparation du guide national, le suivi et les rapports annuels continuent d'être une activité de soutien importantes pour UNFPA et le ministère.	Entretien l'OMS
<ul style="list-style-type: none"> • Défis liés à l'institutionnalisation – passage à l'échelle • Ici, également, le manque de ressources ne permet pas d'aller vraiment à l'échelle. Je ne parle pas seulement de ressources en argent, mais aussi de ressources en personnel qualifié et disponible et en matériel 	Entretien, agence

Hypothèse 3.1 : Le soutien technique du MHTF à la mise en place et à l'extension nationale du SDMR dans ses pays partenaires est fondé sur des informations factuelles et est complet	
<ul style="list-style-type: none"> Certaines zones pas couvertes encore ; besoin de former plus avec CEHRUD ; ressources additionnelles pour durabilité et étendre zones 	<p>multilatérale, Juillet 2021,</p> <p>Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Bénin</p>
<p>Perceptions</p> <ul style="list-style-type: none"> Les activités MDSR apportent beaucoup mais le « R » [riposte] est minuscule, or, c'est le R qui règle le problème. Donc d'autres partenaires devraient aider pour la riposte, mais ce n'est pour l'instant pas satisfaisant : Exemple : Qualité de référence fait que ça ne marche pas (avoir ambulance prend 18 mois et celui qui la demande a été affecté quand l'ambulance arrive) ; il y a un problème avec l'appropriation des recommandations issues des revues et la Direction du Ministère devrait être systématiquement représentée, pour prendre les mesures nécessaires. Cependant nous pouvons prendre des mesures internes mais nous n'avons pas d'influence sur les facteurs externes à l'hôpital. 	<p>Entretien, Ministère de la Santé, Management, Cotonou, Mai 2021, Bénin</p>
Hypothèse 3.2 : Le soutien du MHTF a répondu au besoin d'une qualité ou d'une crédibilité pérenne ou améliorée de l'audit des décès maternels et périnataux, comme en témoigne la notification accrue des décès maternels, périnataux et néonataux dans les systèmes nationaux et infranationaux et la mise en œuvre accrue des réponses	
<p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation quantifiable de la notification des décès aux établissements de santé, districts et autres autorités Dans les zones cibles, nombre et fréquence croissants ou continus d'événements et de réunions de SDMR avec la participation de plusieurs parties prenantes Exemples de politiques et de processus pour soutenir l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des audits des décès au niveau national et infranational Exemples d'efforts de l'UNFPA pour renforcer les processus, les outils et la collecte de données d'assurance-qualité (AQ) liés à la SDMR, au niveau national et infranational Les agents de santé nationaux et infranationaux et de supervision de district, dans les zones soutenues par l'UNFPA, mettent en œuvre le suivi MPDSR régulièrement et utilisent les résultats pour l'amélioration des services Opinions des responsables de la santé, y compris les gestionnaires d'établissements, les prestataires et les membres de la communauté concernant la crédibilité des processus SDMR. 	
Observations	Sources
<p><i>Après huit années de mise en œuvre de la SDMR au Bénin, les indicateurs de la mortalité maternelle et néonatale stagnent malgré de nombreux efforts consentis à divers niveaux.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Les notifications s'améliorent progressivement mais la qualité des audits demeure peu désirable et donne parfois l'impression que certains acteurs conduisent le processus d'audit juste comme une formalité. Des dysfonctionnements mal ou non identifiés aux recommandations mal formulées.</i> 	<p><i>Rapport de la Réunion statutaire du comité national SDMR pour évaluer son fonctionnement</i></p>

Hypothèse 3.2 : Le soutien du MHTF a répondu au besoin d'une qualité ou d'une crédibilité pérenne ou améliorée de l'audit des décès maternels et périnataux, comme en témoigne la notification accrue des décès maternels, périnataux et néonataux dans les systèmes nationaux et infranationaux et la mise en œuvre accrue des réponses					
					t, Septembre 2020 ;
Points forts de la SDMR <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation progressive du nombre d'audit de DM et DN réalisé • Existence d'une ligne budgétaire dans le plan intégré de travail de certaines zones de santé, CHU (Centres hospitaliers universitaires) et CHD (centre Hospitalier Départementaux) pour organiser les séances d'audit. • Accompagnement de la mise en œuvre dans certaines ZS de partenaires techniques et financiers. 					Plaquette SDMR 2018
Il existe une grande variation entre structures de santé CHD (Centre Hospitalier Départemental) et CHUs (Centre Hospitalier universitaire) et zones de santé : le taux de notification varie entre 29 et 100%, et le taux de réalisation entre 0 et 100%					Rapports SDMR Benin, 2018 et 2019
Différentes valeurs sont présentées pour chaque indicateur, probablement parce que les données mettent du temps à être collectées et vérifiées. Tendances sont : <ul style="list-style-type: none"> - Le taux de notification oscille autour de 50% (48-54 – TBC) - Le taux de réalisation des audits : Besoin de confirmer chiffres pour évaluer si la tendance est à la hausse ou non) - L'épidémie de Covid 19 a sévèrement impacté le taux de réalisation des audits (chutant a moins de 30%), mais pas le taux de notification – ce qui souligne que la notification est institutionnalisée 					Rapport SDMR 2018 Rapport SDMR 2019 Rapport Annuel MHTF 2020
Année	Nombre de décès notifiés	Taux de notification	Nombre d'audits	Taux d'audits	•
2017	714			49%	Rapport SDMR 2018
2018	860 753	48,6% 42,5%	478	55,6% 46%	Rapport SDMR 2018 Rapport SDMR 2019
2019	1019	54,9% 48,6%	475	43,3% 55,6%	Rapport SDMR 2019 Rapport Annuel MHTF 2020
2020		50%		29,3%	Rapport Annuel MHTF 2020
Le MHTF a permis une évaluation du fonctionnement du comité national SDMR , et des recommandations pour son amélioration ont été formulées.					UNFPA, 2019 Annual Report

Hypothèse 3.2 : Le soutien du MHTF a répondu au besoin d'une qualité ou d'une crédibilité pérenne ou améliorée de l'audit des décès maternels et périnataux, comme en témoigne la notification accrue des décès maternels, périnataux et néonataux dans les systèmes nationaux et infranationaux et la mise en œuvre accrue des réponses	
	- Benin, 2020, UNFPA, New York, USA
<p>Les recommandations suivantes ont été formulées au cours de cet atelier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procéder à une relecture de l'arrêté institutionnalisant les audits de décès maternels et néonataux en tenant compte des insuffisances identifiées - Déléguer la coordination de la mise en œuvre de la SDMR à une structure pérenne - Désigner un titulaire et un suppléant pour chaque structure membre du comité national SDMR - Tenir semestriellement des sessions du comité national SDMR - Digitaliser les outils/plateformes de collecte de données des divers axes de la SDMR - Renouer avec l'élaboration des PTA - Former les membres du comité national SDMR au lobbying - Former les membres du comité national SDMR à la SDMR - Organiser un atelier national d'échange des bonnes pratiques en SDMR - Organiser des sessions de partage d'expériences et de bonnes pratiques en SDMR aussi bien au plan national qu'avec des comités SDMR d'autres pays - Organiser la rétro- information et la dissémination du rapport SDMR aux zones sanitaires - Faire des propositions à l'autorité de tutelle pour améliorer la mise en œuvre de la stratégie - Opérationnaliser la redevabilité aussi bien du comité national que celui des autres comités et des prestataires en commençant par définir les axes de redevabilité - Tenir une session restreinte entre le CERRHUD et l'ANSSP pour l'opérationnalisation des pistes de solutions identifiées - Faire un suivi de l'opérationnalisation des pistes de solutions - Délocaliser les prochaines réunions du comité national SDMR en dehors de Cotonou pour favoriser la ponctualité et le suivi intégral des sessions par les participants 	UNFPA, CEHRRUD, Surveillance des décès maternels/néonataux et riposte (SDMR), Rapport de la Réunion statutaire du comité national SDMR pour évaluation de son fonctionnement, 29 et 30 Septembre 2020
<p>Formations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des formations sur la SDMR ont été réalisées sur la notification et l'audit de décès maternels et néonataux dont 03 Zones sanitaires et 03 CHU (15 formations financées par le MHTF et 2 Comités départementaux et 7 Zones sanitaires sous financement de l'USAID). 	UNFPA, 2019 Annual Report - Benin, 2020, UNFPA, New York, USA
<p>Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gens savent comment faire un audit et la qualité a augmenté la plupart du temps • Les audits sont réalisés chaque semaine, programmés au niveau de la ZS et réalisés par l'équipe d'audit. Mais il manque l'appropriation par l'équipe CHUD 	District Health staff, Mai 2021, Benin

Hypothèse 3.2 : Le soutien du MHTF a répondu au besoin d'une qualité ou d'une crédibilité pérenne ou améliorée de l'audit des décès maternels et périnataux, comme en témoigne la notification accrue des décès maternels, périnataux et néonataux dans les systèmes nationaux et infranationaux et la mise en œuvre accrue des réponses	
<p>Résultat : SDMR renforce la redevabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> On nous demande explication. Donc personne ne peut se permettre décès par défaut de médicament et de prise en charge. 	Entretien Directeur d'hôpital, Mai 2021, Benin
<p>SDMR formatif pour les sages-femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> SDMR : Généralement, il n'y pas de décès maternels ici, mais plutôt des décès néonataux (mort in-utero car dilatation avancée et la femme est arrivé trop tard). Les décès maternels sont surtout dans les hôpitaux, mais on nous invite pour audits et c'est très formatif – les recommandations nous aident à changer comportements vis-à-vis des prestataires et améliorer certaines pratiques : si la femme a trop trainé chez nous et qu'il y a eu un retard dans la référence, on comprend que l'on doit référer à froid dès la réception, et avant la référence, on doit installer le cathéter, sinon ça retarde la prise en charge à hôpital. 	Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin
<p>Implication des sages-femmes dans la SDMR</p> <ul style="list-style-type: none"> Mais parfois, les recommandations sont bien prises en compte. Il y a des sages-femmes qui restent motivées [par la SDMR], et bien elles le font sur le suivi de leur médecin chef. Dans un cas de décès que j'ai géré, il a été interdit à au centre de santé [privé] de faire des accouchements, et moi je fais le suivi de cette recommandation. Toutes les deux semaines, je fais un tour, je fais mes enquêtes pour savoir si la décision est respectée. Si on avait des cas, on devrait faire les audits ? Moi j'ai reçu la formation, mais je suis seule. Donc s'il y a un cas, ce serait à moi de l'instruire. Mais au niveau de la zone sanitaire, ce sont les gynécologues, la banque de sang, l'équipe de réanimation le cas échéant, la Responsable des soins obstétricaux, le DDS ou son représentant et le centre dont la femme vient. Il y a des recommandations mais elles ne sont pas souvent prises en compte. Le temps manque pour la RSO (Responsable des Services Obstétricaux) pour revenir dans le centre pour mettre l'accent sur ce qui a été dit. Donc tout dépend de la bonne volonté de la sage-femme dans le centre de santé. Elle est motivée, elle appliquera les recommandations. Sinon, elle ne les appliquera pas. Pour améliorer, il faut former toutes les sages-femmes et après la formation, il faut un délai pour la mise en œuvre de toutes les recommandations. Il ne faut pas qu'on formule les recommandations et que ce soit rangé dans les placards. Les recommandations ne sont pas mises en œuvre, parce qu'on ne prend pas la chose comme s'il s'agissait de nous-même. Aussi, il n'y a plus de per diem pour les audits. Comme par avant. Donc cela émousse certainement les ardeurs. Cet état de chose peut aussi expliquer la baisse d'intérêt du personnel pour les audits. 	Entretien sage-femme, Centre de santé, Mai 2021, Benin
<p>Nous n'avons généralement pas de décès maternels ici, mais plutôt néonataux (mort in-utero car dilatation avancée) ; les décès maternels sont surtout dans les hôpitaux. On nous invite pour les audits et c'est très formatif. Les recommandations aident à changer comportements vis-à-vis des prestataires : Si la femme a trainé dans votre clinique et qu'il y a un retard dans la référence, c'est un problème ; il faut référer à froid, dès la réception. J'ai aussi appris qu'il faut améliorer certaines pratiques. Par exemple, avant la référence, il faut mettre un cathéter, sinon ça apporte un frein dans la prise en charge dans l'hôpital.</p>	Entretien sage-femme, Centre de santé, Mai 2021, Benin
<p>Lors des audits, on nous demande des explications. Donc personne ne peut se permettre un décès par défaut de médicament ou de prise en charge.</p>	Entretien Directeur

Hypothèse 3.2 : Le soutien du MHTF a répondu au besoin d'une qualité ou d'une crédibilité pérenne ou améliorée de l'audit des décès maternels et périnataux, comme en témoigne la notification accrue des décès maternels, périnataux et néonataux dans les systèmes nationaux et infranationaux et la mise en œuvre accrue des réponses	
	d'hôpital, Juin 2021
Défis du SDMR : Sous notifications Causes évoquées : <ul style="list-style-type: none"> • Peur du blâme : certains ont peur qu'on les rende responsable du décès alors que la femme est venue mourir au portail (décès à l'admission). • Sous notification communautaire : 60% décès maternels dans les 42 jours sont à la maison mais pas à l'hôpital • Plusieurs circuits de notification opèrent en parallèle : Centre de santé notifie au centre maladie épidémique et base des données de routines – 2 IMS ; une base quotidienne ; une base mensuelle • Sous notification dans le secteur privé 	Entretien ONG IP
Nous savons qu'il y a des insuffisances ; par exemple une sous notification pour différentes raisons. Par exemple, certains ont peur qu'on les rende responsable du décès alors que la femme est venue mourir au portail (décès à l'admission). Pour les audits qualité, on descend et on constate que certains ne déclarent pas tout ou on déclare ce qui ne devrait pas être. Donc, la notification n'est pas toujours fidèle . Il n'y a pas de système de notification communautaire donc les décès communautaires échappent totalement à notre système . Contrairement à Tanguiéta qui dispose d'un système communautaire qu'ils appellent système sentinelle	Entretien Personnel de santé du district, Mai 2021, Benin
Défis dans l'organisation des audits <ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité des données primaires au niveau des formations sanitaires pour les revues des décès maternels. • Organisation des audits : Réunir tous les acteurs est très compliqué et certains audits n'ont pas lieu par manque de présence des acteurs. Ils sont en retard – il est rare qu'on fasse 50% des audits 	UNFPA Annual Report, 2018 Entretien, Département de la santé du district, Mai 2021, Benin
Problème de fond de la SDMR : Recherche des causes et redevabilité <ul style="list-style-type: none"> • La capacité à identifier les problèmes et la redevabilité sont limités : 5 conditions-clés pour assurer redevabilité : 1) clarification des attentes ; 2) principal a les capacités à mettre en œuvre ce qu'on lui demande 3) définir ensemble mesures, périodicité et feedback 4) conséquences (incl. félicitations) Solutions <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les systèmes – financement de UNFPA (pour la réflexion) mais processus ralenti par changement de direction au ministère • Les Rapports d'audits devraient se faire au niveau de la base – digitalisation (rapport sur email et envoyé) • Module de formation sur l'identification des problèmes et cartographie des parties prenantes. Une série de formation prête à être mise en place 	Entretien ONG IP
Défis liés à la riposte	•

Hypothèse 3.2 : Le soutien du MHTF a répondu au besoin d'une qualité ou d'une crédibilité pérenne ou améliorée de l'audit des décès maternels et périnataux, comme en témoigne la notification accrue des décès maternels, périnataux et néonataux dans les systèmes nationaux et infranationaux et la mise en œuvre accrue des réponses	
<ul style="list-style-type: none"> Analyse aidée par UNFPA, mais UNFPA ne construit pas le laboratoire/ne financent pas les actions de suivi ; si MHTF apportait un peu plus, ça aiderait 	Entretien UNFPA bureau pays, juin 21, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Recommandations : Certaines ne sont pas mises en œuvre par manque de moyens financiers, matériels et humains 	Entretien, Département de la santé du district, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> L'amélioration du niveau de riposte pour la SDMR et la géolocalisation des décès maternels et néonataux. La signature effective de l'arrêté pour la systématisation des audits maternels et néonataux et sa vulgarisation pour permettre son application effective. 	UNFPA, 2019 Annual Report - Benin, 2020, UNFPA, New York, USA
<ul style="list-style-type: none"> Exemple de recommandation pas réaliste : Si les bilans sanguins ne sont pas faits assez tôt et que le problème qui a causé le décès n'a pas été pas détecté, la recommandation du Comité va être de nous doter d'un laboratoire (or, les maigres recettes qu'une maternité peut générer sont directement investies dans la maintenance du centre et ne permettront jamais de financer un laboratoire) 	Entretien, Directeur de clinique, Mai 2021, Benin
<p>Tous les piliers du système de santé ont leur part de responsabilité dans la stagnation des indicateurs de santé maternelle et néonatale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La qualité des soins est liée aux compétences des prestataires et qu'il faut poursuivre les renforcements de capacités de ces derniers (surtout ceux provenant des structures de formations non étatiques). - La notification devrait être dissociée des revues qui quant à elles doivent être intimement liées aux recommandations. - La qualité des audits va de pair avec celle des auditeurs. Il faut donc veiller à la formation des membres des comités d'audits. - La redevabilité doit être remise au cœur de la SDMR aussi bien au niveau du comité national, que des comités infranationaux et des prestataires. Sanctionner les membres d'un comité d'audit où à diverses reprises les mêmes dysfonctionnements conduisent à différents décès a été une équivoque. - Il faut instituer des mécanismes de motivation comme par exemple la participation aux audits comme critère d'avancement professionnel. Il ne s'agit pas ici de motivation financière - L'intégration de la SDMR dans les curricula de formation pourrait être une approche intéressante. 	<p>SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS/N EONATAUX ET RIPOSTE (SDMR)</p> <p>Réunion statutaire du comité national SDMR pour évaluation de son fonctionnement Septembre 2020</p>

Hypothèse 3.2 : Le soutien du MHTF a répondu au besoin d'une qualité ou d'une crédibilité pérenne ou améliorée de l'audit des décès maternels et périnataux, comme en témoigne la notification accrue des décès maternels, périnataux et néonataux dans les systèmes nationaux et infranationaux et la mise en œuvre accrue des réponses

<p>Solutions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refaire l'analyse des parties prenantes : élaborer un bon répertoire des problèmes et des acteurs qui sont censés être impliqués dans la réponse aux problèmes - Le problème est souvent lié aux ressources humaines. Or, il n'y a pas de responsable des ressources humaines dans le comité national SDMR • Opérationnaliser la redevabilité aussi bien du comité national que celui des autres comités et des prestataires en commençant par définir les axes de redevabilité • Organiser des recherches dans les hôpitaux/régions, à remonter vers comité national – initiative de recherche dans 4 centres de santé pour analyser les pratiques et le contexte (par socio-anthropologue et sage-femme) y-compris évaluations des compétences des sage-femme (observations des sage-femme). Utiliser une approche systémique – au-delà des hôpitaux, quelles sont les barrières ? 	<p>Entretien, ONG National, Mai 2021, Benin</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

Domaine d'enquête 4 : Fistule obstétricale et autres morbidités obstétricales

Question d'évaluation 4 : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à la capacité des gouvernements à élaborer, mettre en œuvre et surveiller des stratégies nationales pour mettre fin aux cas de fistule qui soient chiffrées, détaillées dans des plans de travail, et fondées sur : la prévention ; l'accès à un traitement de qualité des cas de fistule et d'autres morbidités obstétricales ; et la réinsertion sociale des survivantes de la fistule obstétricale ?

Sous-questions :

- Dans quelle mesure le MHTF/UNFPA a-t-il contribué à la capacité du gouvernement à élaborer, mettre en œuvre et surveiller des stratégies nationales chiffrées et assorties de délais pour mettre fin à la fistule ?
- Dans quelle mesure le MHTF/UNFPA a-t-il contribué au renforcement des capacités gouvernementales tant aux niveaux nationaux qu'infranational en matière de prévention, d'accès à un traitement de qualité et de réinsertion sociale des survivantes ?
- Dans quelle mesure le MHTF a-t-il constitué une plate-forme efficace pour la campagne mondiale pour éliminer la fistule ?

Critère d'évaluation

Pertinence, efficacité, efficience

Justification

La fistule obstétricale est causée par une dystocie prolongée et est une conséquence extrême du manque d'accès aux soins de santé maternelle d'urgence de base. Une fois la fistule survenue, la réparation chirurgicale est la seule option. Les compétences chirurgicales nécessaires font appel à toutes les disciplines (gynécologie, urologie, chirurgie générale et plastique). Le temps de récupération est long et incertain. Après le rétablissement, les femmes et les filles ne peuvent pas rentrer chez elles et, dans la plupart des cas, ont besoin de soutiens divers en matière de protection sociale. La fistule obstétricale est donc un problème de développement complexe qui a de multiples dimensions. Le MHTF vise à aider les pays à prendre des mesures pour prévenir et répondre à la fistule et aux affections similaires afin de réduire les urgences maternelles, sauver la vie des nouveau-nés et améliorer la qualité et la disponibilité des soins. L'incidence de la fistule reflète la proximité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence (SONU) et la capacité de référence faisant de la prévention une composante dans une stratégie globale de santé maternelle. La réparation post-fistule dépend, dans une certaine mesure, de l'identification des personnes atteintes et de leur mise en relation avec les services de santé. Le rétablissement post-fistule dépend d'une approche multisectorielle du bien-être, de l'emploi et des compétences, de la réinsertion sociale et d'autres facteurs. La fistule est encore une condition mal comprise et les victimes vivent souvent cachées. Par conséquent, les données doivent être traitées avec précaution car l'augmentation du nombre de patientes pourrait être le signe d'une amélioration de la réponse des services plutôt que d'une aggravation de l'incidence. Bien qu'il ait ses propres objectifs en matière de fistule, le MHTF accueille également la Campagne mondiale pour mettre fin à la fistule qui travaille avec un mandat du Secrétaire général de l'ONU et des États membres de l'ONU pour mettre fin à la fistule dans 55 pays. La campagne est, en effet, en grande partie fusionnée avec les objectifs du MHTF sur la fistule, bien qu'elle aille au-delà du champ d'intervention du MHTF et qu'elle vienne également avec des fonds propres.

Hypothèse 4.1 : Le soutien du MHTF et de UNFPA est consistant avec le renforcement du leadership et des capacités du gouvernement aux niveaux national et infranational, y compris à travers le leadership de la Campagne mondiale pour éliminer la fistule. Il vise à développer, mettre en œuvre et suivre des stratégies nationales chiffrées et détaillées dans des plans de travail pour la prévention et le traitement de la fistule

Indicateurs :

- Élaboration de stratégies nationales et infranationales chiffrées et accompagnées de plans de travail qui annoncent des objectifs significatifs et définissent des stratégies en matière de prévention, de traitement et de réinsertion.
- Exemples de mise en œuvre de plans et de progrès dans leur déploiement aux niveaux infranational et communautaire
- Indicateurs de fistule intégrés dans le système d'information de santé aux niveaux national et infranational

Hypothèse 4.1 : Le soutien du MHTF et de UNFPA est consistant avec le renforcement du leadership et des capacités du gouvernement aux niveaux national et infranational, y compris à travers le leadership de la Campagne mondiale pour éliminer la fistule. Il vise à développer, mettre en œuvre et suivre des stratégies nationales chiffrées et détaillées dans des plans de travail pour la prévention et le traitement de la fistule	
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositions de suivi mis en en place pour les stratégies de fistule dans ses trois dimensions (prévention, traitement, réinsertion) • Exemples de dialogue politique et de développement entre les autorités sanitaires nationales et infranationales, en particulier autour de la connexion aux réseaux SONU • Exemples d'engagement avec les communautés autour de la prévention et de la gestion de la fistule, par exemple, les plans de transport pour urgence en santé maternelle • Tendances dans l'identification des cas de fistule • Exemples d'investissements dans la prévention, le traitement de la fistule et le soutien à la réinsertion • Etablissement et fonctionnement de programmes de formation du personnel (en chirurgie ; infirmier ; et agents de santé communautaire) pour la mise en oeuvre des stratégies • Nombre de réparations de fistules entreprises • Les systèmes nationaux et locaux intègrent un engagement multisectoriel pour lutter contre la fistule, par exemple avec les secteurs de la nutrition, de la protection sociale, de l'emploi et de la formation professionnelle. 	
Observations	Sources
UNFPA est reconnu comme précurseur sur le thème de la fistule et a eu un rôle catalytique	
<ul style="list-style-type: none"> • Un long engagement : Le Bénin s'est engagé dans la campagne globale de prise en charge de la Fistule Obstétricale (FO) depuis 2003. Mais c'est en Janvier 2009 que le Projet intégré de lutte contre la Fistule Obstétricale a pris corps et est soutenu par une stratégie au niveau national. 	UNFPA Benin, Article Lutte contre la fistule obstétricale, pas de date
<ul style="list-style-type: none"> • Si je considère les Fistules et SDMR, je peux dire que le programme précédent a joué un rôle vraiment d'avant-garde. Cela a créé une prise de conscience plus aigüe de la chose et d'autres sont venus. 	Agence multilatérale, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Au niveau des fistules, il n'y a pas beaucoup de partenaires et UNFPA a bien travaillé dans ce domaine. On a tous vu leur implication dans la formation des médecins, la prise en charge des interventions chirurgicales et la prise en charge des femmes après chirurgie. C'était vraiment bien. Mais j'ai appris qu'actuellement UNFPA s'est désengagé et c'est la fondation de la première Dame qui appui ça maintenant. 	Agence bilatérale, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • UNFPA apparait comme un exemple à suivre, par exemple sur les fistules : Ils ont été promoteurs 	Entretien Ministère de la Santé, Ecole de sages-femmes, Benin, Mai 2021
UNFPA a travaillé sur les trois composantes jusqu'en 2018	
<ul style="list-style-type: none"> • Une stratégie holistique : UNFPA a soutenu (i) la prévention, (ii) le traitement des cas, (iii) la réintégration psycho-sociale et économique des femmes guéries. • Les hôpitaux de prise en charge régulière des cas de FO sont : Hôpital Saint Jean de Dieu (HSJD) de Tanguiéta, Hôpital Evangélique de Bembèrèkè (HEB), Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) Parakou, Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM), Centre Hospitalier Universitaire –Mère Enfant Lagune (CHU-MEL), Hôpital Sounon Séro (HSS) de Nikki, Hôpital de Zone (HZ) Banikoara, Centre Hospitalier Départemental (CHD) Mono. 	UNFPA Benin, Article Lutte contre la fistule obstétricale, pas de date

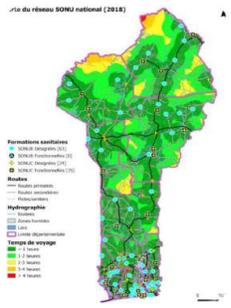
Hypothèse 4.1 : Le soutien du MHTF et de UNFPA est consistant avec le renforcement du leadership et des capacités du gouvernement aux niveaux national et infranational, y compris à travers le leadership de la Campagne mondiale pour éliminer la fistule. Il vise à développer, mettre en œuvre et suivre des stratégies nationales chiffrées et détaillées dans des plans de travail pour la prévention et le traitement de la fistule	
<p>Le produit 2 du Programme MHTF en 2018 pays était : La capacité nationale de prévenir et de gérer la fistule obstétricale et de promouvoir la réinsertion sociale des patientes est améliorée.</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quatre centres de prise en charge de Fistules Obstétricales (FO) sur huit ont intégré leurs rapports dans DHI • 137 cas de FO sont dépistés dont 132 réparés ; • L'évaluation des résultats de la réparation des FO trois mois après l'intervention a été réalisée ; • 60 femmes réparées et guéries de FO sont réintégrées dans leur communauté ; • L'évaluation des résultats de la réintégration sociale des femmes réparées a été réalisée. 	Rapport MHTF Benin, 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Deux ateliers annulés (actualisation de la stratégie nationale pour l'élimination des FO et l'atelier pour créer un consensus national sur la prévalence et l'incidence des fistules obstétricales) • Intégration dans le SNIGS et le sous système de santé familiale à la DSME, les données relatives aux FO dans les centres de prise en charge (site web) – activité réalisée • Suivi trimestriel de 100 femmes opérées de FO jusqu'à un an et riposte et suivi annuel de la réintégration sociale de 80 femmes guéries de FO et riposte: activité réalisée (révélant que 152 patientes ont été opérées; 116 ont été déclarées guéries et 58 femmes guéries réintégrées, soit un taux de réintégration socio-économique de 50,0%. 	Rapport MHTF Benin, 2019
<ul style="list-style-type: none"> • La seule activité rapportée en 2020 : Documenter sur la base d'une recherche action l'intégration de la chirurgie réparatrice et réinsertion sociale de 30 femmes survivantes de FO avec la fondation de la Première Dame; mention de la Fondation Claudine Talon et l'ONG Essor comme principaux acteurs ayant effectué 115 réparations dans l'année 	Rapport MHTF Benin, 2020
<ul style="list-style-type: none"> • Recueil d'évidences: In 2018, the Ministry of Health of Benin, avec technical and financial support from UNFPA and the MHTF, released the findings of an evaluation of the follow-up to surgical fistula repairs three months after discharge. The report identified the epidemiological profile of women avec obstetric fistula and the success rate of their surgical repairs, and provided recommendations for improving the management of fistula cases. 	The Maternal Health and Thematic Fund UNFPA, Annual Report 2018, 2019
<ul style="list-style-type: none"> • The availability of quality fistula data contributes to evidence-based development and advocacy to end the condition. By 2018, 16 MHTF-supported countries (including Benin) had integrated fistula-related indicators into the national health management information system, indicating a move towards more standardized reporting of diagnosed and treated obstetric fistula cases and the tracking of fistula data from facility levels to the national level. 	The Maternal Health and Thematic Fund UNFPA, Annual Report 2018, 2019
<ul style="list-style-type: none"> • Exemple d'investissement sur le dépistage et le traitement : De janvier 2009 au 31 Décembre 2018, l'UNFPA en collaboration avec différents partenaires a contribué à dépister 1501 cas de FO, traiter 1335 cas de FO et guérir 1069 cas. Le taux de succès est de 80,53% pour les fistules traitées. 	UNFPA Benin, Article Lutte contre la fistule obstétricale, no date
<ul style="list-style-type: none"> • 126 cas de fistules obstétricales ont été opérés sur 100 planifiés dès le début de l'année, soit une proportion de 126% et 139 cas de fistules obstétricales ont été dépistés au cours de l'année sur les 100 planifiés soit une proportion de 139%. 	2019 Annual Report - Benin

Hypothèse 4.1 : Le soutien du MHTF et de UNFPA est consistant avec le renforcement du leadership et des capacités du gouvernement aux niveaux national et infranational, y compris à travers le leadership de la Campagne mondiale pour éliminer la fistule. Il vise à développer, mettre en œuvre et suivre des stratégies nationales chiffrées et détaillées dans des plans de travail pour la prévention et le traitement de la fistule	
<ul style="list-style-type: none"> • Social reintegration for survivors, however, continues to lag behind, avec services offered to only a fraction of patients. Follow-up is still a major gap in the continuum of care. In 2018, 2,177 women and girls in MHTF-supported countries received varied forms of social reintegration, including microfinance (Benin and Côte d'Ivoire); 	The Maternal Health and Thematic Fund UNFPA, Annual Report 2018, 2019
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation des coûts de réparation en 2018, qui a motivé le changement de stratégie : Afin de contribuer à la prise de décision concernant les subventions qui sont offertes aux structures concernées, en collaboration avec le Ministère de la Santé, l'UNFPA a organisé du 22 au 28 juillet 2018, une mission de collecte de données relatives aux coûts des prestations de réparations des FO dans les hôpitaux de prise en charge sur toute l'étendue du territoire national. L'objectif est d'évaluer le coût moyen de la prise en charge chirurgicale des FO dans les formations sanitaires au Bénin 	UNFPA Benin, Article Lutte contre la fistule obstétricale, pas de date
Depuis 2019, changement de stratégie et concentration des efforts sur la prévention à travers le renforcement des capacités des prestataires	
<ul style="list-style-type: none"> • Avant, on finançait la prise en charge nos seulement à travers la formation des prestataires mais aussi le soutien aux frais de prises en charge et à la réinsertion • Maintenant, on se concentre sur la prévention: Les interventions en PF intègrent la prévention de la fistule, mais nous n'allouons plus de ressources à la réinsertion sociale (mais on a des partenariats avec d'autres PTF) ; des ressources sont aussi allouées au renforcement des capacités des prestataires de service et à la formation des gynécologues et spécialistes (mais on ne paie plus la réparation) • L'avantage comparatif du MHTF est le renforcement de capacités car les prestataires contribuent à renforcer les systèmes de santé – cela assure la pérennité • Certains staffs regrettent ce désengagement : UNFPA a toujours été vu comme le leader en matière de fistule mais pour des raisons financières, le Siège a demandé que l'on arrête de travailler sur les réparations car d'autres le faisaient... mais je pense que UNFPA pourrait quand-même financer les réparations pour accroître l'accès... D'autres nous ravissent nos belles interventions ; quand je vois le travail fait au niveau national sur la fistule aujourd'hui, il faut se battre pour montrer que UNFPA était le précurseur. La Fondation Claudine Talon finance la réparation et la réintégration maintenant, et gère le Centre de santé de Taurou, que UNFPA avait contribué à mettre en place pour l'autonomisation des jeunes-filles en 2009. Mais les traces de UNFPA dans le centre ont disparu et les autres prennent nos idées. 	Entretien UNFPA bureau de pays, juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • C'est un sujet critique – il y a eu des erreurs qui ont créé tensions et des errements [lors du changement de stratégie] 	Entretien UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
Hypothèse 4.2 : Le MHTF et UNFPA, y compris à travers le leadership de la Campagne pour éliminer la fistule, ont noué un dialogue avec les dirigeants nationaux, afin de renforcer l'appropriation et la redevabilité, de manière à ce que les systèmes de santé et les capacités communautaires soient renforcés aux niveaux national et infranational, à la fois en matière de prévention, d'accès a une réadaptation de qualité et de réinsertion sociale des survivantes	
Indicateurs :	
<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des progrès signalés à toutes les étapes de la prévention, du diagnostic, de la réparation et du rétablissement de la fistule • Orientations disponibles pour les agents de santé, y compris les sages-femmes (prévention, diagnostic), les chirurgiens (réparation) et les agents de santé communautaires (prévention et rétablissement) 	

Hypothèse 4.2 : Le MHTF et UNFPA, y compris à travers le leadership de la Campagne pour éliminer la fistule, ont noué un dialogue avec les dirigeants nationaux, afin de renforcer l'appropriation et la redevabilité, de manière à ce que les systèmes de santé et les capacités communautaires soient renforcés aux niveaux national et infranational, à la fois en matière de prévention, d'accès à une réadaptation de qualité et de réinsertion sociale des survivantes	
<ul style="list-style-type: none"> • Politiques et programmes en place pour soutenir la réadaptation des survivantes de la fistule • Tendances sur le nombre de survivantes de la fistule qui bénéficient d'un programme et d'un soutien de réadaptation et de réintégration. • Exemples d'engagement communautaire et de plaidoyer concernant les causes et les conséquences de la fistule • Exemples d'attitudes changeantes de la communauté et des agents de santé envers les victimes et les survivantes de la fistule • Approches multisectorielles documentées qui incluent les compétences de vie, la nutrition et la protection sociale, en particulier dans la phase de récupération • Exemples d'intégration concrète de stratégies de fistule dans les plans et approches de SONU et de santé maternelle 	
Observations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> • Nous traitons les fistules sous forme de complications entrant dans le cadre des accouchements (ce n'est pas présenté comme une stratégie séparée ; les sages-femmes interviennent dans le volet préventif) 	Entretien Ministère de la Santé, Ecole de sages-femmes, Benin, Mai 2021
<ul style="list-style-type: none"> • Il y a un problème d'insuffisance, voire manque de spécialistes formés pour la prise en charge des fistules obstétricales dans certains centres de réparation initialement fonctionnels et dans certains hôpitaux de zone sanitaire, pour la prise en charge des cas, en mode routine. 	UNFPA, 2019 Annual Report - Benin, 2020, UNFPA, New York, USA

Domaine d'enquête 5 : SDRS intégrée	
Question d'évaluation 5 : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué au renforcement de l'intégration entre la santé maternelle et la santé sexuelle et reproductive (en mettant l'accent sur la planification familiale, la planification familiale post-partum, les soins post-avortement et les soins d'avortement sans risque (là où cela est légal) ; prévention du cancer, PTME et violence sexuelle et sexiste pour assurer une prestation de services de qualité, accroître la satisfaction des clients et stimuler une plus grande demande du public pour les services de SDRS ?	
<p>a) Comment et dans quelle mesure le plaidoyer de l'UNFPA pour une intégration renforcée entre la santé maternelle et la SDRS a-t-il abouti à l'adoption de diverses stratégies et initiatives aux niveaux global, régional et national ?</p> <p>b) Dans quelle mesure les modèles et approches soutenus par l'UNFPA pour relier la SMN et la SDRS ont-ils été mis en œuvre au niveau national dans les contextes de prestation de services de santé (offre) et les efforts de changement de comportement et de communication (demande) ?</p> <p>c) Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il soutenu une programmation intégrée et des synergies au sein du MHTF (dans les quatre domaines techniques principaux) et avec d'autres domaines techniques de l'UNFPA (UNFPA Supplies, SDRS, genre, programmes jeunes)?</p>	
Critère d'évaluation	<i>Pertinence, efficacité, efficience</i>
Justification	Afin de soutenir les femmes et les adolescentes tout au long de leur vie, il faut mettre en place un continuum de soins allant de la santé sexuelle et reproductive jusqu'à la grossesse et la période postnatale, assurant un bien-être à toutes les étapes. Les femmes et les nouveau-nés sont les plus exposés au risque de décès et de morbidité pendant le travail, l'accouchement et la première semaine après la naissance. Le MHTF vise à aider les pays à remédier aux « trois retards » dans l'accès à des soins de maternité de qualité et à améliorer la période post-partum ou post-avortement. Le MHTF aide les pays à renforcer l'accès et la qualité des soins prénatals, en accordant une attention particulière aux adolescentes et aux jeunes. Le paquet de soins prénatals comprend des informations et des services essentiels de santé sexuelle et reproductive, tels que la prévention de l'avortement à risque, l'accès à l'avortement sécurisé (lorsqu'il est légal) et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.
Hypothèse 5.1 : L'UNFPA est actif dans le plaidoyer pour la pleine intégration de la SDRS et de la SMN dans les systèmes de santé, les stratégies nationales, y compris la CSU et d'autres plateformes et pour les initiatives qui renforcent les liens entre la SMN et la SDRS dans les stratégies et plans au niveau global, régional et national	
Indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> • Services de SMN intégrés dans les protocoles, approches, dossiers d'investissement du GFF et, le cas échéant, SDG3 GAP • Exemples de leadership du MHTF pour garantir une plus grande attention à l'intégration de la SMN et de la SDRS dans les initiatives mondiales (telles que la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, ICPD +25 de Nairobi et le processus ODD 3GAP), aux niveaux mondiaux et régional • Les dossiers d'investissement du GFF (le cas échéant) incluent un ensemble complet de services de SDRS et de SMN. • Activités dans les pays qui sont liées à l'initiative du Plan d'Action Mondial • Les stratégies et plans nationaux du secteur de la santé intègrent des liens avec, et l'intégration de la SMN et de la SDRS, y compris la contraception post-partum, les soins après avortement, les soins d'avortement sans risque (lorsqu'il est légal), la prévention du cancer du col de l'utérus, la PTME • Points de vue des partenaires et des parties prenantes sur le rôle de leadership de l'UNFPA, sur les progrès vers l'intégration avec les stratégies et plans au niveau global, régional et national. 	

Hypothèse 5.1 : L'UNFPA est actif dans le plaidoyer pour la pleine intégration de la SDR et de la SMN dans les systèmes de santé, les stratégies nationales, y compris la CSU et d'autres plateformes et pour les initiatives qui renforcent les liens entre la SMN et la SDR dans les stratégies et plans au niveau global, régional et national	
Observations	Sources
<p>Contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANSSP (Agence Nationale de Soins de Santé Primaire) – nouvelle agence créée en 2019 et qui est le principal interlocuteur du MHTF – couvre toutes les thématiques de la santé primaire, y compris SMN et SSR • Le gouvernement dispose d'un paquet de services minimum intégré (SR/PF/VBG/VIH) • Dans les centres de santé, nous avons un paquet minimum d'activités qui intègre tout. Les centres intégrés sont nécessaires et l'intégration est comprise dans nos documents. ... Ce sont des problèmes complexes et nous devons avoir une vision holistique de la santé, qui inclut le dépistage. 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<p>La vision globale sur laquelle reposent les nouveaux documents de santé communautaire est une vision beaucoup plus large qui ne cible pas, qui s'éloigne un peu des OMD 3 et 4 qu'on avait, qui sont focalisés sur des cibles spécifiques notamment la mère et l'enfant. Mais aujourd'hui la nouvelle politique de santé communautaire, comme d'ailleurs beaucoup d'autres documents comme le PSNIE qui a été élaboré au niveau du CNLS-TP, ce sont des documents de référence qui, globalement ont pris pour cible la population générale. Il s'agit du One Health qui ne priorise pas forcément certaines cibles et qui met en avant les épidémies et autres. Donc quand vous prenez ces documents de référence, vous ne voyez pas des protocoles qui focalisent sur la mère et l'enfant alors que quand nous parlons de mortalité au Bénin, les plus vulnérables c'est la femme et l'enfant. Donc ces documents, tel qu'on s'apprête à les mettre en œuvre, n'ont pas d'approche spécifique tels que les SONU pour focaliser l'attention sur des cibles spécifiques. Donc il faut attendre de voir comment ces cibles spécifiques seront prises en compte lors de la mise en œuvre, puisque ces documents viennent d'être adoptés.</p>	Entretien Doneur bilatérale, Juin 2021, Benin
<p>Contexte – Planning familial au Bénin</p> <p>Dans les 9 pays du protocole de Ouagadougou, le Bénin est à l'avant dernière place en mPCR dans région. Facteurs qui entravent la promotion de PF : Réticences des hommes, leaders communautaires et religieux ; Disponibilité des contraceptifs (beaucoup de ruptures au niveau central, avant et après COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> • IPM (informed push model). • Hommes foncièrement contre la planification familiale pour les raisons suivantes : 1) Veulent beaucoup d'enfants (la femme doit avoir autant d'enfants qu'elle peut donner) ; 2) Les contraceptifs sont perçus comme favorisant l'infidélité car il devient impossible de contrôler la femme. Il faut permettre à la femme d'être autonome et d'aider le mari et contribuer au revenu de la maison, même si certains hommes sont toujours réticents. • Financement domestique sur PF ; Nous faisons du plaidoyer auprès du gouvernement et le gouvernement a augmenté le budget alloué ; UNFPA est le principal donateur en contraceptifs (avant, c'était USAID, mais leur contribution a diminué depuis la présidence de Bush). Pour assurer la crédibilité de nos états, il faut que nous-mêmes on mette de l'argent sur le planning familial. L'importance du PF a été réaffirmée à la Conférence Nairobi+25 (réduction MMR, augmentation MPCR) et avant cela, aux conférences de Ouagadougou en 2011 et 2013 à Addis Abeba (qui a recommandé la gratuité du PF auprès jeunes : Les 	Entretien, ONG national, Mai 2021, Benin

<p>Hypothèse 5.1 : L'UNFPA est actif dans le plaidoyer pour la pleine intégration de la SDR et de la SMN dans les systèmes de santé, les stratégies nationales, y compris la CSU et d'autres plateformes et pour les initiatives qui renforcent les liens entre la SMN et la SDR dans les stratégies et plans au niveau global, régional et national</p>	
<p>autres pays l'ont fait, mais pas le Benin). Notre Suivi et plaidoyer budgétaire est financé par PAI (Population Action Internationale).</p>	
<p>L'intégration est au cœur de la logique du MHTF : c'est le « how » du programme</p> <p>A Vision for maternal and neonatal health/ SDG 3.1</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">  <p>Carte du réseau SONU national (2018)</p> <p>Formations sanitaires - SONU (Hogbenu) (10) - SONU (Fondomédou) (10) - SONU (Sogbodjé) (10) - SONU (Fondomédou) (10)</p> <p>Routes - Routes nationales - Routes provinciales - Routes communales</p> <p>Hydrographie - Océan Atlantique - Lac</p> <p>Temps de voyage - 0-1 heure - 1-2 heures - 2-3 heures - 3-4 heures - 4-5 heures</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>unicef</p> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>Proratisation & costing/budgeting</p> <p>WHAT</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Integration of SRHR</p> <p>HOW</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Midwives save lives</p> <p>WITH WHOM</p> </div> </div>	
<ul style="list-style-type: none"> Dans toute la mesure du possible, la politique nationale est de profiter des opportunités d'un service pour rendre un autre. Donc, tout le monde recherche cette opportunité de synergie dans les programmes. Ce n'est pas un apanage de UNFPA. 	<p>Entretien bilatérale, Juin 2021, Benin</p>
<p>Les acteurs gouvernementaux reconnaissent le besoin d'intégration</p> <ul style="list-style-type: none"> VBG, SSR et SMN ne peuvent pas aller l'un sans l'autre : Une sage-femme doit pouvoir parler à une femme qui accouche de la contraception et le sujet doit être intégré dans l'enseignement. On a commencé à aborder le sujet de la violence lors de notre 1ere journée scientifique et nous souhaitons vulgariser ça au niveau des formations périphériques dans le cadre des enseignements SONU, mais ce n'est franchement pas rentré dans les attitudes pour l'instant La SSR alimente conflit entre anciennes et nouvelles car les nouvelles arrivent avec des nouvelles compétences : Les anciennes ne connaissent pas la SSR ; dans les grands centres, différentes sages-femmes s'occupent de différents sujets, mais dans les cliniques, chaque sage-femme fait tout. Toutes les sages-femmes ne sont pas capables de travailler avec les jeunes ; certaines n'ont pas de formation en VBG : Il existe un cours de 4h en 2eme et en 3eme : Certains protocoles existent, mais chaque centre décide. La fiche de monitoring ne comporte pas GBV pour l'instant. Le programme Passerelle [pour permettre aux anciennes de passer la licence] se concentre beaucoup sur la SSR 	<p>Ministère de la Santé, Benin, Mai 2021 – Ecole de sages-femmes</p>

Hypothèse 5.1 : L'UNFPA est actif dans le plaidoyer pour la pleine intégration de la SDR et de la SMN dans les systèmes de santé, les stratégies nationales, y compris la CSU et d'autres plateformes et pour les initiatives qui renforcent les liens entre la SMN et la SDR dans les stratégies et plans au niveau global, régional et national	
La stratégie du MHTF pour favoriser la disponibilité des services intégrés	
Contexte - Intégration VBG <ul style="list-style-type: none"> • Les services existaient déjà (dès 2010-2013), on a appuyé la mise en place de Standard Operating Procedures pour la prise en charge des violences (qui définit la prise en charge par le Ministère de la Santé). Là où nous nous investissons pour les SONU, on ramène GBV et SRAJ dans les deux Zones Sanitaires où nous intervenons et nous avons testé le modèle dans la ZS Atlantique • Il faut éviter de se disperser : C'est plus facile de rajouter à la formation des sages-femmes la prise en charge médicale des viols et d'offrir la contraception (le soutien psycho-social/juridique lié aux VBG est proposé par d'autres (CPS + police) 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer et passer à l'échelle ; mobiliser autres donateurs pour que fonds se complètent et assurer la pérennisation ; former pour assurer la disponibilité de ces fonctions dans les maternités 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
L'intégration est matérialisée dans la configuration du bureau pays	
<ul style="list-style-type: none"> • Intégration de la SMN et de la SDR est reflétée dans la configuration du bureau pays dont le lead est le « pilier intégration » 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Une Etude sur l'intégration a été conduite par la DDS en 2019 et le modèle intégré est en train d'être mis en place. Nous avons commencé avec le fonds Takeda, on essaie d'innover pour améliorer services 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
Le bureau pays a une définition multidimensionnelle et large de l'intégration	
<i>La vision du CO n'est pas seulement de créer des services spécifiques autour des centres SONU mais d'intégrer les problématiques des jeunes et de VBG dans la SM. L'intégration se fait de façon progressive.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Intégration entre la prévention et la réponse à la fistule, UNFPA travaillant maintenant sur la prévention à travers le planning familial • Au niveau des SONU : Il n'est pas pertinent de développer des formations médicales séparées des SONU, donc le réseau SONU prend en charge les complications médicales liées à la VBG • Inclusion de VBG dans la formation médicale des sages-femmes (même si cette idée n'est pas encore matérialisée ; • Intégration des différents supports des bailleurs : Le projet canadien a un volet de prise en charge médicale VBG et Takeda focalise sur 33 maternités SONU : Demande aux canadiens de focaliser sur les centres de sante finances par le programme Takeda. • Intégration au niveau des services : <ul style="list-style-type: none"> ○ En matière de VBG, les centres de santé sont considérés comme le point de référencement pour les autres (police ; action sociale) ; ○ Intégration de la prise en charge psycho-sociale dans la formation sanitaire. Comme les décès maternels ont un impact psychologique sur les sages-femmes, les psychologues qui vont prendre en charge les survivantes de VBG vont aussi prendre en charge les sages-femmes en difficulté ; 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin

Hypothèse 5.1 : L'UNFPA est actif dans le plaidoyer pour la pleine intégration de la SDR et de la SMN dans les systèmes de santé, les stratégies nationales, y compris la CSU et d'autres plateformes et pour les initiatives qui renforcent les liens entre la SMN et la SDR dans les stratégies et plans au niveau global, régional et national	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Le partenariat avec la police pourrait aussi se matérialiser au niveau des SONUS (où la police pourrait avoir un bureau), de telle sorte que la police va vers victime et pas l'inverse ● Intégration au niveau de l'espace géographique, à travers l'attention mise par le bureau à ne pas dupliquer 	
<ul style="list-style-type: none"> ● L'intégration existe au niveau bureau pays mais pas au niveau HQ ; HQ n'utilise pas notre intégration comme un modèle. Pourquoi ? Peut-être parce que quand nous voyons un ministre, nous avons 30 minutes, et nous avons besoin d'intégrer nos réponses et que sur le terrain, les problèmes sont liés. 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
Hypothèse 5.2 : Des modèles et des approches fondés sur des données factuelles pour soutenir la programmation de la prestation intégrée de services en SMN et SDR promus par l'UNFPA, sont adoptés et mis en œuvre par les autorités nationales pour l'offre et la demande de services	
Indicateurs :	
<ul style="list-style-type: none"> ● Les autorités sanitaires nationales confirment l'adoption/l'adaptation de modèles et d'approches fondés sur des données factuelles pour l'intégration de la SMN et de la SDR, y compris, mais sans se limiter à, la planification familiale post-partum (PPFP), les soins post-avortement (SA légal), PTME ● Les directives opérationnelles pour le personnel des services de santé comprennent des protocoles pour l'intégration des informations, des services et des références en SMN et SDR ● Résultats avérés des interventions programmatiques soutenues par l'UNFPA pour piloter, adapter ou étendre les modèles et les approches d'intégration (PPFP, PAC, PTME, etc.) ● Résultats avérés s des efforts visant à étendre le paquet de soins prénatals pour les informations et services essentiels de SDR pour les adolescentes et les jeunes ● Expériences et points de vue rapportés de certaines autorités sanitaires nationales et partenaires de mise en œuvre sur les progrès et les défis liés à l'intégration de la SMN et de la SDR. 	
Observations	Sources
Activités bureau pays formation VBG (non MHTF) Dans le but de renforcer les capacités techniques et opérationnelles des ministères sectoriels et des acteurs à tous les niveaux pour prévenir et combattre les violences sexistes , le Bureau Pays avec la collaboration du Ministère en charge des Affaires Sociales à travers la DPGF, a mené un certain nombre d'action et des formations auprès des prestataires et les communes ciblées par le programme. Il s'agit par exemple de: 12 communes ont bénéficié d'une extension du paquet de services essentiels de prévention/prise en charge des VFF (Centre de promotion Sociale et Formations sanitaires SONUB). Ces communes ont bénéficié de paquet de services essentiels au profit des personnes handicapées victimes de VBG . Les capacités de 292 prestataires ont été renforcées pour la prévention et la Prise en charge des VBG.	UNFPA, 2019 Annual Report - Benin, 2020, UNFPA, New York, USA
Activités du MHTF <ul style="list-style-type: none"> ● Production d'une note conceptuelle sur le renforcement du système de santé maternelle et néonatale dans le département de l'Atlantique (Modèle SONU+); ● Elaboration d'un modèle de services intégrés de santé de la reproduction, y compris la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s, les violences basées sur le genre, l'Etat civil, les données statistiques désagrégées ● Elaboration d'un plan de travail annuel (PTA) pour l'amélioration des services intégrés et enfin 	Report 2020

Hypothèse 5.2 : Des modèles et des approches fondés sur des données factuelles pour soutenir la programmation de la prestation intégrée de services en SMN et SDSR promus par l'UNFPA, sont adoptés et mis en œuvre par les autorités nationales pour l'offre et la demande de services	
<ul style="list-style-type: none"> la disponibilité d'un état des lieux de la maternité de Sô Ava pour apprécier les besoins en réhabilitation et équipement La modélisation des services intégrés sera poursuivie dans au moins un département (Atlantique), mais avec une extension dans l'Atacora. L'intégration du système de données, y compris les aspects de logistique des intrants, sera une priorité maintenue pour un suivi en temps réel et géo référencé des données. 	
<ul style="list-style-type: none"> Toutes les formations sanitaires ont été formées aux SSRAJ et toute l'équipe est formée, La formation est axée sur la polyvalence des SOPS (standard operating procédures) VBG et les cas de viols sont référés au médecin 	Entretien, UNFPA Staff, Mai 2021, Benin
<p>Rédaction d'un modèle de services intégrés, fondé sur une étude cas manquant de substance</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette étude a conduit une analyse du niveau d'intégration au niveau de la ZS et d'apprécier les services effectivement intégrés, ceux qui ne sont pas encore intégrés, de souligner les forces et faiblesses en matière d'intégration et de proposer un modèle d'amélioration de services intégrés. Faiblesses relevées : Planification Familiale n'est pas souvent demandée, les prestataires sont timides dans l'information, la sensibilisation et l'offre de cette intervention. Absence de détection des violences. Recommandations : L'approche d'identification systématique des besoins de la cliente en contraception et l'amélioration de l'environnement politique et socioculturel sur la santé sexuelle et reproductive favoriseraient les prestations de PF. La déclaration de naissances et la détection des traces de violences basées sur le genre doivent être mentionnées sur la carte maternelle. 	UNFPA Bénin, Elaboration d'un modèle de services intégrés de Santé de la Reproduction (SR) y compris les violences basées sur le genre, les données statistiques désagrégées et l'état civil dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava, 2019
<p>Intégration de la thématique SSR dans la formation des sages-femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> Depuis 3 ans, on parle de SSR dans la formation, avec les appuis de ISRP, UNFPA, INFP, APEFE, Enabel (programme Equité), en 2eme et 3eme année Le programme Equité (financé par l'AFD) prévoit la mise en place d'un Master en SSR 	Ministère de la Santé Staff, Mai 2021, Benin Dir ecole Parakou , Gov staff
<p>MHTF et formation continue</p> <p>30 gestionnaires de services de santé sont formés en tant que formateurs au cours de l'année sur le paquet de services minimum intégré (SR/PF/VBG/VIH) avec l'appui de l'UNFPA.</p>	UNFPA Annual Report, 2018
<p>Impacts de la formation continue MHTF sur l'intégration de la SSRAJ</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Formations : FNUAP intervenait – unfpa a organisé beaucoup de formations (moins de 3 ans). La formation sur la SSRAJ a changé ma manière de travailler au niveau de l'accueil et de l'écoute des jeunes ; il faut connaître leurs besoins, pour mieux répondre à leurs aspirations. J'ai aussi appris comment me comporter en cas de viol, l'analyse de la situation et la référence.</i> <p>Bonne pratique : Centre convivial pour jeunes placé à côté d'un centre SONU : Il faut que les centres soient adaptés aux jeunes. Dans la clinique ou je travaillais avant, il y a un centre convivial (avec des jeux de cartes/foots). On joue avec eux et c'est là qu'ils parlent. Le bâtiment est séparé mais discret. Il faut être disponible pour les recevoir et s'adapter à leurs horaires (travailler à midi et après l'école), ça demande du personnel... quand les jeunes sont bien informés, ils vulgarisent eux-mêmes les thèmes dans la population et grâce à eux, on avait augmenté le taux de prévalence de contraceptifs... c'était un avantage d'avoir la clinique SONU à côté</p>	Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin
Le MHTF finance des programmes communautaires de création de la demande en PF et auprès des adolescents	OSV Jordan Grafed

Hypothèse 5.2 : Des modèles et des approches fondés sur des données factuelles pour soutenir la programmation de la prestation intégrée de services en SMN et SDRS promus par l'UNFPA, sont adoptés et mis en œuvre par les autorités nationales pour l'offre et la demande de services	
<p>Activité du Programme supplies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la Planification Familiale dans tous les services SR (Soins Post Partum, SAA, PEV, Nutrition, etc.) dans les 33 centres de santé de communes (25) et hôpitaux de zone (8) des 10 zones sanitaires d'intervention. • Les services intégrés de PF dans les autres services de SR a bénéficié de l'appui de l'UNFPA dans 39 formations sanitaires dans les huit (8) Zones Sanitaires d'intervention du Programme. Plusieurs stratégies ont été combinées pour contribuer à cette intégration. Il s'agit de <ul style="list-style-type: none"> ○ La formation de 195 agents qualifiés, 115 agents non qualifiés, 300 relais communautaires. ○ La mise à disposition des outils de communication (affiches, boîtes à images, etc..) et les supports de documentation qui accompagnent (registre pré-imprimé, registre PF, cartes de référence) 	MHTF Rapport 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Par rapport au programme de l'UNFPA, c'est vrai que tout le monde sait plus ou moins ce que l'UNFPA fait mais j'ai bien aimé la particularité de l'UNFPA au Bénin dans leur programme où chaque fois que j'ai rencontré la représentante résidente et chaque fois qu'elle intervient dans les différentes rencontres gouvernement, partenaire et même les rencontres partenaires, c'est d'insister vraiment sur l'aspect de mise en œuvre communautaire. Ça c'est vraiment un aspect que j'apprécie vraiment et que je trouve que c'est vraiment un plus. L'aspect communautaire vraiment mettre à disposition au derniers kilomètres des centres de santé de population en engageant les différentes communautés et en mobilisant les jeunes. 	Entretien doneur bilatérale (donor 5WB)
<p>MHTF finance travail ONGs à l'interface entre communauté et centres de santé - Partenariat tripartite : MAIS/UNFPA/NGO-intermédiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • En termes de SSARJ, on fait de la communication, mobilisation sociale, offre de services, en partenariat avec les districts sanitaires. Nos animateurs communautaires font la mobilisation autour du PF et quand les femmes sont intéressées, elles sont envoyées vers les centres de santé. Les Districts Sanitaires estiment les besoins en matière de PF, le Ministère de la Santé met les produits à disposition. <p>Il y a beaucoup à faire en termes de changement de comportement [sur la SSARJ], aussi bien dans la communauté que parmi des agents de santé et les sages-femmes. Vous savez très que la qualité des soins au quotidien n'est pas évidente, à plus forte raison ce qu'ils vont penser ne pas être de leur domaines de compétence alors que normalement ça doit l'être.</p>	Entretien, ONG national, Mai 2021, Benin
<p>Tout ce que nous faisons est enregistré dans la maternité ; les sages-femmes sont impliquées et enregistrent ce qui se passe, et nos statistiques sont intégrées au niveau du centre de santé. Nous faisons des interventions dans des centres SONU, des campagnes de counseling pendant le post partum.</p>	Entretien, ONG national, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Nous accompagnons 235 centres de santé dans la distribution contraceptive en utilisant le IPM – Informed Push Model qui se déroule en 3 étapes : Animateur va dans le centre de santé 4 fois • Inventaire/mise à disposition produits contraceptifs (achetés par UNFPA, qui mis à disposition de ANSS, puis la zone sanitaire) /suivi de la disponibilité du stock/collecte des données pour rapports • Distribution par des tricycles, branded avec le logo de unfpa • PF : OSV appuis ZS dans l'identification des besoins (approches system des besoins des clients en PF): Fiches pour identifier besoins et aider à aller choisir sa méthode • Formation de 100 relais communautaires pour promouvoir l'offre de services de PF 	Entretien, ONG national, Mai 2021, Benin

Hypothèse 5.2 : Des modèles et des approches fondés sur des données factuelles pour soutenir la programmation de la prestation intégrée de services en SMN et SDRS promus par l'UNFPA, sont adoptés et mis en œuvre par les autorités nationales pour l'offre et la demande de services	
<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer pour introduire IPM and ZAJ dans système ; pour faire connaître produit dans communauté afin de créer la demande <p>Formation/PF pour infirmières/sage-femme/médecins/encadrement zones et parfois aide soignants : Tech contraceptives ; injectable – durée d'action 12 semaines = 3 mois</p>	
La prestataire des SONU tique un peu quand elle reçoit des jeunes ; du coup on fait de la formation sur la réduction des biais pour l'offre de PF aux jeunes , afin d'accroître l'acceptation des jeunes	Entretien, ONG national, Mai 2021, Benin
On a rédigé le Guide d'observation de la qualité de services de santé sexuelle et de la reproduction adaptée aux jeunes et ado. Suivi avec Zone Sanitaire pour prendre le relai/réunion de restitution/ jeunes associés à restitution	Entretien, ONG national, Mai 2021, Benin
Le rôle des sages-femmes dans la promotion de la planification familiale : Une semaine de suivi est organisée chaque année. Six ou sept équipes se rendent dans les quartiers faire de la sensibilisation ; le comité de gestion est impliqué. Certaines sages-femmes sont aussi invitées dans les centres de loisirs pour jeunes pour parler de sexualité et de PF	Entretien, Directeur de clinique, Mai 2021, Benin
Intégration des données fistules dans le système d'information sanitaire Poursuivre l'intégration dans le SNIGS et le sous-système de santé familiale à la DSME , les données relatives aux FO dans les centres de prise en charge (rapports des hôpitaux). Quatre centres de prise en charge de FO sur huit ont intégré leurs rapports dans DHIS2.	Rapport MHTF 2018
Résultats rapportés par UNFPA 32% de formation sanitaire publics au niveaux secondaire et tertiaire suivi, offrent un ensemble essentiel d'informations et de services intégrés de SSR pour les adolescents et jeunes (PF/IST et VIH, SONUB/VBG).	UNFPA, 2019 Annual Report - Benin, 2020, UNFPA, New York, USA
UNFPA est bien placé et respecté dans le secteur de la SSRAJ UNFPA est l'araignée au milieu de la toile – ils occupent une position centrale dans le secteur de l'éducation sur la santé sexuelle. Toutes ces notions de SSR sont liées à l'égalité des genres et le plaidoyer de la Représentante est très fort sur ce sujet.	Entretien, donateur bilatérale, Juin 2021, Benin
Défis	
Ce n'est pas évident quand le personnel n'est pas suffisant. Mais ce n'est pas le même personnel : ce n'est pas la sage-femme de garde qui assure les urgences maternité et en même temps traite VBG et SSRAJ.	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
Insuffisance de la prise en considération du genre Mais je pense que dans la formation initiale, il faut vraiment qu'on mette l'accent sur ça [le genre] et que les gens sachent que quand on est dans le domaine de la santé, ses convictions personnelles et religieuses on doit pouvoir les mettre de côté et puis les soins selon les politiques adoptées par le gouvernement. Donc je crois que c'est ça le principal défi et c'est criant au Bénin. Moi j'étais étonnée parce que je viens d'un pays saharien à forte prédominance islamique ou musulmane où je pensais qu'on avait le plus de pesanteurs sociales sur la considération des droits de la femme mais j'étais étonnée de constater qu'au Bénin c'est un peu plus poussé que même certains pays du sahel. Donc il y a beaucoup à faire ici au Bénin en termes de changement de comportement et je pense que l'UNFPA devrait travailler sur ça. Je pense que ça aussi ça manque un peu dans le programme, le travail en amont dans les communautés.	Entretien, Partenaire Technique et financier, organisation multilatérale Août 2021, Benin
Défis sur la vision stratégique de l'intégration	•

Hypothèse 5.2 : Des modèles et des approches fondés sur des données factuelles pour soutenir la programmation de la prestation intégrée de services en SMN et SDSR promus par l'UNFPA, sont adoptés et mis en œuvre par les autorités nationales pour l'offre et la demande de services	
<ul style="list-style-type: none"> • Le problème est tout ce qu'on met dans la SSR : La maternité ne peut pas régler tout ça. 	Entretien, Département de la santé du district Mai 2021, Benin
<p>Une stratégie d'intégration qui dépasse les capacités des SONUs</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Le sujet de l'intégration de la SMN et de la DSSR est une constante – on veut intégrer-intégrer-intégrer et je me demande jusqu'où... on ne regarde pas vraiment comment l'utilisateur final exploite cette intégration. C'est logique sur le plan économique mais jusqu'où va t'on ? C'est naturel pour le planning familial, mais qu'en est-il pour les VBG ? peut-être, dans une certaine mesure (à régler avec police/justice/juge) mais la première personne à qui la femme devrait parler est dans les services sociaux – mais ont-ils les capacités de répondre ?</i> • <i>Quant aux services adaptés aux jeunes et adolescents, il faut se rappeler que les SONUs mettent les prestataires en situation d'urgence et il faut aller vite... or travailler avec les jeunes, c'est tout l'inverse, il faut prendre le temps. Les services de PF pour adolescents doivent être organisés autrement. On doit les organiser à côté, mais pas dans la même unité... Ils ont besoin d'un centre avec une entrée et une sortie différente et d'autres activités pour justifier leur présence, un environnement spécial est à créer (avec par exemple des jeux/vidéos/apps).</i> 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<p>Poser les limites de l'intégration et renforcer le travail communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les portes d'entrée sont à prendre – Il faut former les prestataires de soins à la détection et l'orientation des victimes pour contrer les réflexes de culpabilisation et pour orienter vers autres centres de prise en charge ; mais le travail au niveau des communautés est nécessaire : Nous avons besoin de prévention et accompagnement dès les 1ers problèmes dans les communautés. C'est la mode de tout intégrer, mais il faut disposer des ressources. On nous dit d'intégrer SSRAJ dans les maternités : Mais ils n'ont pas le temps de le faire; en même temps, il est difficile de créer structures séparées. Il faut des moyens, sinon, les adolescents sont démotivés. Ils ne peuvent pas entendre « la sage-femme est fatiguée et elle se repose » quand ils viennent. Il faut des animateurs communautaires. 	Entretien, donateur bilatérale, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Dans les centres de santé, nous avons un paquet minimum d'activités qui intègre tout. Mais est-il disponible partout ? Non. Parfois, c'est dû au manque de compétences de certains personnels (niveau opérationnel) ; au plan fonctionnel, souvent, l'espace manque.... Tant qu'on ne va pas sortir de l'approche projet, on aura des difficultés..... 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<ul style="list-style-type: none"> • Il y a beaucoup à faire ici au Bénin en termes de changement de comportement et je pense que l'UNFPA devrait travailler sur ça. Je pense que ça aussi ça manque un peu dans le programme, le travail en amont dans les communautés 	Entretien, Partenaire Technique et financier, organisation multilatérale Août 2021, Benin
Défis sur l'intégration des SSRAJ	
<ul style="list-style-type: none"> • L'intégration est difficile sur les services pour les adolescents car le cadre n'est pas approprié ; S'il y a une urgence sur une personne jeune, le personnel peut la prendre mais les services ne sont pas organisés spécifiquement pour les jeunes. C'est ce qui justifie une grosse insuffisance des services SRAJ. Ils préfèrent aller dans des structures qui garantissent certaines commodités ; nous avons également un effectif réduit. Il y a un manque de formation pour accorder du temps et de l'écoute 	Entretien Personnel de santé du district, Mai 2021, Benin

Hypothèse 5.2 : Des modèles et des approches fondés sur des données factuelles pour soutenir la programmation de la prestation intégrée de services en SMN et SDRS promus par l'UNFPA, sont adoptés et mis en œuvre par les autorités nationales pour l'offre et la demande de services	
<p>aux patientes jeunes qui sont dans le besoin. Pour les garçons, c'est encore pire. Le contexte d'ici ne s'y prête pas. Pour les VBG, le processus est encore jeune. Mais, il est de plus en plus documenté ; dans le passé on faisait sans trace ; on transmettait les statistiques ; elles sont produites sans exploitation par nous même</p>	
<ul style="list-style-type: none"> On est en train de mettre à part la SSR : Certains partenaires nous aident à créer un circuit parallèle, à travers des Centres Ami des adolescents ; comment faire pour qu'un Centre ami des adolescents travaille en collaboration avec les maternités ? 	Entretien, Département de la santé du district Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Dans le contexte du Bénin, la difficulté c'est vraiment les obstacles socio-comportementaux. Il faut beaucoup travailler sur la communication pour le changement de comportement et aussi les perceptions. Sinon ça va être difficile pour un jeune d'aller dans un centre de santé et avoir les services de santé sexuelle qu'il désire à cause des pesanteurs sociales. Il faut même changer le comportement des agents de santé - dans la formation il y a peut-être ça qui manque, en termes de connaissance, de compétence et même aborder leur propre pesanteur personnelle ou religieuse qui entravent leur capacité à fournir des services comme il se doit aux jeunes surtout. 	Entretien, Partenaire Technique et financier, organisation multilatérale Août 2021, Benin
Exemples de de la réponse aux GBV au sein de SONU	
<p>Exemple de de la réponse aux GBV au sein d'une clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>On offre des services de psychothérapie (on calme la patiente et les parents « quand les parents veulent porter plainte, on fait un papier », ou c'est le commissaire qui nous le demande ; quand ça nous dépasse, on réfère au CHD. Quand une femme était sexuellement active, les preuves pas ne sont pas évidentes et on se demande « y'avait-il consentement ? » ; nous recevons un cas par mois maximum. Nous n'avons pas de lien formel avec le Département Social et les cas se gèrent dans la communauté avec le chef de quartier ou autre ; quand les personnes veulent traduire en justice, elles sont obligées de passer par ici ; des fois elles viennent avec le chef de quartier et la personne mise en cause et on parle avec. C'est une bonne chose de porter plainte car cela nous permet d'avoir des données, donc cela nous arrange qu'ils passent par nous.</i> 	Entretien, Directeur de clinique, Mai 2021, Benin
Réponse aux VBG par des sage-femmes	
<ul style="list-style-type: none"> On aborde le sujet de la violence avec les femme enceintes : On conseille l'hygiène et le repos (et éviter de se laisser aller parce qu'on est enceinte), on explique que les rapports sexuels sont sans danger pendant la grossesse et on conseille aux femmes d'accepter les rapports avec leur mari car si non, ça peut engendrer des violences. On leur explique comment éviter le mécontentement des hommes. 	Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Les gens viennent pour obtenir des certificats médicaux et on les envoie vers les hôpitaux. On doit encourager la discussion avec femmes, les conseiller sur les comportements à adopter pour ne pas accepter violences 	Entretien autre sage-femme
<ul style="list-style-type: none"> Si femme aborde le sujet de la violence, on la réfère.... Une thèse en médecine a révélé que 47% prestataires ne connaissaient pas la définition de la violence obstétricale ; Il y a un très gros problème avec la manière dont les sages-femmes et infirmiers traitent les patientes, ce qui entraîne une diminution de la fréquentation 	Ministère de la Santé, Benin, Mai 2021 Ecole sages-femmes
Défis relevés sur l'intégration de GBV dans une zone sanitaire où UNFPA intervient	
<ul style="list-style-type: none"> GBV : La prise en psychologique de la personne ne peut se faire dans la clinique comme le planning familial post partum. C'est prescrit mais ça ne se fait pas toujours, ce n'est pas systématique, ça dépend des sages-femmes. L'intégration n'est pas effective 	Entretien, Département de la santé du district Mai 2021, Benin

Hypothèse 5.2 : Des modèles et des approches fondés sur des données factuelles pour soutenir la programmation de la prestation intégrée de services en SMN et SDRS promus par l'UNFPA, sont adoptés et mis en œuvre par les autorités nationales pour l'offre et la demande de services	
<ul style="list-style-type: none"> Il est aussi difficile de sortir des statistiques sur les VBG : certaines femmes vont à police, d'autres au ministère des services sociaux 	
<ul style="list-style-type: none"> On communique mal avec les patientes [sur les VBG] mal mais c'est fondamental ; quand une femme arrive pour une consultation, on lui demande les antécédents, mais à la fin, on ne dit pas à la femme ce qu'elle doit faire quand elle rentre chez elle ; on agit selon nos moyens et quand vous avez 40 patients qui attendent, on n'a pas le temps de faire grand-chose 	Ministère de la Santé, Benin, Mai 2021
<ul style="list-style-type: none"> Les femmes et le staff ont d'abord besoin de qualifier ce qu'est la VBG (le personnel de santé va faire le constat, mais la cause est son statut de femme – même si l'agent de santé comprend la violence sexuelle, il a besoin du secteur social et policier pour le reste. 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
Activités typiques d'une sage-femme SONU en PF <ul style="list-style-type: none"> On offre le PF en post partum immédiat, mais les femmes sont réticentes... on les sensibilise... les barrières sont liées aux effets secondaires, ou bien aux rumeurs, à la religion. La sensibilisation se fait pendant les consultations prénatales, post natales, vaccination, au service du PF, en pédiatrie. On fait aussi des séances dans les communautés 2 à 3 fois dans l'année avec le comité de gestion du centre (IEC) et les agents de santé... après ces séances de sensibilisation fréquentation du centre augmente. On propose aussi des journées où la PF est donnée gratuitement 	Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin
Opinion <ul style="list-style-type: none"> Les services conviviaux pour les jeunes peuvent être intégrés dans les cliniques SONU parce que si on isole les services pour les jeunes, on élève le risque de stigmatisation ; Centre Amour et Vie (ABMS incl. mobile) est une bonne pratique. Ils mènent différentes activités (ce n'est pas un projet financé par UNFPA). Leur clinique a une sage-femme 	Entretien, donneur bilatérale, Juin 2021, Benin
Source info PF - diverses <ul style="list-style-type: none"> <i>Moi, c'est quand j'ai fait l'accouchement et après je suis venue pour la consultation de l'enfant. Il y a une dame qui nous a parlé dans un groupe. Et elle a parlé de planiki (Planning familial).</i> <i>Moi j'ai entendu ces choses-là à plusieurs endroits, la télé, la radio. Mais mon mari n'aime pas le planning. Donc, je ne parle pas de ça avec lui. Mais les jeunes filles d'aujourd'hui connaissent tout ça.</i> <i>Moi, c'est une autre femme qui m'en a parlé et j'ai eu d'autres informations avec d'autres femmes encore. Et quand je suis venue au centre, c'est ce que je voulais que j'aie demandé. Mais il arrive que certaines femmes apprennent ces choses-là seulement quand elles viennent en consultation.</i> 	
Hypothèse 5.3 : Le MHTF était un programme efficace pour façonner l'orientation stratégique globale de l'UNFPA en ce qui concerne l'intégration de la SDRS et de la SMN et a agi comme un catalyseur au sein de l'UNFPA pour renforcer l'engagement envers la SDRS – l'intégration de la SMN en tant que stratégie vitale	
Indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> Évolution au fil du temps des mécanismes de coordination au sein du MHTF pour assurer les liens dans la programmation et les résultats dans les quatre domaines techniques, c'est-à-dire la fistule, les SONU, la sage-femme et le MPDSR Structure et fonctionnement des mécanismes de coordination aux niveaux global, régional et national au sein de l'UNFPA pour assurer les liens entre le MHTF et d'autres domaines de travail, c'est-à-dire SRHR/the Supplies Partnership, SGBV/genre, adolescents et jeunes, etc. 	

Hypothèse 5.3 : Le MHTF était un programme efficace pour façonner l'orientation stratégique globale de l'UNFPA en ce qui concerne l'intégration de la SDR et de la SMN et a agi comme un catalyseur au sein de l'UNFPA pour renforcer l'engagement envers la SDR – l'intégration de la SMN en tant que stratégie vitale	
Observations	Sources
Interconnexion et synergie entre différentes composantes MHTF existe conceptuellement mais pas dans la réalité : Est-ce que revue des MDSR améliore le fonctionnement des SONU ? Ceci impliquerait les actions proposées par les revues sont 1) pertinentes et 2) mises en place, ce qui n'est pas toujours le cas.	Entretien département de gestion de la santé
Domaine d'enquête 6 : Accès équitable et redevable	
Question d'évaluation 6 : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à améliorer la disponibilité et la qualité de la prestation des services de santé et du système d'information sur la santé pour répondre à la diversité des besoins des femmes, des nouveau-nés et des adolescentes, y compris parmi les quintiles de population les plus pauvres ou les populations vivant dans des zones difficiles d'accès ou confrontées à la discrimination (fondée sur l'identité, l'origine ethnique et/ou la croyance) et/ou vivant avec un handicap ?	
Sous-questions :	
a) Dans quelle mesure UNFPA a-t-il été efficace dans la promotion et le soutien des stratégies et programmes nationaux, qui prennent en compte les besoins divers et différenciés des femmes, des nouveau-nés et des adolescentes, y compris les plus vulnérables et les plus défavorisés ?	
b) Dans quelle mesure les gouvernements nationaux ont-ils répondu positivement au plaidoyer et au soutien technique de l'UNFPA en allouant des ressources, en modifiant les politiques et en mettant en œuvre des programmes qui renforcent l'offre et la demande de soins, assurent un accès équitable et responsable à des services de SMN et de SDR de qualité et les besoins et l'autonomisation des femmes et des adolescentes ?	
c) Les programmes soutenus par UNFPA ont-ils été efficaces pour accroître la disponibilité et l'utilisation des services de SMN et de SDR pour les femmes, les adolescents et les nouveau-nés, y compris les plus vulnérables et les plus défavorisés ?	
Critère d'évaluation	<i>Pertinence, efficacité, durabilité</i>
Justification	À l'échelle mondiale, la mortalité maternelle est la deuxième cause de décès chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Sur toutes les naissances dans le monde chaque année, environ 16 millions (11 %) concernent des filles de cette tranche d'âge ; environ 2 millions sont des filles de moins de 15 ans. La stigmatisation, la discrimination, le traitement moralisateur, le manque de confidentialité et l'incapacité d'accéder physiquement aux services de santé sont des obstacles importants à la prise en charge des adolescentes. Le MHTF aide les pays à améliorer l'accès des adolescentes à des services de santé sexuelle et reproductive plus larges. De plus, les femmes pauvres des zones rurales et urbaines et les femmes issues de groupes minoritaires ont moins accès à des soins de santé maternelle de qualité que les femmes plus riches des zones urbaines. Le MHTF soutient leur accès équitable aux soins de SMN et à la SDR au sens large.
Hypothèse 6.1 : UNFPA promeut et soutient des stratégies et programmes nationaux qui prennent en compte les besoins divers et différenciés des femmes, des nouveau-nés et des adolescentes, y compris les plus vulnérables et les plus défavorisés	
Indicateurs :	
<ul style="list-style-type: none"> • Les stratégies et plans nationaux soutiennent les programmes et approches qui promeuvent, évaluent et répondent aux besoins différenciés des femmes, des nouveau-nés et des adolescentes, y compris les plus vulnérables et défavorisés • Déclarations officielles nationales concernant la protection des droits des femmes et des filles et la nécessité de « ne laisser personne de côté » 	
Observations	Sources

Hypothèse 6.1 : UNFPA promeut et soutient des stratégies et programmes nationaux qui prennent en compte les besoins divers et différenciés des femmes, des nouveau-nés et des adolescentes, y compris les plus vulnérables et les plus défavorisés	
<ul style="list-style-type: none"> Quel est le rôle du MHTF pour promouvoir l'équité dans l'accès aux soins ? Ce n'est pas une priorité du MHTF au Bénin. Mais nous avons fait du plaidoyer pour demander que l'accouchement soit dans l'ARCH [système de couverture santé universelle] 	Entretien, UNFPA bureau pays, Bénin, Mai 2021
<ul style="list-style-type: none"> Quelles mesures sont en place pour favoriser l'équité dans l'accès aux soins de SMN ? Les tarifs d'accouchement sont suffisamment bas 	Entretien, District Ministère de la Santé, Bénin, Mai 2021
<ul style="list-style-type: none"> Les gens pas en mesure de payer immédiatement viennent payer plus tard. Souvent, on implique les chefs du quartier et on s'entend entre nous Les soins maternels ne sont pas gratuits – l'acte d'accouchement coûte 1000 FCFA, auquel s'ajoute le kit (matériel nécessaire) qui coûte 9000 FCFA (maximum 12 000) 	Entretien, Directeur de clinique, Bénin, Mai 2021,
<ul style="list-style-type: none"> La solution pour les indigents est la Couverture sociale/couverture universelle, qui prévoit que « que tu sois pauvre ou riche, ton kit d'urgence te sera donné, car tout décès doit être rapporté/audité ». Ceci réduira le déficit propre de l'hôpital 	Entretien, Centre de Santé, Bénin, Mai 2021
<ul style="list-style-type: none"> Les frais de grossesse sont inclus dans ARCH ; la césarienne est gratuite. Le Ministère de la Santé a fait du plaidoyer auprès du Ministère des Affaires Sociales dans ce sens. 	Entretien, Ministère de la Santé, Bénin, Mai 2021
<ul style="list-style-type: none"> Toutes les dernières semaines du mois nous organisons une campagne gratuite de PF. Ainsi, ceux qui n'ont pas les moyens peuvent venir bénéficier gratuitement de la consultation et des produits. Pour les autres services, nous mettons celles qui ne peuvent pas payer dans le groupe des indigents [dont les soins sont payés par le fonds pour les indigents]. Ça coûte cher mais la Zone Sanitaire nous aide. Je pense que c'est une politique nationale. 	Entretien sage-femme, Centre de santé, Mai 2021, Bénin
Défis	•
<ul style="list-style-type: none"> L'hôpital dispose de moindres ressources en ce moment à cause de la baisse d'activités liée au Covid-19, les charges salariales, les intrants. Nous avons des difficultés financières en Avril-Mai-Juin à cause de l'augmentation du nombre de gens démunis, nous utilisons donc nos fonds propres. Par exemple, au 1er trimestre 2020 = 5 millions FCFA étaient alloués à la prise en charge des indigents ; mais cette année 2021, c'était 10 millions. Nous attendons que le gouvernement donne plus. Nous sommes obligés de libérer les gens plus tôt pour éviter les charges. 	Entretien, Directeur d'hôpital, Mai 2021, Bénin
<ul style="list-style-type: none"> On réfère les indigents dans les hôpitaux car il existe un service social ou des centres sociaux – nous ne faisons pas de prise en charge ici à la clinique Projet ARCH va permettre la prise en charge des pauvres extrêmes par l'Etat ; les services de maternité font partie de ARCH – mais si une personne n'a pas sa carte, on ne peut pas la prendre en charge sans payer 	Entretien, sage-femme, Juin 2021, Bénin
Hypothèse 6.2 : Le plaidoyer et l'appui technique d'UNFPA auprès des autorités nationales se concentrent sur la nécessité d'augmenter l'allocation des ressources, d'adopter des politiques favorables et de renforcer les processus assurant la redevabilité, afin de garantir un accès équitable à des services de SMN et de SDR de qualité, qui répondent aux besoins et autonomisent les femmes et les adolescentes, y compris les plus vulnérables et défavorisés	
Indicateurs :	
<ul style="list-style-type: none"> Changements dans le temps dans les stratégies et plans nationaux qui reflètent une attention accrue aux besoins différenciés des femmes, des nouveau-nés et des adolescents, y compris dans les quatre domaines d'intervention techniques du MHTF Modifications et augmentations des allocations financières et des dépenses pour répondre aux besoins des femmes, des nouveau-nés et des adolescents, y compris les personnes vulnérables et défavorisées 	

Hypothèse 6.2 : Le plaidoyer et l'appui technique d'UNFPA auprès des autorités nationales se concentrent sur la nécessité d'augmenter l'allocation des ressources, d'adopter des politiques favorables et de renforcer les processus assurant la redevabilité, afin de garantir un accès équitable à des services de SMN et de SDR de qualité, qui répondent aux besoins et autonomisent les femmes et les adolescentes, y compris les plus vulnérables et défavorisés	
<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de données désagrégées par les systèmes d'information sanitaire pour suivre l'équité dans l'accès aux services de SMN et de SDR, en particulier les SONU et les soins de la fistule • Opinions des parties prenantes nationales, de district et communautaires concernant l'accès équitable aux services de SMN et de SDR pour les femmes, les nouveau-nés et les adolescentes, y compris les plus vulnérables et défavorisés • Exemples et résultats de programmes soutenus par l'UNFPA pour renforcer l'offre et la demande de soins de SMN et de SDR et autonomiser les femmes et les adolescentes. 	
Observations	Sources
Le volet innovation du MHTF a pour but de rendre les produits disponibles au dernier kilomètre (« last mile »)	Entretien, UNFPA bureau pays
SSRAJ – Programmes UNFPA favorisant la demande de soins SMN SDR	
L'engagement communautaire et l'utilisation du numérique pour atteindre cette population jeune qui n'est pas forcément accessible, c'est vraiment un plus dans l'offre du programme de l'UNFPA.	Entretien, Partenaire Technique et financier, organisation multilatérale Août 2021, Benin
<i>Voir EQ sur l'intégration pour plus de détails sur les programmes SSARJ</i>	
Hypothèse 6.3 : Les contributions du MHTF visent à accroître la disponibilité et l'utilisation des services de SMN et de SDR pour les femmes, les adolescents et les nouveau-nés, y compris les plus vulnérables et les plus défavorisés	
Indicateur:	
<ul style="list-style-type: none"> • Tendances des données sur l'utilisation des services de SMN et de SDR, ventilées par âge, origine ethnique, richesse, géographie et autres indicateurs disponibles 	
Observations	Sources
<i>Voir EQ sur l'intégration pour plus de détails sur les programmes SSARJ</i>	

Domaine d'enquête 7 : Rôle catalytique

Question d'évaluation 7 : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il rempli son rôle de catalyseur en permettant à l'UNFPA de « peser plus que son poids réel » dans son appui à la SMN et pour l'intégration avec la SDRS ?

Sous-questions :

- a) Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il utilisé le MHTF comme véhicule pour jouer un rôle d'agent intermédiaire (courtier) pour la promotion de la SMN et du bien-être dans les pays à TMM élevé, en améliorant la coordination et les partenariats, en mobilisant davantage de fonds de sources internationales et nationales et en fournissant une orientation stratégique efficace, une assistance technique et un renforcement des capacités grâce à des interventions impulsées par les pays ?
- b) Dans quelle mesure le MHTF a-t-il tiré parti d'un éventail de résultats discernables, tangibles et pratiques, y compris des engagements politiques et un soutien politique ainsi que des promesses et investissements financiers
- c) Dans quelle mesure l'appui technique global et régional de l'UNFPA a-t-il soutenu les équipes de pays et les autorités sanitaires nationales en renforçant les données et informations fiables collectées par le biais du suivi et des revues, en stimulant les approches de partage des connaissances et en identifiant, intensifiant ou reproduisant l'innovation et les bonnes pratiques entre pays ?

Critère d'évaluation

Pertinence, efficacité, coordination

Justification

Jouer un rôle catalytique est défini comme la capacité d'un agent à provoquer ou accélérer une action significative. Dans cette évaluation, les actions catalytiques sont celles susceptibles de provoquer ou accélérer des changements ou des progrès. Être un agent catalyseur est donc être celui qui identifie, promeut et fait avancer ces actions. Il y a ici une situation contrefactuelle implicite qui est celle dans laquelle, sans l'investissement catalytique, aucun changement significatif ne se serait produit ou ne se serait produit que très lentement. Compte tenu de sa vaste portée (laquelle contraste avec sa faible enveloppe budgétaire), et de son engagement en faveur de la durabilité, de l'équité, des droits de l'homme et de l'égalité des genres, le MHTF peut obtenir de meilleurs résultats s'il concentre ses efforts sur des investissements et des actions catalytiques. Il devra jouer un rôle de courtier au sein de l'UNFPA et avec des partenaires externes, et susciter un engagement politique, programmatique et financier qui dépasse ses propres investissements. Un tel soutien catalytique comprend l'utilisation efficace du mandat de l'UNFPA, en se concentrant sur son rôle de renforcement des partenariats, de la coordination, de la stratégie et du renforcement des capacités, et sur l'encouragement de l'innovation grâce à des stratégies de gestion des connaissances, y compris l'identification des meilleures pratiques.

Hypothèse 7.1 : Le MHTF est un véhicule efficace pour jouer un rôle d'agent intermédiaire (courtier), à la fois en interne au sein de l'UNFPA et en externe avec les pays de programme et autres partenaires aux niveaux global, régional et national pour la promotion de la SMN dans les pays à RMM élevé grâce à son avantage comparatif pour coordonner, établir des partenariats, et mobiliser des financements

Indicateurs :

- Engagement ou soutien du MHTF pour l'élaboration de stratégies, de politiques et de planification, en particulier en impliquant d'autres partenaires et acteurs en vue de forger des partenariats et de négocier des approches et des stratégies coordonnées, y compris au niveau de l'attribution des rôles et des responsabilités
- Exemples de partenaires fédérés par UNFPA pour aider à l'élaboration d'approches et de stratégies de santé maternelle chiffrées, y compris des plans nationaux

Hypothèse 7.1 : Le MHTF est un véhicule efficace pour jouer un rôle d'agent intermédiaire (courtier), à la fois en interne au sein de l'UNFPA et en externe avec les pays de programme et autres partenaires aux niveaux global, régional et national pour la promotion de la SMN dans les pays à RMM élevé grâce à son avantage comparatif pour coordonner, établir des partenariats, et mobiliser des financements	
<ul style="list-style-type: none"> Exemples de leadership de l'UNFPA ou de travail coordonné avec d'autres partenaires au niveau national pour fournir une orientation stratégique, une assistance technique et un renforcement des capacités efficaces, grâce à des interventions menées par les pays Exemples de soutien du MHTF à des interventions de l'UNFPA pour rassembler des partenaires autour de plans, idées, propositions, stratégies, d'une manière qui n'aurait pas été possible sans le MHTF, et pour allouer des ressources, et des efforts supplémentaires ciblés sur ces derniers Exemples spécifiques de la façon dont le MHTF, au niveau global ou par le biais du soutien aux efforts du bureau pays UNFPA au niveau des pays, a aidé à négocier la participation de nouveaux partenaires, des ressources accrues, de meilleures approches ou des innovations pour soutenir/financer la SMN au niveau global et/ou régional et/ou national Une définition claire du rôle et de l'approche de l'UNFPA pour travailler avec les agences ODD3 GAP au niveau des pays, en particulier sur les activités et les plans liés au MRN. 	
Observations	Sources
Un contexte favorable <ul style="list-style-type: none"> Avantage du Benin : Vision du Ministère de la sante : Ministre connaît MHTF, fistule, SONU et a une vision stratégique et cela rentre dans une dynamique politique nationale. Plus facile d'atteindre un impact quand on rentre dans un schéma. 	Entretien UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
MHTF positionné stratégiquement – nature holistique de la stratégie qui couvre tous les thèmes de la SMN et proximité avec le gouvernement	•
<div style="text-align: center;"> <p>A Vision for maternal and neonatal health/ SDG 3.1</p>  <p>•</p> </div>	REF
Pourquoi et comment le MHTF nous sert stratégiquement 1) En développant des outils de priorisation et costing et budgeting pour atteindre les 3 résultats transformatifs de UNFPA et ODD, à travers la Cartographie qui montre la couverture des services SONU	Rep

Hypothèse 7.1 : Le MHTF est un véhicule efficace pour jouer un rôle d'agent intermédiaire (courtier), à la fois en interne au sein de l'UNFPA et en externe avec les pays de programme et autres partenaires aux niveaux global, régional et national pour la promotion de la SMN dans les pays à RMM élevé grâce à son avantage comparatif pour coordonner, établir des partenariats, et mobiliser des financements	
accessibles par les femmes moins d'1h et à travers le costing des SONU qui offre des propos clairs et documentés sur ce qu'il reste à faire pour atteindre ODD 3.1	
<ul style="list-style-type: none"> Notre stratégie est de capitaliser sur les acquis – mobiliser des ressources à l'international et travailler sur des partenariats solides autour de la santé maternelle et le PAG (Plan d'Action du Gouvernement) pour assurer la complémentarité pour la durabilité 	Entretien UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Stratégie holistique : Nous travaillons sur la qualité des services : La SDMR nous aide à avoir une image en temps réel des problèmes ; le travail sur les SONU nous avons établi des critères de fonctionnaliste/qualité, y compris en s'assurant que le personnel peut remplir toutes les fonctions signalétiques et que les produits vitaux sont disponibles ; le MHTF nous a permis de savoir que nous n'avons pas assez de sages-femmes – on s'en est rendu compte en essayant de mettre en place le réseau SONU, et on fait du plaidoyer pour que le gouvernement recrute plus de sages-femmes, en ligne avec les normes en vigueur 	Entretien UNFPA bureau pays, juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Le MHTF propose des interventions qui ont fait leur preuve et permet de passer à l'échelle. Par exemple, les référentiels et la cartographie en matière de SONU aident à engager d'autres PTFs (partenaires techniques et financiers) ; le MHTF aide à disséminer le mentorat. Il aide à maximiser les ressources. Il accompagne le gouvernement en s'appuyant sur des documents produits par UNFPA, pour identifier les zones prioritaires. Il a aidé à trouver des ressources additionnelles telles que le Fonds Muskoka et les fonds Takeda. Coordination est un défi : Nécessite de mettre en place un cadre pour se rencontrer et échanger et éviter les doublons – pour travailler sur la synergie. Il existe une structure de coordination (secteur de sante en général – « PTF Sante » (partenaires techniques et financiers)) ; plateforme spécifique à la santé maternelle devrait être mise en place. 	Entretien UNFPA MHTF Focal Point Entretien UNFPA bureau pays, juin 2021, Benin
Perceptions des acteurs de la SMN sur le rôle catalytique du MHTF	
<ul style="list-style-type: none"> Si je considère Fistules et SDMR, je peux dire que le programme précédent a joué un rôle vraiment d'avant-garde. Pour les SONU, c'est moins évident. Cela a créé une prise de conscience plus aigüe de la chose et d'autres sont venus. C'est UNFPA qui a vraiment travaillé avec le Ministère pour le pilote et la documentation du processus à travers le CERRHUD. C'est après la validation nationale de ce processus que l'arrêt du Ministre a été pris pour institutionnaliser la SDMR. Dans le domaine des SONU, on peut dire UNFPA a joué un rôle fondamental et continue de le jouer. UNFPA constitue un partenaire stratégique du Gouvernement lorsqu'il s'agit de ce sujet-là. On ne peut pas discuter SONU au Bénin sans penser à UNFPA, tout comme on ne peut pas discuter VIH sans penser à ONUSIDA. De là à parler de catalytique, il faut quand même nuancer un peu. Si nous prenons par exemple la formation des sages-femmes, on peut dire que l'existence du financement de UNFPA a drainé celui de ENABEL. Pour les SONU, c'est possible que les autres soient venus parce que UNFPA a fait le travail de base, mais je ne peux pas tirer cette conclusion de façon très ferme. Je pense que les problèmes de SMN sont bien connus au niveau national et les dirigeants. On ne peut pas dire que c'est UNFPA qui fait prendre conscience au Ministère des problèmes dans ce domaine. Mais la disponibilité des ressources permet d'engager des processus d'approfondissement des différents thèmes et de réfléchir aux priorités 	Entretien agence multilatérale, Juillet 2021, Benin

Hypothèse 7.1 : Le MHTF est un véhicule efficace pour jouer un rôle d'agent intermédiaire (courtier), à la fois en interne au sein de l'UNFPA et en externe avec les pays de programme et autres partenaires aux niveaux global, régional et national pour la promotion de la SMN dans les pays à RMM élevé grâce à son avantage comparatif pour coordonner, établir des partenariats, et mobiliser des financements	
<ul style="list-style-type: none"> • FNUAP a un rôle catalytique sur SONU surtout (pas trop sur le reste). 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<ul style="list-style-type: none"> • UNFPA a un rôle catalytique partiel. Il y a un problème de visibilité, cela se passe dans une certaine mesure, pour ceux qui connaissent, UNFPA mettent leur poids pour mobiliser des ressources additionnelles. Les autres se greffent sans pour autant se dire que c'est parce qu'il y a le MHTF – beaucoup se disent je comble les manques. Problème de visibilité du MHTF pour lui donner ce rôle-là. Fonds thématiques ont leur effet d'entraînement 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<ul style="list-style-type: none"> • UNFPA est quand même très visible pour tout ce qui est santé maternelle et néonatale. Dans la communauté des PTF, c'est leur mission première dans le système des Nations Unies. C'est de la même manière qu'on voit UNICEF pour ce qui est des enfants. Donc, pour moi, c'est un peu normal [d'avoir un rôle catalytique] 	Entretien donneur bilatérale
Coordination	Entretien UNFPA MHTF Focal Point
<ul style="list-style-type: none"> • Coordination : Ça se passe bien. Quand on met différents acteurs en commun, chacun tire le drap de son côté. Il faut un peu de fermeté – répéter à tue-tête ou on veut aller et pas là où ils veulent 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<ul style="list-style-type: none"> • Maintenant que travail technique fait, on se sent prêt pour travailler sur coordination des bailleurs avec Ministère de la Santé. 	Rep
<ul style="list-style-type: none"> • UNFPA dispose de crédibilité auprès des autres bailleurs pour s'engager dans la coordination grâce au travail technique sur les SONU. Attestée par le SWEDD qui a offert l'assistance technique a UNFPA. 	UNFPA Rep
<ul style="list-style-type: none"> • UNFPA ne se positionne pas comme une entité de coordination. La coordination, c'est au niveau du Ministère. Par contre, dans le système des Nations Unies et avec les autres PTF, il est reconnu à UNFPA un rôle important dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction, des programmes de santé maternelle et infantile. Je dirai que c'est leur marigot. Donc quand on se réunit pour discuter des progrès ou des orientations stratégiques, tout le monde s'attend à ce que UNFPA prenne naturellement le leadership dans ces domaines-là. 	Entretien agence multilatérale, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • UNFPA de mon point de vue c'est un partenaire, ils ne devraient pas porter responsabilité de mobiliser ressources pour nous – on est un état régalien, on devrait prendre notre responsabilité 	
<ul style="list-style-type: none"> • « Les effets catalytiques centrés sur les programmes », vont de pair avec “un effet boomerang” au niveau du financement de la SM, y compris la levée de fonds privés (Takeda). 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
Défis	
<ul style="list-style-type: none"> • Malgré tout, MHTF reste dans un huit clos au niveau global et est trop faiblement arrimé au Global plan. Il faudrait qu'il rentre dans la UN reform et une meilleure intégration avec la composante Human Rights • Dans vision stratégique, les données sont le maillon faible. Dans quelle mesure le MHTF se positionne sur le domaine digital pour renforcer IMS et proposer un modèle d'intégration des données ? Pour l'instant chacun des domaines intègre à sa propre base de données : l'équipe MHTF n'est pas dans cette conversation 	Entretien UNFPA bureau pays

Hypothèse 7.1 : Le MHTF est un véhicule efficace pour jouer un rôle d'agent intermédiaire (courtier), à la fois en interne au sein de l'UNFPA et en externe avec les pays de programme et autres partenaires aux niveaux global, régional et national pour la promotion de la SMN dans les pays à RMM élevé grâce à son avantage comparatif pour coordonner, établir des partenariats, et mobiliser des financements	
<ul style="list-style-type: none"> • Financing : Il serait nécessaire de faire un calcul du retour sur investissement : Qu'est-ce que cela rapporte de faire du budgeting des SONU ? En complément, un plaidoyer serait nécessaire pour faire partie des conversations stratégiques sur le financement des ODD. Si on ne participe pas à cette conversation, on ne sera pas financé dans le futur. En bref ; MHTF est un fond structurant techniquement et offre beaucoup de transfert de compétences techniques mais il opère trop en vase clos au niveau du siège et adopte un jargon difficilement compréhensible. • Le MHTF devrait forger des partenariats au niveau global et régional avec le Fonds Muskoka et la programme SWEDD de la Banque mondiale, en jouant sur la complémentarité du FM et MHTF, qui sont pour l'instant « comme deux chevaux galopant en parallèle ». Etant donné que le programme SWEDD couvre 9 pays, il semblerait logique qu'une plus grande intégration régionale se passe. 	
<ul style="list-style-type: none"> • S'ils peuvent mobiliser un peu plus de ressources, ce serait pas mal. En général, les problèmes qu'ils abordent sont tellement importants qu'ils nécessitent beaucoup de ressources. Parfois, on a comme l'impression d'un saupoudrage. 	Entretien agence multilatérale, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Interconnexion et synergie entre différentes composantes MHTF existe conceptuellement mais pas dans la réalité : Est-ce que la revue des MDSR améliore le fonctionnement des SONU ? Ceci impliquerait les actions proposées par les revues sont 1) pertinentes et 2) mises en place, ce qui n'est pas toujours le cas. 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<ul style="list-style-type: none"> • Rôle de leadership joué par UNFPA sur thématique sage-femme ? ABPF a beaucoup appuyé aussi ; leurs interventions sont comparables et se ressemblent. Quel que soit le domaine pris, d'autres partenaires ont aussi appuyé ; les interventions sont liées au mandat du partenaire ; les partenariats sont multiples/multiformes... ça change. • Ce qui manque, ce sont ressources du gouvernement • Coordination : UNFPA finance un peu cadres de concertation pour certaines complémentarités dans la mise en œuvre 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<p>Les problèmes sont là et permanents et requièrent des investissements massifs sur une longue période, avec une démarche pérenne ; le fonctionnement par projet est un problème. MHTF travaille sur le long-terme, et c'est bien. Mais dans quelle mesure est-il adapté à nos besoins ? Quel est le rythme de mobilisation ? On apprécie les appuis, mais on voudrait que chaque partenaire s'aligne sur nos priorités. Le Fonds Thématique nous aide beaucoup mais ça ne couvre l'ensemble des déterminants des problèmes et ça fait trente ans qu'on parle de ces problèmes... Il y a eu beaucoup d'investissement, peu d'efficacité, et ce n'est pas par paresse. Il faut interroger le système et la façon dont on mobilise les ressources fait partie du problème. Les aides sont ciblées alors que les problèmes sont ailleurs parfois.</p>	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
Hypothèse 7.2 : Le MHTF est capable de tirer le meilleur parti de réussites tangibles et pratiques, pour intensifier les engagements politiques et le soutien aux politiques publiques, et accroître les engagements financiers et les investissements	
Indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> • Progrès documentés et rapportés sur les processus politiques et l'engagement politique dans les pays partenaires • Exemples d'engagement financier accru d'autres partenaires donateurs pour les efforts de SDSR-SMN dans les pays partenaires liés au plaidoyer et aux investissements du MHTF • Exemples de tendances dans les engagements financiers dans les pays envers la SMN 	

Hypothèse 7.2 : Le MHTF est capable de tirer le meilleur parti de réussites tangibles et pratiques, pour intensifier les engagements politiques et le soutien aux politiques publiques, et accroître les engagements financiers et les investissements				
<ul style="list-style-type: none"> Exemples d'appui technique ou programmatique de l'UNFPA aux équipes de pays et aux autorités sanitaires nationales et infranationales qui ont été avancés par d'autres partenaires Évaluation de la qualité technique de l'assistance de l'UNFPA telle que rapportée par les autorités sanitaires et les partenaires Pertinence de l'assistance technique de l'UNFPA telle que rapportée par les autorités sanitaires, les praticiens et les partenaires d'exécution Exemples d'engagement de l'UNFPA dans le renforcement des capacités, qui est soutenu, pertinent et significatif dans le suivi, la recherche, l'examen et la gestion des connaissances Exemples de l'UNFPA créant, au niveau national, une dynamique et soutenant des changements tangibles de politique et de programmation. 				
Observations			Sources	
Les indicateurs relatifs à « la pertinence de l'assistance technique de l'UNFPA telle que rapportée par les autorités sanitaires, les praticiens et les partenaires d'exécution » et aux « exemples d'engagement de l'UNFPA dans le renforcement des capacités, qui est soutenu, pertinent et significatif dans le suivi, la recherche, l'examen et la gestion des connaissances » sont documentés dans les sections relatives à ces sujets.				
UNFPA Bénin dépenses totales et dépenses MHTF par année 2018-2020 USD – effets démultiplicateurs des co-financements du MHTF alloués aux quatre domaines La dernière colonne représente une addition des fonds reçus du MHTF et de ceux reçus des Fonds Muskoka, des Fonds Takeda et des fonds propres, qui ont été alloués à des activités relatives aux quatre domaines du MHTF, sur la base de tableaux financiers reçus du bureau pays			Calculs basés sur le tableau financier <i>Vue d'ensemble des programmes et sources de financements SMN et SSR du Bureau UNFPA Benin</i> , rempli par l'UNFPA Benin, Juillet 2021	
Year	Total UNFPA expenditure USD	MHTF FONDS USD (%)		MHTF + co-funders
2018	4 911 774,16	282 128.66 (5.74%)		615 053,08 (12.52%)
2019	5 299 635,95	283 980.77 (5.36%)		385 709,65 (7.28%)
2020	4 795 742,09	319 804.75 (6.67%)		856 429,39 (17.86%)
Total	15 007 152.20	885 914.18 (5.9%)	1 857 192 (12.3%)	
<ul style="list-style-type: none"> La position catalytique du MHTF peut être représentée par les racines de l'arbre, qui sont le socle, avec l'équipe innovation et Supplies, qui aident pour les actions sur le Last Mile notamment Les fonds Muskoka sont le tronc et rajoutent une force financière à travers un cofinancement qui permet d'élargir le modèle d'intervention Les fonds du Canada vont financer le volet VBG dans les SONU – c'est un projet en préparation Les fonds Banque Mondiale (projet SWEDD centré sur « Girls empowerment ») inclut un volet santé (10 millions USD) et UNFPA a été sollicité pour l'assistance technique, et est donc en situation d'influencer le design Nous poursuivons la mise à l'échelle avec le secteur privé (et des compagnies européennes qui comptent financer les SONU). On peut dire que l'investissement du MHTF a un effet démultiplicateur de 1 à 10 			Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin	
Exemple de programmes développés par un partenaire bilatéral qui travaille sur les mêmes thématiques que UNFPA, mais qui a peu de relations avec UNFPA			Entretien donneur bilatérale, Juin 2021, Benin	

Hypothèse 7.2 : Le MHTF est capable de tirer le meilleur parti de réussites tangibles et pratiques, pour intensifier les engagements politiques et le soutien aux politiques publiques, et accroître les engagements financiers et les investissements	
<ul style="list-style-type: none"> • Programme Equité : Demande de soins dans 8 centres SONU, dont trois sont complets, y compris équipements et infrastructures • Thème transversal du genre : Mise en place d'un centre de prise en charge de GBV et prévention au niveau communautaire • Renforcement formation des RH ; centre formation de SONU, appui aux écoles de sage-femme, en mettant l'accent sur le modèle anatomique et pratique • Travail sur la gouvernance avec la Direction départementale sante dans les zones sanitaires d'intervention en vue d'améliorer la qualité des soins et la collecte de données – Sur la collecte de données, il y a un gap entre la réalité des outils et ce qui se passe vraiment sur le terrain : Le remplissage des fiches est un problème (la digitalisation serait-elle la solution?), la motivation et le temps manquent souvent, ainsi que la compréhension de l'importance de la collecte d'information et le fait que les mêmes informations doivent être envoyées dans différents endroits • Appui a riposte covid : Médicaments et prévention 	Entretien, donneur bilaterale, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Programme P@SRIS – intervient dans deux zones sanitaires et en appui au Ministère de la Santé (appui à la SSR et à l'information sanitaire) sous deux composantes : SSRAJ pour améliorer la connaissance des droits et CSE et PF et prévention des grossesses non désirées et dans les formations sanitaires, pour améliorer l'infrastructure des maternités : Renforcement fonctions SONU et Audits (CEHRRUD) • VBG : Au niveau communautaire et centres de santé en poursuivant une approche multi-acteurs avec des comités qui sensibilisent et cherchent à donner courage aux femmes pour dénoncer et les accompagner • Formation des polices • Cancers gynéco – col utérus • PF : Achat consommables pour assurer gratuité • Renforcent des SONU et la qualité de l'information sanitaire, incl. améliorer notification des décès maternels, • Offre : SONU, maladies non transmissibles... 	Entretien, donneur bilaterale, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Cependant, la coordination et collaboration sont encore faibles : On fait l'effort de les impliquer dans nos activités, mais il y a un problème de de disponibilité ; nous avons eu quelques réunions sur le système d'information sanitaire ; on a participé à un ou deux ateliers qu'ils ont organisés sur le réseau SONU, leur stratégie-phare • Mais on pourrait améliorer la coordination sur la SSR et la collaboration pourrait mieux être structurée. La stratégie phare de UNFPA est le réseau SONU. On n'est pas contre, mais est-ce catalytique ? [Doutes révélés par une mimiques]. Dans un sens, oui car ils proposent une stratégie et c'est rare que le ministère de la santé refuse car UNFPA est perçue comme « une institution d'excellence ». Au ministère, ils essaient de sortir des sentiers battus (y compris pour gérer l'hémorragie post partum). Mais on n'a pas les résultats escomptés. 	Entretien, donneur bilaterale, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Peut-être l'UNFPA n'a pas jugé nécessaire d'approcher plus la Banque pour faire la promotion ou la mise à l'échelle des innovations ou leçons apprises. Peut-être qu'ils le font avec d'autres, le ministère, l'OMS mais je n'ai pas senti ça parce que normalement on a des groupes thématiques dans le cadre de la collaboration entre partenaires techniques et financiers mais je n'ai pas à ma connaissance un groupe thématique où on travaille avec par exemple l'UNFPA sur ces domaines-là. 	Banque Mondiale Benin 4 Août 2021

Hypothèse 7.2 : Le MHTF est capable de tirer le meilleur parti de réussites tangibles et pratiques, pour intensifier les engagements politiques et le soutien aux politiques publiques, et accroître les engagements financiers et les investissements	
	Entretien, donneur bilatérale, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Il faudrait peut-être renforcer, comment dynamiser la collaboration, la synergie d'action et comme dit le « leverage », le financement de la Banque Mondiale sur ces thématiques. 	Entretien, Partenaire Technique et financier, organisation multilatérale Août 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Il manque un écho politique au niveau régional. Il n'y a pas assez d'investissement pour dialoguer avec les ministres de la santé de la CEDA0 et le Comité des ministres de la santé de la CEDA0 en particulier. Muskoka s'est investi sur ce terrain en 2018 durant dernière conférence. 	Entretien UNFPA
<ul style="list-style-type: none"> On collabore beaucoup avec l'UNFPA dans le cadre du projet SWEDD (le projet de la banque) où pratiquement comme dans tous les autres pays, l'UNFPA est recruté pour assister les pays dans les domaines de prédilection de l'UNFPA notamment ce qui est planning familial, la santé de la reproduction, formation des sages-femmes, vraiment tout ce qui est dans le programme actuel de l'UNFPA. 	Banque mondiale
Évaluation de la qualité technique de l'assistance de l'UNFPA telle que rapportée par les autorités sanitaires et les partenaires	
<ul style="list-style-type: none"> Donc vraiment féliciter l'UNFPA Bénin mais aussi les encourager à améliorer la synergie d'action avec les autres partenaires. 	
<ul style="list-style-type: none"> Par exemple, le projet SWEDD est un bon exemple d'implication de UNFPA pour soutenir le pays avec les fonds de la Banque Mondiale. Je sais qu'ils ont aussi une passerelle avec les Pays-Bas. S'ils peuvent continuer dans ce sens, ce serait bien. 	Entretien avec Multilateral agency, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Je pense que UNFPA fait beaucoup de choses bien. Par exemple, dans le cadre de notre activité, c'est UNFPA qui a créé la mascotte FATI qui représente le prototype de la femme en âge de procréer. Beaucoup d'autres institutions utilisent cette mascotte aujourd'hui, y compris nous à Plan pour la communication dans le domaine de la SSR. Avec cet exemple, je peux dire qu'ils ont vraiment un rôle catalytique. Peut-être qu'eux-mêmes ne se rendent pas compte de l'importance et de l'utilité de ce concept de mascotte mais la plupart des autres acteurs s'y réfèrent aujourd'hui et c'est grâce à UNFPA. Je peux donc dire que UNFPA sait ouvrir certaines voies, quitte à d'autres de savoir les emprunter pour mieux faire. 	ONG, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Au niveau des fistules, il n'y a pas beaucoup de partenaires et UNFPA a bien travaillé dans ce domaine. On a tous vu leur implication dans la formation des médecins, la prise en charges des interventions chirurgicales et la prise en charge des femmes après chirurgie. C'était vraiment bien. Mais j'aurais appris qu'actuellement UNFPA s'est désengagé et c'est la fondation de la première Dame qui appui ça maintenant. 	Entretien, donneur bilatérale, Juillet 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> Nous avons un partenariat avec l'UNICEF et nous travaillons également avec le fonds belge ; Il y a aussi trois de nos centres de santé qui travaillent avec la Fondation Claudine Talon pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ; ABPF aussi travaille avec nos centres de santé pour les campagnes de PF. La contribution de UNFPA est relativement faible si l'on compare aux autres. Cependant, on peut dire dans notre Zone, ils ont été les seuls à nous appuyer pour la prévention de la COVID-19. Ça fait beaucoup de différence 	Entretien Personnel de santé du district, Mai 2021, Benin

Hypothèse 7.3 : L'appui technique depuis les niveaux global et régional de l'UNFPA a favorisé, et permis d'identifier et d'intensifier l'innovation et les bonnes pratiques au sein et entre les pays	
Indicateurs :	
<ul style="list-style-type: none"> • Progrès documentés et rapportés par l'UNFPA dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie et d'une approche de partage des connaissances qui ont été systématiquement diffusés au niveau global et régional • Exemples de partage de connaissances au niveau global, identification d'innovations et de bonnes pratiques • Exemples d'approches de l'UNFPA pour recueillir des données factuelles sur les meilleures pratiques et développer des idées et des stratégies pour les introduire dans de nouveaux pays/environnements • Exemples de soutien de l'UNFPA à un meilleur suivi et revue et à un meilleur partage des connaissances entre les équipes de pays et les autorités sanitaires nationales et infranationales • Ponctualité rapportée de l'assistance technique de l'UNFPA • Évaluation de la qualité technique de l'assistance de l'UNFPA telle que rapportée par les autorités sanitaires et les partenaires • Pertinence de l'assistance technique de l'UNFPA telle que rapportée par les autorités sanitaires, les praticiens et les partenaires d'exécution • Exemples d'engagement de l'UNFPA dans le renforcement des capacités, qui est soutenu, pertinent et significatif dans le suivi, la recherche, l'examen et la gestion des connaissances • Exemples de l'UNFPA au niveau global et régional créant une dynamique et soutenant le déploiement soutenu de l'innovation ou des meilleures pratiques • Exemples de développement des connaissances, de gestion et de communication, en particulier autour des bonnes pratiques du programme MHTF. 	
Observations	Sources
<ul style="list-style-type: none"> • L'innovation est un travail méthodique et structurant au Bénin, une méthode de travail 	Entretien UNFPA bureau pays

Hypothèse 7.3 : L'appui technique depuis les niveaux global et régional de l'UNFPA a favorisé, et permis d'identifier et d'intensifier l'innovation et les bonnes pratiques au sein et entre les pays

 <p>Local makers/ PPE including Facemasks</p>  <p>AR/VR for midwifery</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Empowered people • Resilient communities • Sustainable solutions • Accelerated results ...  <p>Drones to deliver to the last mile</p> 		
<p>Covid 19 : Un accélérateur de changements. Décision, avec ministère de la sante, d'utiliser les fonds COVID-19 de manière stratégique, en visant les effets à moyen terme.</p>		<p>Entretien UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin</p>	
<p>Le MHTF est utilisé comme un laboratoire pour prendre le temps de déployer des innovations qui répondent à des goulets d'étranglement (enseignement ; sang ; masques)</p>		<p>Entretien UNFPA bureau pays</p>	
<p>L'articulation MHTF/innovation s'est faite au travers du Fonds Takeda. Cela a permis la continuité des services de santé MNH en temps de COVID-19 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dès Mars, déploiement de masques et sanitisers; il a fallu trouver une solution immédiate, sans attendre l'aide internationale, vu que les échanges étaient bloqués. D'où solutions locales et innovation : production de masques produits localement en Mars : prototype de masque en tissu qui a passe tous les tests (avec l'appui d'un comité scientifique piloté par des experts). Production de masse des Mars, à l'attention des mères essentiellement. Ceci a aussi permis de créer des emplois et répondre au choc économique du COVID-19. Visières produites localement avec imprimante 3D en avril. Solution de lavages de main 		<p>Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement des sages-femmes de Parakou : Utilisation de méthodes d'enseignement utilisant des outils de réalité virtuelle/réalité augmentée, pour combler le manque de cours pratiques/méthode des tableaux noirs et pallier aux faiblesses de l'enseignement, et mieux comprendre la réalité du métier ; 		<p>Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin</p>	

Hypothèse 7.3 : L'appui technique depuis les niveaux global et régional de l'UNFPA a favorisé, et permis d'identifier et d'intensifier l'innovation et les bonnes pratiques au sein et entre les pays	
<ul style="list-style-type: none"> • Drones pour apporter les produits de première nécessité (une étude menée a mis en avant la non-disponibilité du sang comme un obstacle majeur) – processus commencé en décembre 2019 et quand Covid-19 est arrivé, opportunité a été créé pour expérimenter les drones dans deux Zones sanitaires 	
<p>Phases de développement des innovations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atelier avec sages-femmes en 2019 pour identifier les difficultés qu'elles rencontrent dans leur métier. Elles ont émis l'idée de réduire la chaîne d'approvisionnement des produits médicamenteux intrants : Poches de sang n'arrivent pas ou trop tard. C'est pourquoi on a décidé d'utiliser des drones pour réduire le temps d'approvisionnement. • On a aussi créé une plateforme pour que les sages-femmes soient en relation, pour améliorer leurs connaissances en dehors de l'école 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • La Fondation Takeda, dès 2019 a apporté les fonds pour ces innovations • Etude de faisabilité sur drones : 21 maternités : Maternités dimensionnées (géo, temps...) • Trois tests de livraison ont été effectués avec succès • De jeunes logisticiens ont été impliqués – 12 ont été formés par partenaires pour piloter les drones, en partenariat avec le programme Supplies, qui travaille avec le ministère de la santé, car les drones sont un moyen de renforcement de la chaîne d'approvisionnement 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Prototypage : Lancement officiel avec ministère et partenaire Innovation • D'autres livraisons doivent se faire d'ici fin Juillet avec les 3 drones • Le concept existe au Botswana (UNFPA), Ghana (pas UNFPA) et Rwanda (pas UNFPA) • L'expérience a été capitalisée avec ESARO – drone pour améliorer la chaîne d'approvisionnement • La réflexion est maintenant de savoir comment passer à l'échelle ; elle est conduite entre UNFPA/la Ministère de la Santé/et la compagnie partenaire • Capitalisation d'une App qui met médecins en réseaux (FB des médecins) : sages-femmes inscrites qui demandent conseil aux médecins ou échangent entre elles, UNFPA peut poster info, contact avec d'autres pays. Cela crée une dynamique chez sage-femme pour chercher de l'information 	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Describe planned activities and anticipated challenges during the next reporting period. Please include any proposed revisions to the objectives, activities, and/or timeline in your proposal. In Benin: Strengthening of the last mile supply chain for FP and EmONC products through the use of drones, support for supportive supervision and quarterly EmONC monitoring, providing connectivity for 49 targeted EmONC facilities and 6 departmental health directorates avec video conference systems, enhancing the use of mobile applications for data collection in real time and training of health workers for its usage, involving 25 young logisticians in the project intervention areas, and enhancing screening capacities for the protection of health workers and proper triage at the district level. 	UNFPA and Takeda, Ensuring Access to Quality Maternal and Newborn Healthcare During the COVID-19 Pandemic: Global CSR Progress Report, 2020, UNFPA, New York, USA

Domaine d'enquête 8 : Gouvernance et gestion du MHTF

Question d'évaluation 8 : Dans quelle mesure les mécanismes de gestion du MHTF et les processus de coordination interne ont-ils contribué à la performance globale du programme ? Plus précisément, comment ont-ils facilité : (i) la mobilisation des ressources pour le MHTF ; (ii) la rupture des silos entre les programmes d'UNFPA ; (iii) l'intégration de la SMN dans les programmes nationaux ; et (iv) une supervision et une orientation efficaces par le comité consultatif du MHTF ?

Sous-questions :

- a) Dans quelle mesure les mécanismes de gestion du MHTF et les processus de coordination interne ont-ils contribué à la performance globale du programme, notamment en influençant les orientations stratégiques globales et les efforts de l'UNFPA en matière de SMN et plus largement de SDRS ?
- b) Dans quelle mesure les mécanismes de gestion du MHTF et les processus de coordination interne ont-ils bénéficié d'une supervision et d'une orientation efficaces par le comité consultatif du MHTF et ont contribué à la mobilisation des ressources du MHTF ?
- c) Dans quelle mesure les mécanismes de gestion du MHTF et les processus de coordination interne ont-ils contribué à briser les silos entre les programmes de l'UNFPA aux niveaux global et national, y compris par le renforcement de l'intégration de la SMN dans les programmes nationaux ?

Critère d'évaluation

Efficacité, efficacité, coordination

Raisonnement

Le MHTF est l'un des nombreux fonds thématiques d'UNFPA. Il est également l'un des rares fonds mondiaux pour la santé maternelle (le GFF en est un autre) et il se distingue par sa concentration sur quatre domaines techniques (sages-femmes, SONU, SDRM et fistule) mis-en œuvre dans 32 pays. Les ressources sont généralement en baisse car la SMN n'est pas une priorité dans les ODD. La coordination, la gestion, le leadership et l'efficacité sont essentiels pour garantir que les objectifs du Fonds sont atteints et que l'impact maximal des ressources disponibles est réalisé.

Hypothèse 8.1 : Les mécanismes de gestion du MHTF et les processus internes au MHTF ainsi qu'entre le MHTF et d'autres équipes techniques à UNFPA ont permis une coordination efficace et efficiente des programmes et la priorisation des ressources financières et humaines pour la mise en œuvre

Indicateurs :

- Guides de mise en œuvre du MHTF qui intègrent les ajustements/améliorations requis dans les politiques et programmes de SDRS communiqués aux autres bureaux techniques
- Participation du personnel/secrétariat du MHTF aux forums et réunions aux niveaux mondial, régional et national pour développer des politiques de SDRS plus larges et promouvoir l'intégration des services
- Les cadres de résultats et les rapports de programme du MHTF intègrent des liens avec les politiques et programmes de SHRH
- Le personnel de UNFPA dans d'autres branches engagées dans la SDRS témoigne de la contribution et de l'influence du MHTF sur les politiques et les programmes
- Les procès-verbaux et le rapport des organes de coordination intra-UNFPA notent l'influence croisée du MHTF et de la SDRS sur les politiques et les programmes de l'organisation
- Exemples de mécanismes pour soutenir la coordination, l'orientation stratégique, l'engagement sur l'avenir et la performance aux niveaux global, régional et national
- Les investissements et activités du MHTF ont contribué à renforcer la coordination avec d'autres programmes thématiques de UNFPA
- Les bureaux pays ont abordé les domaines thématiques de manière holistique, conformément aux systèmes nationaux (intégration au niveau des pays)
- Exemples d'efforts d'intégration dans l'agenda SRMNCAH au niveau global, régional et national

Hypothèse 8.1 : Les mécanismes de gestion du MHTF et les processus internes au MHTF ainsi qu'entre le MHTF et d'autres équipes techniques à UNFPA ont permis une coordination efficace et efficiente des programmes et la priorisation des ressources financières et humaines pour la mise en œuvre	
<ul style="list-style-type: none"> Le soutien du MHTF a permis une performance de plus en plus efficace du programme, en éliminant les obstacles que représentent les silos programmatiques, et en soutenant une efficacité accrue Exemples du rôle et des activités du MHTF en relation avec les approches régionales des connaissances et de la gestion. 	
Observations	Sources de preuves
Définition des priorités / ventilation budgétaire au sein du MHTF n'est pas optimale	
<ul style="list-style-type: none"> <i>L'avantage comparatif du Fonds Thématique est qu'il est la colonne vertébrale du financement du fonds de UNFPA</i> <i>Comment peut-on l'utiliser avec plus d'efficacité ? [...]. Les défis liés au MHTF sont : « L'ajustement » : Si le problème est le même, on ne peut aborder le problème de la même manière dans chaque région ; le fonds est flexible et nous permet d'aborder les 4 domaines mais on devrait pouvoir décider dans quel ordre on fait quoi. Répartition entre les domaines : 30% SONU/50% MDSR/20 % sage-femme: On est obligé de rester dans ces enveloppes, mais on est « un peu coincé » pour définir nos priorités car la ventilation des pourcentages est définie par le FNUAP. Une recommandation serait de revoir l'allocation des ressources chaque année, en tenant compte des besoins</i> 	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
<i>Planification de manière conjointe ces 4 dernières années. La ventilation entre les différentes composantes est discutée avec le siège et les médecins coordonnateurs de Zone. Le siège décide de la planification pluriannuelle et le contenu de ce qui est mobilisé définit la durée du financement (1, 2 ou 3 ans). La ventilation des ressources non-thématiques se fait sur la base des priorités nationales.</i>	Entretien, UNFPA bureau pays, Mai 2021, Benin
<i>Au Bénin : La priorité est donnée aux SONU, en tant que défini par unfpa. Une des difficultés des SONU est que le personnel change en permanence, ce qui empêche que le personnel ait le niveau suffisant et toutes les fonctions SONU. Il faudrait miser plus et allouer plus de ressources sur la pratique de sage-femme – mise à niveau/formation continue sont nécessaires.</i>	Entretien, Ministère de la Santé, Cotonou, Mai 2021, Bénin
Mécanismes de gestions et processus internes rendent la mise en œuvre difficile	
<ul style="list-style-type: none"> Le reproche principal que nous faisons à UNFPA, c'est que les fonds n'arrivent pas à temps. Les PTA sont signés mais pour décaisser, on attend 2 mois. Donc pour des activités prévues sur 3 mois, nous n'avons qu'un seul mois pour exécuter. Ce qui crée des difficultés et beaucoup de pression au niveau des équipes. Si on pouvait avoir les ressources d'une année entière et planifier en conséquence, ce serait beaucoup plus facile. « Comment dépenser l'argent de 3 mois en un seul mois et fournir un rapport d'exécution cohérent ? ». La procédure de gestion financière, de mise à disposition des ressources, doit être améliorée : Décaissement trimestriel et compte-rendu rend les choses difficiles – on avance par saccades (comme si on avait des « gavages périodiques alors que les besoins sont quotidiens »). Mais l'interaction est bonne en matière de souplesse en planification des activités. 	Entretien ONG, Juin 2021, Benin
Efforts pour renforcer la coordination avec d'autres programmes thématiques d'UNFPA	•
Voir EQ 5 sur intégration	•
Hypothèse 8.2 : Les mécanismes de gestion du MHTF et les processus de coordination interne ont bénéficié d'une supervision et d'une orientation efficaces de la part du Comité consultatif du MHTF et de la direction de l'UNFPA, et ont contribué à la mobilisation des ressources du MHTF	
Indicateurs :	

Hypothèse 8.2 : Les mécanismes de gestion du MHTF et les processus de coordination interne ont bénéficié d'une supervision et d'une orientation efficaces de la part du Comité consultatif du MHTF et de la direction de l'UNFPA, et ont contribué à la mobilisation des ressources du MHTF	
<ul style="list-style-type: none"> • Le rôle du comité consultatif est clairement identifié à travers des termes de référence et des standards de performance • Les réunions et autres engagements ont permis au comité consultatif de remplir son mandat • Les documents distribués sous forme de briefing et de partage d'informations étaient suffisants pour garantir que le comité consultatif puisse fournir une orientation stratégique et une surveillance • Les orientations du comité consultatif ont été prises en compte et intégrées dans l'approche du MHTF et dans les efforts de mise en œuvre • Variations dans la mobilisation des ressources et dans les contraintes identifiées • Le comité consultatif a contribué à la stratégie de mobilisation des ressources • Exemples d'efforts et de résultats de mobilisation de ressources • Exemples d'interdépendance des modalités de financement au sein du MHTF et entre le MHTF et d'autres lignes de financement de l'UNFPA, y compris les fonds propres. 	
Observations	Sources
Des exemples d'interdépendance des modalités de financement au sein du MHTF et entre le MHTF et d'autres lignes de financement de l'UNFPA, y compris les fonds propres sont présentées dans la section EQ7 sur l'effet catalytique et sur EQ 5 sur intégration	<ul style="list-style-type: none"> •

Domaine d'enquête 9 : COVID-19

Question d'évaluation 9 : Dans quelle mesure le MHTF a-t-il pu répondre aux besoins émergents et évolutifs des autorités sanitaires nationales et des autres parties prenantes aux niveaux national et infranational, provoqués la pandémie de COVID-19 ?

Sous-questions :

a) Dans quelle mesure les programmes du MHTF ont-ils adopté une approche flexible et adaptative pour documenter la disponibilité des services de SSR durant la pandémie, afin d'assurer l'accès à un continuum de services complets et vitaux de santé maternelle, sexuelle et reproductive, dans le cadre des initiatives répondant à l'épidémie de COVID-19 ?

b) Dans quelle mesure la réaffectation des fonds et la reprogrammation du MHTF ont-elles contribué à maintenir la continuité des services du SRMNH, en particulier les services de maternité ? A assurer la protection des personnels de santé (notamment les obstétriciens, sages-femmes et anesthésistes)? ; A renforcer les mécanismes de coordination du SRMNH en réponse au COVID-19 aux niveaux national et infranational ?

Critère d'évaluation

Pertinence, efficacité, coordination, durabilité

Justification

En 2020, la pandémie de COVID-19 s'est propagée dans tous les pays, engendrant une série d'impacts de grande envergure, y compris au niveau sanitaire et socio-économique. Le COVID-19 a négativement affecté le système de santé et l'accès équitable aux services de SMN et de SDSR. L'UNFPA, en collaboration avec d'autres partenaires, a alors adopté une approche flexible pour assurer la continuité de l'accès aux services de RMNCAH. La reprogrammation et la réaffectation des fonds, combinées à la mobilisation de ressources supplémentaires pour la réponse d'urgence, visaient à atténuer les effets négatifs du COVID-19 sur la capacité du système de santé à fournir des services de SMN et de SDSR de qualité et à assurer un accès continu à ceux-ci. Les pays partenaires du MHTF ont fait pivoter la capacité de leur système de santé pour prévenir, identifier, traiter et gérer les cas de COVID-19. UNFPA, y compris le MHTF, à l'instar d'autres agences des Nations Unies et partenaires mondiaux, a pris des mesures pour aider les pays à réagir rapidement et efficacement au COVID-19, tout en assurant la continuité de la fourniture des services essentiels.

Hypothèse 9.1 : Les programmes du MHTF ont adopté une approche flexible et adaptative pour documenter la disponibilité des services de SDSR pris en charge durant la pandémie et pour assurer un accès continu à un continuum de services essentiels de santé sexuelle, reproductive et maternelle dans le cadre de la réponse au COVID-19

Indicateurs :

- Nombre d'évaluations financées par le MHTF menées sur la continuité des services essentiels et vitaux de SMN et SSR durant la pandémie de COVID-19
- Ajustements documentés dans les programmes MHTF, en termes de portée, de calendrier et de résultats ciblés, en fonction de la pandémie aux niveaux mondial et national
- Exemples de travail conjoint par des équipes thématiques au sein du MHTF et de UNFPA pour hiérarchiser et répondre aux besoins liés au COVID-19 des pays partenaires
- Exemples de la façon dont les processus, les activités et les objectifs du MHTF ont continué d'être fournis même pendant la réponse au COVID-19, lorsque cela était possible
- Exemples de politiques et d'ajustements de programmes liés aux changements pratiques et à la réorganisation des processus ou des systèmes
- Participation de l'UNFPA et du MHTF à des études pour évaluer l'impact du COVID-19 sur les femmes et les adolescents et identifier les besoins critiques de soutien, au fur et à mesure que la pandémie de COVID-19 se déroulait
- Intégration de la réponse aux impacts du COVID-19 dans les plans et budgets annuels du MHTF.

Hypothèse 9.1 : Les programmes du MHTF ont adopté une approche flexible et adaptative pour documenter la disponibilité des services de SDSR pris en charge durant la pandémie et pour assurer un accès continu à un continuum de services essentiels de santé sexuelle, reproductive et maternelle dans le cadre de la réponse au COVID-19	
Observations	Sources
<p>Non-financial support or technical assistance provided by this project to government, NGO, and civil society (names of recipients, description of support/assistance type, intensity, frequency, etc.). The UNFPA country offices in Benin, Guinea and Togo organized virtual sessions with the Ministry of Health; particularly, the Family Health department, the regional health departments and a few actors from the private sector, such as the Private Health Sector Platform in Benin. These sessions contributed to: • Facilitating the coordination of partners involved and preparing the implementation of the project in the COVID-19 context. • Developing COVID-19 protocols and communication campaigns on COVID-19. • Providing technical assistance for the planning and the delivery of several workshops (training on infection prevention and control, training on EmONC skills, training on maternal and perinatal deaths surveillance and response, and development of key messages on SRH, COVID-19 and continuation of services). • Developing technical documents for the continuation of services and the monitoring of the implementation progress: home visits, outreach strategy, referral strategy, last mile distribution and performance monitoring.</p>	<p>UNFPA and Takeda, Global CSR Progress Report, 2020</p>
Contexte – les conséquences de COVID au Bénin	
<p>Nous avons des ressources moindres parce que nous avons moins d'activité. Nous avons eu des difficultés financières entre avril et juin, en raison de l'augmentation du nombre de gens démunis. Nous avons donc utilisé nos fonds propres. Au premier trimestre 2020, nous avons dépensé 5 millions pour la prise en charge des indigents, mais cette année (2021), nous avons dépensé 10 millions. Nous souffrons d'un manque de soutien et manque de fonds et attendons que le gouvernement nous donne plus.</p>	<p>Entretien Directeur d'hôpital, Mai 2021, Benin</p>
<p>Appuyer les innovations en Santé maternelle : Appui à l'écosystème d'innovation pour le prototypage des PPE et autres besoins clés de la réponse COVID 19, déploiement des solutions et communication sur les stratégies innovantes</p> <p>En effet, une liste de différents équipements de protection fabriqués localement pour la protection des sages-femmes est identifiée. Les prochaines étapes prévoient que cette liste soit mise à disposition après une dernière étape d'analyse et de validation des besoins qui est en cours.</p> <p>Pour ce qui est du système de communication, les ressources sont mises à la disposition d'un partenaire de mise en œuvre au titre du troisième trimestre et un outil digital du nom de REMA pour le renforcement des capacités des sages-femmes et à leur formation continue est appuyée, fonctionnelle et en cours d'utilisation</p>	<p>Rapport MHTF 2020</p>
<p>Point positif : Mise en place du système de lavage des mains : Diminution des maladies liées à l'eau grâce aux mesures barrières ; baisse de diarrhée « un changement qui ne dit pas son nom ? Amélioration de l'hygiène parmi la population Impact négatif était la psychose – quand 1 malade vient avec un asthme, population troublée, stigmatisation ; envoi d'un test</p>	<p>Entretien, Directeur de clinique, Mai 2021, Benin</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Lors du COVID-19, soutien du FNUAP avec du matériel de protection ; promotion de l'usage unique : champs/blouses deviennent plus chères. Les couts étaient difficilement supportables. Révision des systèmes de stérilisation. 	<p>Entretien, Centre de Santé, Mai 2021, Benin</p>
<ul style="list-style-type: none"> • UNFPA : seul partenaire rencontré durant COVID-19. Ils ont visité, ont aidé le service de réanimation et la stérilisation (autoclaves remplacées – risque d'explosion) • Impact COVID-19 : Premier centre détecté parmi personnel ; tous les services ont alors fermé et le personnel mis sous surveillance. Conséquence : Fréquentation diminuée. Un mois après, les activités ont repris. Conséquences négatives sur la 	<p>Entretien Directeur d'hôpital, Mai 2021, Benin</p>

Hypothèse 9.1 : Les programmes du MHTF ont adopté une approche flexible et adaptative pour documenter la disponibilité des services de SDSR pris en charge durant la pandémie et pour assurer un accès continu à un continuum de services essentiels de santé sexuelle, reproductive et maternelle dans le cadre de la réponse au COVID-19	
réputation. Mais les choses sont rentrées dans l'ordre. Taux de natalité accru (600-700 naissances en Avril/Mai) – jamais atteint les autres mois.	
<ul style="list-style-type: none"> • COVID 19 : Demande : COVID-19 n'a pas eu d'impact au niveau de la demande de services • Offre : Impact pas perceptible car beaucoup d'accompagnement : Protection du personnel a été efficace, UNFPA nous a appuyé 	Entretien Département de la santé du district Manager, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • UNFPA a doté la maternité de TOUROU de matériel de protection, ce qui a permis la continuité des services. Matériel pour le lavage des mains, les bavettes, les gels hydro alcooliques, gants etc. Sans eux, il aurait été difficile de fournir les services dans la période 	Personnel de santé du district, Mai 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Beaucoup d'impacts : Fréquentation a beaucoup diminué ; certains personnels ont laissé le travail ; on a reçu les intrants pour prévention (masques/gel hydro) : UNFPA et autres. Difficile les premiers mois puis on a commencé activités</i> • Pour les cas d'aggravation, on fait la référence • Hygiène : On a redoublé de vigilance : Cas de rhinite ont diminué, lavage des mains a entraîné la diminution des cas de diarrhées et d'infections ; j'ai apprécié de porter le masque, quand bien-même on a l'air d'étouffer. On a aussi constaté une diminution du risque d'allergie dû à pollution (en saison pluvieuse, nombreuses rhinites/bronchites) 	Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • COVID 19 : Dotation en matière de prévention On nous avait promis blouses des sages-femmes dans le cadre de l'Année de la sage-femme, mais on n'a jamais reçu – ça fait partie des mesures barrières 	Entretien, sage-femme, Juin 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Le COVID-19 a ralenti la mise en œuvre des différents programmes parce que c'est vrai que le Bénin comparé à d'autres pays a été moins impacté en termes de fermeture des activités parce que ça a été juste fait un mois et après plus ou moins la vie a repris. 	Entretien, Partenaire Technique et financier, organisation multilatérale Août 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Donc en termes d'impact, je dirai qu'il n'a pas eu un grand impact comparativement à d'autres pays mais quand même ça a retardé un peu la mise en œuvre des activités. 	Entretien, Partenaire Technique et financier, organisation multilatérale Août 2021, Benin
<ul style="list-style-type: none"> • Mais sur le terrain en termes de continuité des soins, on a senti quand même que la COVID-19 a eu un impact sur la vaccination de santé de la mère et de l'enfant. On a senti quand même comparativement aux mêmes périodes d'activités des années précédentes, il y a quand même eu un recul des indicateurs 	Entretien, Partenaire Technique et financier, organisation multilatérale Août 2021, Benin
Hypothèse 9.2 : La réaffectation des fonds et la reprogrammation du MHTF ont permis de maintenir la continuité des services SRMNH vitaux, en particulier les services/unités de maternité	
Indicateurs :	
<ul style="list-style-type: none"> • Les données nationales et infranationales DHIS2/HIMS indiquent la poursuite des services SRMNH, en particulier dans les maternités • Efficacité (quantitative et qualitative) signalée du soutien de l'UNFPA à l'achat, à la distribution et à l'utilisation d'EPI par les prestataires de soins de santé (en particulier les obstétriciens, les sages-femmes et les anesthésistes) pour les protéger contre les infections au COVID-19 	

Hypothèse 9.2 : La réaffectation des fonds et la reprogrammation du MHTF ont permis de maintenir la continuité des services SRMNH vitaux, en particulier les services/unités de maternité	
<ul style="list-style-type: none"> Exemples de soutien de l'UNFPA aux mécanismes de coordination de la SRMNH aux niveaux national et infranational qui a permis d'éviter les chevauchements/duplications et d'améliorer la complémentarité et les synergies avec d'autres programmes et acteurs de la SRMNA. 	
Observations	Sources de preuves
<ul style="list-style-type: none"> Sur le terrain en termes de continuité des soins, on a senti quand même que la COVID a eu un impact sur la vaccination de santé de la mère et de l'enfant. On a senti quand même comparativement aux mêmes périodes d'activités des années précédentes, il y a quand même eu un recul des indicateurs 	Entretien, Partenaire Technique et financier, organisation multilatérale août 2021, Benin

ANNEXE 2: PERSONNES RENCONTREES AU BENIN

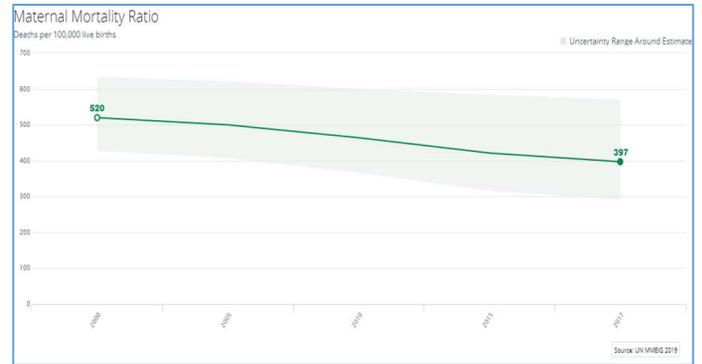
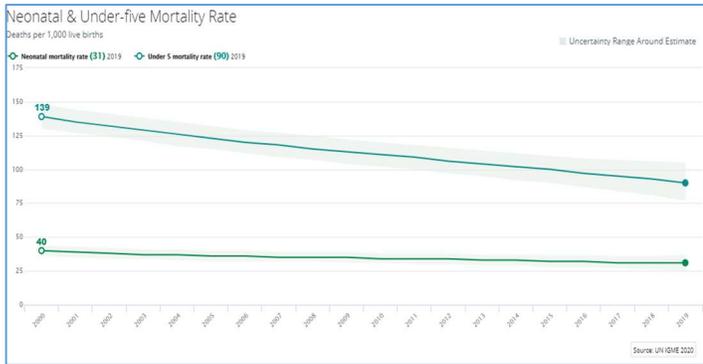
	Acteurs rencontrés	Institution	Position
UNFPA – Bureau Pays			
1	Barbara LAURENCEAU	UNFPA	Représentante du Bureau UNFPA Bénin
2	Alexandrine DAZOGBO	UNFPA	Représentante Assistante, chargée de la coordination du programme
2	Seydou BELEMVIRE	UNFPA	Conseiller technique, Santé reproductive et droits des adolescents et jeunes, chef de pilier SSR
3	Cyrille AGOSSOU	UNFPA	Chef suivi-évaluation
4	Francine AKOUEIKOU	UNFPA	Point Focal MHTF, Chargée de programme Planning familial, VIH et profession de la sage-femme
5	Wilfried ROUAMBA	UNFPA	Innovation and Technology Team Lead
Ministère de la Santé – niveau National			
6	Thierry LAWALE	Ministère de la Santé	DG /ANSSP
7	Mabou AHOKPOSSI	Ministère de la Santé	Directeur de la protection mère-enfant
8	Clarisse AGONGLO	Ministère de la Santé	Directrice des soins infirmiers et obstétricaux
9	Ghislain HOLLO	Ministère de la Santé	Chef service des ressources humaine
Ministère de la Santé – niveau départemental/zones de santé et centres de santé			
10	Lambert LOKO	Ministère de la Santé	Directeur General/CHU-MEL / Littoral
11	Murielle ABIASSI	Ministère de la Santé	Sage-femme Responsable maternité CHU-MEL
12	Victor COCOUVI	Ministère de la Santé	DDS/ Atlantique
13	Ibrahim GOUDA	Ministère de la Santé	Coordonnateur zone sanitaire Parakou-Ndali : Borgou
14	Souleymane KOURI	Ministère de la Santé	Médecin Chef centre de santé TOUROU
15	Diane ONIBON	Ministère de la Santé	Sage-femme maternité TOUROU
16		Ministère de la Santé	Sage-femme maternité MISSESSIN
17	Dolorès HOUNYEME	Ministère de la Santé	Sage-femme maternité TANGBO DJEVIE / Atlantique
18	Mr Lambert LOKO Mme Kouenassi – SF/nutritionniste – surveillante générale hôpital	Ministère de la Santé	CHU MEL
Utilisatrices de services			
	Focus group discussions avec 7 patientes	maternité TANGBO DJEVIE	
	Focus group discussions avec 10 patientes	maternité TOUROU	
	Focus group discussions avec 7 patientes	maternité MISSESSIN	
Société civile : ONGs, associations professionnelles			
19	Pulchérie ACHADE	OSV Jordan	Directrice Adjointe
20	Christèle BOYI	CERRHUD	Chargée de programme
21	Jérôme CHATIGRE	GRAFED	Directeur exécutif
22	Philomène SANSUAMON	Ordre National des SF du Bénin	Présidente
23	Laurence MONTEIRO	Association nationale des SF du Bénin	Présidente
24	Emery NKUNZIZA	ABMS/PSI	Directeur pays

	Acteurs rencontrés	Institution	Position
25	Yollande AGUIDISSOU	Plan International BENIN	Chef programme santé
Ecoles de Sages-Femmes : Responsables et élèves			
25	Christiane T. AGUEMON	Ecole des Sages-femmes Cotonou	Directrice
26	Francis TOGNON TCHEGNONSI	Institut form. soins infirm. et obstétricaux - Parakou	Directeur
27	Kabibou SALIFOU	Ecole sup. des Sages-femmes d'Etat - Parakou	Directeur
	Elèves sages-femmes de 2ème année – Parakou (5 participants)	Ecole des SF Parakou	
	Elèves sages-femmes de 3ème année – Cotonou (6 participants)	Ecole des Sages-femmes Cotonou	
Partenaires techniques et financiers			
28	Mieke VOGELS	Ambassade des Pays-Bas	Conseillère SDSR
29	Bertille A. ONAMBELE	USAID	Chargée de programme santé
30	Mathias FINOUDE	Ambassade du Canada	Assistant technique santé
31	Zenab KONKOBO KOUANDA	Banque Mondiale	Spécialiste de santé publique, banque Mondiale Bénin
32	Thierry TOSSOU BOCCO	OMS	Chargé de programme Santé Maternelle et Infantile

ANNEXE 3 : PRINCIPAUX INDICATEURS DE SMN

General and health financing profile					
Indicator	Value	Source	Indicator	Value	Source
Total population: estimated size of population at mid-year, in millions, 2021	12.5	(1)	Life expectancy at birth in years, 2021 (male/female)	61/64	(1)
GNI per capita, Atlas method (current US\$), 2019	1,250	(3)	Current health expenditure as per cent of GDP, 2018	2%	(2)
Primary Health Care expenditure as per cent of current health expenditure, 2018		(2)	Domestic general government health expenditure (% of current health expenditure/% of general government expenditure, 2018)	19.69% / 2.96%	(3)
Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure), 2018	44.55%	(3)	External health expenditure (% of current health expenditure)	30.11%	(3)

Health and population profile		
Indicator and Definition:	Indicator value	Source
Total fertility rate: Number of children born per woman in her lifetime.	4.6	(1)
Average annual rate of population change: Average exponential rate of growth over one year based on a medium variant projection	2.7	(1)
Maternal mortality ratio, 2017: Number of maternal deaths per 100,000 live births	397	(4)
Neonatal mortality rate (deaths in babies in the first month of life per 1000 live births) 2019	31	(3)
Births attended by skilled health personnel, 2017: Percentage of births attended by skilled health personnel (doctor, nurse or midwife)	78	(5a)
Contraceptive prevalence rate, modern method (CPR): Percentage of (all) women aged 15-49 who are currently using any modern method of contraception	17	(1)
Unmet need for family planning: Percentage of (all) women aged 15-49 who want to stop or delay childbearing but are not using a method of contraception	25	(1)
Adolescent birth rate, 2020: Number of births per 1,000 adolescent girls aged 15-19	108	(1)
Child marriage by age 18, 2019: Proportion of women aged 20-24 years who were married or in a union before age 18	31	(5b)



(1) United Nations Population Division <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard> (2) World Health Organization Global Health Expenditure database <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>; (3) World Bank Data Bank: <https://databank.worldbank.org/home> accessed on 28 June 2021; (4) UN Interagency group for maternal mortality estimation <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/26> (5) UNICEF (a) <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/> (b) <https://data.unicef.org/resources/dataset/child-marriage/> (6) Source of graphics: <https://profiles.countdown2030.org/#/ds/UGA>

ANNEXE 4 : PRINCIPAUX ELEMENTS DE LA BIBLIOGRAPHIE

Cerrhud and UNFPA, Rapport Formation Comite SDMR, 2019, Cerrhud, Bénin

Cerrhud and UNFPA, Rapport supervision audit ACBC néonatal au CNHU-HKM, 2019, Cerrhud, Bénin

Délégation du Bénin, Atelier de validation des outils du mentorat clinique des sages-femmes en Afrique de l'Ouest et du Centre, Bénin

Docteur Alban, Rapport de mission, 2020, UNFPA, Porto-Novo, Bénin

Energy Sarl, Purchase Order, 2018, Energy Sarl, Bénin

Global Partners Sarl, Proposition Technique, Global Partners Sarl, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin et al., Livret Numerique, 2018, Ministère de la Sante République du Bénin, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin et al., Rapport Annuel 2019 SDMR, 2020, Ministère de la Sante République du Bénin, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin et al., Rapport Annuel 2017 SDMR, 2018, Ministère de la Sante République du Bénin, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin et al., Rapport Annuel 2018 SDMR, 2019, Ministère de la Sante République du Bénin, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin et al., Rapport de la Séance Préparatoire, 2019, Ministère de la Sante République du Bénin, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin et al., Rapport réalisation infographie, 2020, Ministère de la Sante République du Bénin Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin et al., Rapport réunion du comité national SDMR, 2020, Ministère de la Sante République du Bénin, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin et al., WhatsApp image SDMR Rapport, 2019, Ministère de la Sante République du Bénin, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin, Gestion des services de maternité dans le contexte de Covid-19, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin, Modèle de services intégrés de Santé de la Reproduction, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin, Projet d'agenda de l'atelier, 2020, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin, Rapport de l'atelier, 2019, Ministère de la Sante République du Bénin, Bénin

Ministère de la Sante République du Bénin, Termes de Reference Assistance technique Drones, Bénin

Ministère de l'Enseignement Supérieur at de la Recherche Scientifique, Université d'Abomey-Calavi et al., Carnet de Stage Clinique Semestre 5-6, no date, Ministère de l'Enseignement Supérieur at de la Recherche Scientifique, Bénin

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, Université d'Abomey-Calavi et al., Carnet de Stage Clinique Semestre 3-4, no date, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, Bénin

REMA et al., Connecter les sages-femmes pour une bonne santé maternelle et reproductive, 2020, REMA, Bénin

UNDP et al., Descriptif de programme de pays pour le Bénin, 2018, United Nations, New York, USA

UNFPA and Takeda, Premier rapport narratif du projet « Appui à la continuité des services de santé maternelle, néonatale dans le contexte de la COVID-19 », 2020, UNFPA, New York, USA

UNFPA Benin, Article Lutte contre la fistule obstétricale, no date, UNFPA, Bénin

UNFPA Benin, Bordereau des pieces adressees, no date, UNFPA, New York, USA

UNFPA Benin, Informed Push Model, UNFPA, Bénin

UNFPA Benin, Interoffice Memorandum, 2020, UNFPA, Bénin

UNFPA Benin, Les Sages-Femmes, UNFPA, Bénin

UNFPA Benin, Placer la Sage-femme, UNFPA, Bénin

UNFPA Benin, Pratique de Sage-femme, UNFPA, Bénin

UNFPA Benin, Rapport d'Activités des Quatre Trimestres de l'Année 2019, 2019, UNFPA, Bénin

UNFPA Benin, Rapport Technique, UNFPA, Bénin

UNFPA Benin, Sitrep No. 1 - Avril 2020, 2020, UNFPA, Bénin

UNFPA Benin, Sitrep no. 2 - Mai 2020, 2020, UNFPA, Bénin

UNFPA MHTF, MHTF 2020 Mid-Year Report, 2020, UNFPA, Bénin

UNFPA, 2018 Annual Report - Benin, 2019, UNFPA, New York, USA

UNFPA, 2019 Annual Report - Benin, 2020, UNFPA, New York, USA

UNFPA, 2020 Annual Report - Benin, 2020, UNFPA, New York, USA

UNFPA, Disponibilite des services integres de sante, no date, UNFPA, New York, USA

UNFPA, Evaluation de la qualité des études initiale de sage-femme au Benin, 2020, UNFPA, Bénin

UNFPA, Inter office Mémorandum, 2020, UNFPA, Bénin

UNFPA, MHTF Reporting Template 2019, 2019, UNFPA, Bénin

UNFPA, MHTF Request Proposal 2019-2022 Summary, 2019, UNFPA, Bénin

UNFPA, MHTF Results Frameworks, Indicators, Baselines and Targets, 2020, UNFPA, New York, USA

UNFPA, MHTF Stakeholder Meeting Agenda, 2020, UNFPA, Bénin

UNFPA, Priorisation et cartes des soins obstetricaux et neonatals d'urgence au Bénin, UNFPA, New York, USA

UNFPA, Purchase Order, 2020, UNFPA, Bénin

UNFPA, Purchase Order, 2020, UNFPA, Cotonou, Bénin

UNFPA, Rapport d'Activités sur le Dépistage et les Réparations des Fistules Obstétricales, 2020, UNFPA, Bénin

UNFPA, Rapport de l'Appui au Renforcement des Capacités Managériales, UNFPA, Bénin

UNFPA, Travel Report Summary 2, 2018, UNFPA, Bénin

UNFPA, Travel Report Summary 3, 2018, UNFPA, Bénin

UNFPA, Travel Report Summary 4, 2018, UNFPA, Bénin

UNFPA, Travel Report Summary, 2018, UNFPA, Bénin

UNFPA, Travel Report, 2017, UNFPA, Cotonou, Bénin

Université de Parakou, Rapport de la Poursuite de la Mission d'Appui, 2020, Université de Parakou, Bénin

WHO, 2020, Strengthening the health system response to violence against women in Uganda: lessons learned from adapting and implementing WHO guidelines and tools. Geneva: World Health Organization

WHO, UNFPA, UN Women, undated, Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence A clinical handbook



**United Nations Population Fund
Evaluation Office**

605 Third Avenue
New York, NY 10158 USA

✉ evaluation.office@unfpa.org

🌐 unfpa.org/evaluation

🐦 [@unfpa_eval](https://twitter.com/unfpa_eval)

📺 UNFPA Evaluation Office