

ÉVALUATION

LA DÉCENTRALISATION PAR LE MENTORAT

PROJET VIH MSF – BEIRA, MOZAMBIQUE

OCTOBRE 2024

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

Elle a été préparée de manière indépendante par Théophile Bigirimana, Monica Malta et Amardeep Thind.

DISCLAIMER

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Médecins Sans Frontières et de l'Unité d'Évaluation de Stockholm.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	1
LISTE DES TABLEAUX.....	2
LISTE DES FIGURES	2
ACRONYMES	3
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	4
CONTEXTE	4
MÉTHODOLOGIE.....	5
RÉSULTATS PRINCIPAUX	5
CONCLUSION	7
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	8
INTRODUCTION.....	10
CONTEXTE DU PROJET	10
CHAMP DE L'ÉVALUATION	16
MÉTHODOLOGIE.....	19
LIMITES	23
RÉSULTATS	26
PERTINENCE.....	26
COHÉRENCE	33
EFFICACITÉ	40
IMPACT	76
REPLICABILITÉ	85
CONCLUSION.....	87
RECOMMANDATIONS	90
REFERENCES.....	93
ANNEXES	94
ANNEX I: TERMS OF REFERENCE	94
ANNEX II: EVALUATION MATRIX	101
ANNEX III: INTERVIEW QUESTIONS.....	108
ANNEX IV: EXAMPLE OF MENTORSHIP EVALUATION GRIDS.....	114
ANNEX V: MENTORSHIP PROGRAM CONTENT PER TOPIC.....	117

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Historique de l'intervention de MSF contre le VIH/SIDA au Mozambique et à Beira.....	11
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle logique de la composante "mentorat" de la décentralisation de la lutte contre le VIH.....	18
Figure 2. Nombre de participants, par formation et par centre de santé	44
Figure 3. Participation moyenne par centre de santé	45
Figure 4. Participation moyenne (%) par mentorat.....	45
Figure 5. Diagrammes et algorithmes de test au Centre de Santé de C�eramica.....	47
Figure 6. Amélioration en % des résultats aux tests, par centre de santé	50
Figure 7. Amélioration en % des résultats aux tests, par programme de formation au mentorat	51
Figure 8. Amélioration en % des scores d'impact global, par centre de santé.....	51
Figure 9. Amélioration en % des scores d'impact global, par programme de formation au mentorat.....	52
Figure 10. Résultats de la décentralisation au niveau des SSP en ce qui concerne les maladies à VIH avancé	54
Figure 11. Résultats de la décentralisation au niveau des SSP dans le cadre des SAC	59
Figure 12. Résultats de la décentralisation des soins post-avortement au niveau des SSP	62
Figure 13. Résultats de la décentralisation au niveau des SSP en matière de VSBG	63

ACRONYMES

AHD	Advanced HIV Disease - VIH à un stade avancé
ART	Thérapie antirétrovirale
ARV	Antirétroviral
DPS	Direcção Provincial de Saúde / Direction provinciale de la santé
FGDs	Focus Group Discussions / Discussions de groupe
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec un ou d'autres hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
KP	Populations clés : travailleurs du sexe, HSH, toxicomanes, transgenres
MISAU	Ministério da Saúde de Mozambique - Ministère de la santé du Mozambique
MSF	Médecins Sans Frontières
PAC	Soins post-avortement
PEP	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PWUD	People who use drugs / Personnes qui consomment des drogues
SEU	Stockholm Evaluation Unit / Unité d'Évaluation de Stockholm
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSP	Soins de santé primaires
VBG	Violence basée sur le Genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSBG	Violence Sexuelle et Basée sur le Genre
SSR	Santé sexuelle et reproductive

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

CONTEXTE

En Afrique subsaharienne, le Mozambique a le deuxième taux de prévalence du VIH/SIDA le plus élevé; en 2022, 11,6 % des adultes (âgés de 15 à 49 ans) étaient infectés. Dans ce pays, le VIH reste la première cause de morbidité et de mortalité. Bien que les soins aux patients se soient améliorés avec l'arrivée des tests CD4 en 2003 et de la stratégie Test-and-Treat en 2016, 25 % des patients commençant une thérapie antirétrovirale en 2022 ont été diagnostiqués avec une infection à un stade avancé de la maladie (AHD). Les taux de prévalence du VIH sont beaucoup plus élevés au sein des groupes de population clés, tels que les travailleurs/ses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les femmes transgenres. L'accès aux soins vitaux est toutefois freiné par la stigmatisation et la discrimination, y compris dans la province de Sofala, où Médecins Sans Frontières (MSF) travaille depuis 2014. Le projet VIH de MSF à Beira vise à réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH en améliorant l'accès aux services intégrés de VIH/TB, de santé sexuelle et reproductive (SSR), pour les populations clés ainsi que d'autres groupes marginalisés/stigmatisés, ainsi que pour la population en général.

Alors que les services de base en matière de VIH et de SSR étaient disponibles dans les centres de santé, les soins de qualité et centrés sur la personne n'étaient disponibles que dans le cadre d'un modèle de soins centralisé. Pour améliorer l'accès à des soins de santé de qualité, MSF a initié la décentralisation par le biais du mentorat au niveau des soins de santé primaires pour soutenir les services de soins aux patients infectés par le VIH à un stade avancé, de SSR et des services destinés aux populations clés dans les centres de santé de Beira. Cette décentralisation, qui comprenait le mentorat comme intervention principale, incluait également un soutien logistique au laboratoire.

La composante "mentorat" de la décentralisation de la lutte contre le VIH s'est concentrée sur plusieurs objectifs clés :

1. **Améliorer le traitement du VIH/SIDA** : Assurer un diagnostic et une prise en charge rapides de l'infection à un stade avancé dans les centres de soins primaires, réduisant ainsi le besoin pour les patients de se déplacer sur de longues distances vers des établissements spécialisés.
2. **Améliorer la qualité des services complets de santé sexuelle et reproductive** : Ces services comprennent les avortements médicalisés, les services de contraception, la prévention et le traitement des IST et l'accès aux services de soutien pour les patients victimes de violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG), essentiels pour améliorer la santé globale de la communauté.
3. **Améliorer les services adaptés aux populations clés** : En créant un environnement accueillant et favorable aux populations clés - tels que les travailleurs du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les toxicomanes et les personnes transgenres - le projet visait à réduire la stigmatisation et à améliorer l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH et de la tuberculose.

Cette évaluation de la composante de mentorat de la décentralisation des services de VIH/TB et de SSR dans les établissements de soins de santé primaires dans le cadre du projet VIH de Beira fournit des informations essentielles sur sa pertinence, sa cohérence, son efficacité, son impact et sa reproductibilité. Lancée pour renforcer la prestation de soins de santé aux populations marginalisées de Beira, la composante mentorat de la décentralisation s'est concentrée sur le renforcement des capacités afin d'améliorer les soins VIH/TB et les services de SSR, tout en s'attaquant simultanément aux obstacles à l'accès aux soins de santé - en particulier pour les populations clés, telles que les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les transgenres et les personnes non conformes au genre, ainsi que les personnes vivant avec le VIH.

MÉTHODOLOGIE

L'évaluation a utilisé une méthode mixte pour obtenir une compréhension globale de la composante mentorat. Une méthodologie d'étude de cas a facilité l'exploration en profondeur de la mise en œuvre du mentorat, tandis que les données ont été collectées par le biais d'entretiens en ligne, d'entretiens en personne, de discussions de groupe, d'observations structurées et d'analyses de données secondaires. Ce cadre rigoureux a combiné des études qualitatives avec des indicateurs quantitatifs, permettant une évaluation nuancée de l'impact du mentorat sur les soins de santé VIH/TB et la prestation de services de santé sexuelle et reproductive. Des considérations éthiques ont permis de garantir la confidentialité et la sensibilité des participants, renforçant ainsi la fiabilité des résultats et offrant des recommandations concrètes pour les interventions futures.

L'évaluation a rencontré des limites, telles que la taille restreinte de l'échantillon et la variabilité de la qualité des données entre les établissements. De plus, l'accent mis sur les résultats à court terme a rendu difficile l'évaluation de l'impact à long terme de la composante de mentorat de la décentralisation de la prise en charge des Infection à VIH Avancée, nécessitant une période d'évaluation plus longue pour saisir les effets durables.

RÉSULTATS PRINCIPAUX

1. **Pertinence**

La composante mentorat de la décentralisation de l'AHD, de la SSR et des services pour les populations clés semble pertinente et alignée sur les besoins de santé du Mozambique, en particulier compte tenu de la forte prévalence du VIH dans le pays et des défis de santé auxquels sont confrontées les populations vulnérables pour accéder à l'AHD et aux services de SSR, y compris les soins contraceptifs et les soins d'avortement sûrs (SAC). Les cas de viols d'enfants à Beira ont également été soulevés comme une préoccupation et un besoin de soutien pour les travailleurs de la santé qui gèrent des cas très sensibles et stressants, tels que la violence liée au genre et le viol. La composante "mentorat" a été adaptée au contexte local et s'est révélée prometteuse pour combler certaines lacunes dans la prestation des services de santé. Après le mentorat, les professionnels de santé ont amélioré leurs pratiques, notamment en demandant des tests CD4 et en facilitant le diagnostic précoce des infections opportunistes. Toutefois, la stigmatisation et la discrimination sociétales persistantes à l'égard du VIH et des personnes clés demeurent des obstacles considérables à

la prise en charge, ce qui souligne le besoin permanent de plaider et d'éducation de la communauté.

2. **Cohérence**

La composante mentorat de la décentralisation de l'ADH est généralement alignée sur les politiques nationales de santé du Mozambique, en particulier en soutenant les efforts de décentralisation et en améliorant l'accès aux soins pour le VIH. Le volet mentorat a contribué à des objectifs de santé publique plus larges et a facilité la collaboration entre MSF et les autorités sanitaires locales. Cependant, il a été difficile de maintenir l'engagement des parties prenantes et les priorités concurrentes au sein du système de santé ont rendu difficile l'intégration complète de la composante mentorat dans la planification à long terme du système de santé.

3. **Efficacité**

Dans les contextes où la composante de mentorat pour la décentralisation des services AHD/VIH, SSR et favorables aux populations clés a été maintenue de manière efficace, on a observé une amélioration notable des compétences, des connaissances et de la confiance des agents de santé dans la prestation des soins liés au VIH et des services de SSR. L'approche structurée et progressive a contribué de manière significative au renforcement des capacités des travailleurs de santé. Toutefois, dans certaines cliniques, des problèmes tels que le manque de personnel, le taux de rotation élevé et l'insuffisance de fournitures et d'équipements médicaux ont empêché la mise en œuvre complète de la formation. Il sera crucial de combler ces lacunes en matière de ressources pour maximiser l'impact global de la composante de mentorat dans la décentralisation des services d'AHD, de SSR et aux populations clés.

4. **Impact**

La composante de mentorat de la décentralisation de l'AHD a eu une influence positive sur la prestation des soins de santé, avec certaines améliorations dans l'orientation des patients, l'engagement communautaire et les perceptions concernant les soins liés au VIH. Les populations clés semblent avoir bénéficié d'une meilleure acceptation et d'un meilleur accès aux services. Cependant, maintenir ces progrès reste un défi en raison de la stigmatisation persistante, de la discrimination et d'un engagement communautaire inégal. La durabilité à long terme de ces impacts dépendra probablement d'un investissement continu dans la sensibilisation, le renforcement des capacités, la prise de conscience/éducation de la communauté, le soutien politique pour réduire la stigmatisation, et les efforts pour assurer un accès équitable aux soins de santé pour les personnes clés, ainsi que la réplication du mentorat et la fidélisation du personnel dans les centres de santé.

5. **Reproductibilité**

Le mentorat a montré un potentiel de répliquabilité dans des environnements de soins de santé similaires, en particulier dans les environnements à faibles ressources. Son approche structurée, l'accent mis sur l'appropriation locale et le soutien continu sont des facteurs positifs qui pourraient faciliter la répliquabilité. Cependant, une reproduction réussie nécessiterait une attention particulière à la disponibilité des ressources, l'adaptation de la composante de mentorat aux contextes locaux spécifiques, ainsi qu'un engagement communautaire fort pour répondre aux défis uniques propres à chaque environnement.

CONCLUSION

La composante mentorat de la décentralisation des services d'AHD, de SSR et aux populations clés dans le projet VIH de MSF à Beira présente une approche prometteuse pour améliorer la prestation des soins de santé au Mozambique, en particulier pour les populations marginalisées. Cependant, les défis liés aux contraintes de ressources, à la stigmatisation et à l'engagement des parties prenantes doivent être pris en compte afin de maximiser son impact. Le renforcement de l'engagement communautaire, la garantie de ressources adéquates et l'intégration de la composante de mentorat dans des activités plus larges du système de santé pourraient améliorer la durabilité et la reproductibilité de l'initiative. Alors que le modèle de mentorat a le potentiel d'améliorer les résultats des soins de santé et de contribuer aux objectifs de santé publique dans des contextes similaires, une répliquabilité réussie dépendra de la mise en œuvre d'une approche intégrée qui inclut d'autres composantes, telles que le soutien logistique et les efforts de plaidoyer.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Recommandations pour Médecins Sans Frontières (MSF)

1. Recommandations concernant le projet actuel à Beira - Mozambique

- Soutenir le plaidoyer mené par les organisations communautaires : Avant le retrait de MSF, s'assurer que les capacités des organisations communautaires soient renforcées afin de poursuivre le plaidoyer auprès des donateurs et du gouvernement pour soutenir l'intégration du mentorat dans les initiatives d'amélioration de la qualité au niveau des soins de santé primaires. Ce renforcement des capacités devrait inclure une formation sur le plaidoyer, un soutien à l'élaboration de plans de plaidoyer et l'organisation d'activités/campagnes de plaidoyer ;
- Soutien aux soins tenant compte des traumatismes : Évaluer la nécessité de fournir un soutien aux travailleurs de la santé qui gèrent des cas très sensibles, tels que les violences basées sur le genre et les viols, afin de les aider à gérer l'impact émotionnel de leur travail;
- Cas de viols d'enfants à Beira : Envisager de mener une nouvelle évaluation pour mieux comprendre l'augmentation des cas de viols d'enfants à Beira, ce qui pourrait aider à identifier l'ampleur du problème et les interventions potentielles ;
- Stratégie de sortie pour les fournitures liées à la santé sexuelle et reproductive : Afin d'assurer la continuité et la durabilité des services après le départ de MSF, explorer des sources alternatives locales pour continuer à fournir des produits vitaux de SSR tels que le Misoprostol et la Mifépristone et les services adaptés aux populations clés.

2. Recommandations pour de futurs projets de mentorat dans le domaine de la décentralisation

- Améliorer et renforcer la sensibilisation, l'engagement et la responsabilité des communautés : Envisager de mettre en œuvre des programmes de sensibilisation ciblés en collaboration avec des organisations locales afin de réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Ces efforts pourraient être axés sur la création d'environnements favorables grâce à l'éducation sur les questions liées au VIH ;
- Améliorer le système de suivi du mentorat : Étudier la possibilité d'établir un système structuré de suivi et de soutien pour les mentors et les personnes conseillées, y compris des contrôles réguliers et des sessions de formation de remise à niveau. Cela pourrait contribuer à renforcer les compétences et les connaissances acquises au cours du mentorat ;
- Soutenir l'intégration de la composante mentorat dans la décentralisation : Envisager de travailler avec les autorités sanitaires locales pour explorer les moyens d'intégrer la composante de mentorat dans les programmes de formation en soins de santé existants. Cela pourrait contribuer à promouvoir sa durabilité et son alignement sur les politiques et les besoins locaux en matière de soins de santé ;

- Développer un cadre de suivi et d'évaluation complet : Envisager la création d'un cadre pour évaluer les impacts à long terme de la composante de mentorat dans la décentralisation des services d'AHD, de SSR et des populations clés, en se concentrant sur les résultats de santé, l'engagement de la communauté et l'utilisation des ressources. Cela contribuerait à orienter les ajustements nécessaires et les améliorations au fil du temps.

Recommandations pour le ministère de la santé – MISAU

- Envisager d'augmenter l'allocation des ressources : Plaider en faveur d'un financement et de ressources supplémentaires pour les établissements de santé afin d'améliorer la formation du personnel, l'accès aux fournitures médicales et aux équipements essentiels. Cela pourrait aider les travailleurs de la santé à fournir des soins complets en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive et contribuer à la fidélisation du personnel ;
- Renforcer le soutien politique aux personnes clés : Explorer l'élaboration et la mise en œuvre participatives de politiques avec les acteurs du secteur des populations clés qui traitent et protègent les droits des populations clés tout en promouvant un accès équitable aux services de soins de santé. L'un des aspects les plus importants à aborder est la lutte contre la stigmatisation et la discrimination au sein du système de santé ;
- Faciliter l'engagement des parties prenantes : Envisager d'organiser des réunions régulières des parties prenantes afin d'aligner les priorités et de favoriser la collaboration entre les divers acteurs du système de santé. Cela pourrait aider à maintenir l'engagement envers les initiatives de soins et de mentorat en matière de VIH/TB et de SSR et à soutenir le passage de la supervision traditionnelle à un programme de mentorat plus efficace et plus durable.

INTRODUCTION

CONTEXTE DU PROJET

CONTEXTE DU VIH AU MOZAMBIQUE

Le Mozambique est le deuxième pays d'Afrique subsaharienne qui compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/sida, avec environ 11,6 % de la population adulte (âgée de 15 à 49 ans) vivant avec le virus en 2022 [1,2]. Le VIH reste la principale cause de morbidité et de mortalité dans le pays [3]. Le test des CD4 a été introduit pour la première fois au Mozambique en 2003, suivi par l'adoption de l'approche Test-and-Treat en 2016. En 2022, l'identification systématique de la maladie à VIH avancée (AHD) chez les patients a été pleinement établie. Selon une évaluation interne du ministère de la santé (*Ministério da Saúde de Mozambique* - MISAU) en 2022, 25 % des personnes vivant avec le VIH nouvellement mises sous traitement antirétroviral étaient des patients atteints de la maladie à un stade avancé. Cela correspond aux estimations mondiales indiquant que plus de 30 % des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui commencent un traitement antirétroviral ont un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³, ce qui nécessite des services spécialisés.

La prévalence du VIH parmi les populations clés - notamment les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues, les personnes incarcérées et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes - est nettement plus élevée que dans la population générale. Alors que la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 13 %, elle atteint 24 % chez les travailleurs du sexe, environ 30 % des nouvelles infections par le VIH se produisant chez les travailleurs du sexe, leurs clients et les partenaires des travailleurs du sexe [4].

À Beira, le ministère de la santé estime que la prévalence du VIH est de 24 % chez les travailleuses du sexe et de 9,1 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). De 2014 à août 2023, MSF a enrôlé et suivi 7 080 personnes issues des populations clés, avec une prévalence globale du VIH autodéclarée de 21,4 %. Parmi ces groupes, la prévalence du VIH était de 39,1 % chez les travailleuses du sexe, de 9 % chez les HSH et de 29 % chez les transgenres. Malgré les efforts déployés, les services de lutte contre le VIH destinés aux personnes vivant avec le VIH restent insuffisants. La stigmatisation et la discrimination continuent de créer des obstacles importants à l'accès aux soins de santé, ce qui marginalise encore davantage ces groupes [5].

INTERVENTION DE MSF DANS LA PROVINCE DE SOFALA & PROJET VIH BEIRA

Depuis 2014, MSF soutient activement les services de lutte contre le VIH dans la province de Sofala, en mettant l'accent sur la lutte contre la prévalence élevée du VIH et les obstacles supplémentaires rencontrés principalement par les travailleurs du sexe pour accéder aux soins de santé, et plus tard, elle a commencé à s'engager auprès des personnes transgenres. Le projet VIH de Beira a été lancé pour réduire la morbidité, la mortalité et l'incidence du VIH parmi les populations clés et la population générale.

Le projet met l'accent sur l'amélioration de l'accès aux services intégrés de lutte contre le VIH, la santé sexuelle et reproductive (SSR) et la tuberculose (TB) dans les établissements de soins de santé primaires et les hôpitaux pour l'ensemble de la population. Pour les populations clés, l'accent a été

mis sur la fourniture de services communautaires adaptés qui facilitent la prévention, le diagnostic et la liaison avec les services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH. En outre, des efforts ont été déployés pour faire en sorte que les services de santé deviennent plus accueillants et plus accessibles aux populations clés, réduisant ainsi la stigmatisation et la discrimination dont ils font l'objet.

Le tableau ci-dessous présente l'historique des interventions de MSF.

Tableau 1. Historique de l'intervention de MSF contre le VIH/SIDA au Mozambique et du projet Beira

ANNÉE	INTERVENTION
2014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Début de l'intervention de MSF en matière de VIH dans la province de Sofala, au Mozambique, dans le cadre du "Projet Corridor".
2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MSF a commencé à intervenir dans deux centres de santé primaire - Munhava et Ponta Gêa - en soutenant le ministère de la santé dans la mise en œuvre d'activités spécifiques liées au VIH, notamment le suivi de la charge virale et la gestion des pharmacies, en ciblant les personnes vivant avec le VIH.
2017	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le "Projet Corridor" a évolué pour fournir un ensemble de services de qualité et adaptés de prévention et de traitement du VIH, ainsi que des services de santé sexuelle et reproductive aux populations clés ; ▪ Démarrage des activités liées à l'AHD dans la salle d'observation de l'hôpital central de Beira (BCH) ; ▪ Début du soutien au centre de santé publique de Munhava pour des activités avancées de lutte contre le VIH.
2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduction d'une formation en atelier dans le cadre d'une initiative de renforcement des capacités. Le projet de mentorat, initialement lancé par le projet, a été étendu sur plusieurs années pour impliquer plusieurs centres de soins de santé primaires (SSP). Cependant, le ministère de la santé a rencontré des difficultés pour intégrer ces services.
2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation en cours d'emploi pour les cliniciens du ministère de la santé dans le cadre du guichet unique pour l'AHD (moins d'engagement) ; ▪ Début du soutien aux centres de SSP de Ponta Gêa (PG) pour les activités d'AHD ; ▪ Mobilisation de la communauté et des cliniques communautaires pour améliorer le lien entre les populations clés et les soins de santé primaires ; ▪ Mise en place d'un soutien clinique, de laboratoire et pharmacologique pour les patients atteints de tuberculose.
2020	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarrage d'une intervention d'approche légère à Ponta Gea, conduisant à un mentorat pilote d'AHD à Ponta Gêa et Chingussura.

ANNÉE	INTERVENTION
2021	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Changement du nom du projet Corridor en projet Beira - Population vulnérable clé et population générale pour le VIH/TB et les services de santé sexuelle et reproductive ; ▪ Expansion du projet de mentorat, planification pour inclure 9 centres de santé supplémentaires et intégration du mentorat en tant que partie intégrante du projet de décentralisation des services d'AHD, de SSR et aux populations clés.
2024	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation de la composante "mentorat" du projet Beira en matière de VIH.

DÉCENTRALISATION DU PROJET BEIRA

Cadre conceptuel de la décentralisation

a. Définition de la décentralisation

La décentralisation peut être comprise de deux manières : comme un état statique de décentralisation ou comme un processus dynamique de décentralisation. D'une manière générale, elle désigne le transfert de l'autorité et de la responsabilité des fonctions publiques d'un gouvernement central à des organes gouvernementaux de niveau inférieur ou quasi-indépendants, voire au secteur privé. Traditionnellement, la décentralisation se concentre sur le transfert du pouvoir, de la responsabilité et des ressources du gouvernement central vers les gouvernements locaux, jouant un rôle crucial dans le façonnement de la relation entre les deux. Dans un contexte plus moderne, la décentralisation implique le transfert de l'autorité administrative - telle que la planification, la prise de décision et la collecte de revenus - des gouvernements centraux vers les institutions provinciales, les autorités locales, les unités fédérales, les institutions publiques semi-autonomes, les organismes professionnels et les organisations bénévoles en dehors de l'administration formelle [6].

b. Décentralisation dans le secteur de la santé

Dans le secteur de la santé, la décentralisation consiste à redistribuer la planification, la gestion, la prise de décision et les ressources du niveau national au niveau régional, du district ou local. Il s'agit souvent de déléguer les responsabilités en matière de prestation de soins de santé, d'allocation des ressources et de mise en œuvre des politiques à des entités infranationales ou communautaires. L'objectif est d'améliorer la réactivité, l'efficacité et l'équité des systèmes de santé.

c. Décentralisation des services VIH/SIDA

Dans le domaine du VIH/sida, la décentralisation consiste à transférer des services clés, tels que le dépistage, le traitement et les soins, d'établissements spécialisés et centralisés vers des établissements de soins de santé primaires plus accessibles et des organisations communautaires. Il s'agit souvent d'une "délégation de tâches", dans le cadre de laquelle des spécialistes confient certaines responsabilités à des médecins généralistes, à des infirmiers ou à des agents de santé communautaires. L'objectif est d'améliorer l'accès aux services essentiels de lutte contre le VIH, en particulier dans les zones à ressources limitées ou difficiles d'accès.

Exemples of decentralisation in HIV services include:

- Proposer des tests de dépistage du VIH, des conseils, la mise en place d'un traitement et des soins ambulatoires continus dans les centres de soins de santé primaires ;
- Transférer le suivi des patients atteints du VIH et le renouvellement des médicaments vers des structures communautaires ;
- Habilitier et former les agents de santé communautaires à dispenser une éducation sur le VIH, un soutien et à faciliter l'accès aux soins ;
- Intégrer les services de lutte contre le VIH à d'autres services de soins de santé primaires, tels que la santé génésique et la santé maternelle et infantile.

d. Objectifs de la décentralisation sur le projet Beira

Au Mozambique, la prévalence du VIH est élevée, tant dans la population générale qu'au sein des populations clés. Jusqu'en 2020, la plupart des diagnostics de VIH ont été posés au stade de l'AHD, ce qui a entraîné une morbidité et une mortalité élevées en raison d'une détection tardive. Plusieurs facteurs ont contribué à cette situation, notamment un système de santé affaibli par des décennies de guerre civile, la dévastation causée par les cyclones Idoi et Kenneth, et les graves inondations de 2019. La pandémie de COVID-19 a mis à rude épreuve l'infrastructure sanitaire déjà fragile, limitant considérablement l'accès aux services de santé essentiels.

Au niveau périphérique, certains services spécifiques ont rencontré des limites, entraînant des retards dans le diagnostic et la prise en charge des cas de AHD. Ces retards ont souvent conduit à ce que les patients arrivent dans les centres de santé trop tard pour bénéficier d'un traitement efficace. Les services les plus touchés comprenaient ceux liés à la prise en charge de l'AHD, aux soins de santé pour les populations clés et aux services complets de santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris les soins d'avortement sécurisé et le soutien aux femmes ayant subi des violences sexuelles.

En plus de l'objectif du mentorat dans la décentralisation des services de AHD, SSR et aux populations clés dans les centres de santé primaires, la stratégie de sortie et la planification du transfert faisaient également partie de l'objectif de la mise en œuvre du mentorat.

La stratégie de décentralisation sur le projet Beira

La décentralisation de la composante mentorat se concentre principalement sur le transfert d'expertise technique, l'autonomisation du personnel des centres de santé et la sensibilisation à l'impact des services sur la vie des patients. Plutôt que de fournir directement des services médicaux, MSF s'est focalisé sur le renforcement des capacités et a offert un soutien logistique et médical ciblé à 10 centres de santé sélectionnés à Beira : Cerâmica, Chingussura, Inhamizua, Macurungo, Manga Loforte, Marrocanhe, Mascarenhas, Nhaconjo, Nhangau, et Ponta-Gea.

Le renforcement des capacités a été au cœur du mentorat afin d'assurer la prestation continue de services de haute qualité. Les efforts antérieurs visant à améliorer les compétences et les performances des travailleurs de la santé par le biais d'enseignement en classe n'ont eu qu'un succès limité. Le projet s'est donc orienté vers un modèle décentralisé, axé sur l'apprentissage sur le lieu de travail. Il apparaît que l'apprentissage sur le lieu de travail est nettement plus efficace que les méthodes d'enseignement conventionnelles [7 - 10].

L'apprentissage sur le lieu de travail intègre des scénarios du monde réel qui favorisent l'engagement actif, la résolution de problèmes et les pratiques réflexives. Les études démontrent systématiquement que l'apprentissage sur le lieu de travail permet une meilleure rétention des connaissances et des compétences, car il encourage "l'apprentissage par la pratique" et l'application directe de concepts théoriques dans des contextes pratiques. Cette méthode favorise l'acquisition de compétences essentielles telles que la prise de décision, la collaboration et l'adaptabilité - des compétences qu'il est difficile de développer en classe [11].

Par exemple, les stratégies d'amélioration des performances des agents de santé, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ont montré que les méthodes traditionnelles, comme la simple distribution de directives écrites, sont souvent insuffisantes pour renforcer l'application pratique et les compétences. Les approches qui combinent formation, supervision et résolution de problèmes en groupe peuvent apporter des améliorations plus substantielles et plus durables. Les pratiques réflexives dans le cadre de l'apprentissage sur le lieu de travail améliorent encore ces résultats en engageant continuellement les apprenants à intégrer leurs expériences et en favorisant un processus d'apprentissage plus dynamique, inclusif et efficace [7-10].

La composante de mentorat a été conçue avec cette approche à l'esprit, intégrant la formation, le mentorat et la supervision pour améliorer les connaissances, les compétences et les attitudes des travailleurs de la santé en utilisant une méthodologie d'apprentissage des adultes, centrée sur le personnel. La composante de mentorat a été mise en œuvre entre mai 2021 et septembre 2023 dans les 10 centres de santé et consistait en des modules de formation axés sur les services adaptés aux populations clés, la santé sexuelle et reproductive et les soins de santé adaptatifs. Il a été structuré pour s'étendre sur six mois dans chaque centre de santé, en passant par cinq phases et en ciblant le personnel clinique ainsi que les travailleurs de soutien aux patients. Depuis le début de la composante de mentorat de la décentralisation du VIH, 124 travailleurs de la santé ont pleinement participé en tant que mentorés.

Selon MSF, suite à la conclusion de la composante de mentorat en septembre 2023, la décentralisation du projet a été entièrement achevée à la mi-2024. Le soutien continu et à la demande pour les 10 centres de santé se poursuivra, avec une collaboration soutenue avec les acteurs communautaires. En outre, MSF continuera d'aider le ministère de la santé à mettre en œuvre les directives en matière d'AHD, de SSR et de populations clés au niveau des soins de santé primaires, afin d'assurer l'intégration continue de ces services essentiels dans le système de santé.

Les cinq phases de l'élément de mentorat de la décentralisation de l'AHD comprenaient :

1. **Phase préalable au mentorat (2-4 semaines)** : Une évaluation des besoins et des ressources disponibles a été réalisée afin d'adapter le mentorat au contexte spécifique de chaque centre de santé.
2. **Phase de formation en classe (3-5 jours)** : Des sessions de formation ciblées sur la santé sexuelle et reproductive, les soins adaptés aux populations clés, l'AHD et les services de laboratoire ont été organisées pour doter le personnel des connaissances essentielles.
3. **Phase de mentorat (4-14 semaines)** : Un mentorat quotidien (côte à côte dans une salle de consultation avec un clinicien/mentor expérimenté) était disponible pour aider les mentorés à mettre en pratique les connaissances nouvellement acquises, créant ainsi un environnement de soutien et d'apprentissage pratique.

4. **Phase de suivi (3-6 mois)** : Une supervision continue a été assurée par le biais de discussions hebdomadaires sur les cas, de sessions mensuelles de retour d'information et d'un soutien à distance en cas de besoin.
5. **Phase de répliation** : Au cours de cette dernière phase, des mentorés prometteurs ont été sélectionnés pour participer à un atelier de « formation des formateurs ». Ces nouveaux mentors reproduiront ensuite le processus de mentorat dans d'autres établissements de soins de santé.

Activités incluses dans la décentralisation du projet Beira

La décentralisation s'est articulée autour des activités principales suivantes :

- **Formation, supervision et encadrement du personnel de santé** : Les agents de santé des 10 centres sélectionnés ont bénéficié d'une formation continue et d'un encadrement sur place, ce qui leur a permis d'acquérir des compétences en matière de gestion de l'AHD, de services de santé sexuelle et reproductive et de soins adaptés aux populations clés. Une supervision continue a permis de s'assurer que les normes de qualité étaient maintenues et que le personnel était soutenu dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques.
- **Soutien logistique** : Outre la formation, le projet a fourni un soutien logistique essentiel, notamment :
 - Réhabilitation des établissements de soins de santé afin de créer des environnements sûrs, hygiéniques et fonctionnels pour la prestation des services ;
 - Une gestion efficace des achats et de la chaîne d'approvisionnement afin de garantir la disponibilité constante des fournitures médicales, y compris les diagnostics et les traitements pour les infections opportunistes, la thérapie antirétrovirale et les produits de santé sexuelle et reproductive ;
 - Les activités liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH) afin de garantir l'amélioration des infrastructures de base pour une eau propre et un assainissement adéquat, qui sont essentiels au maintien de la qualité des services de santé.

Cette approche visait à décentraliser les services de santé, à améliorer l'accès aux soins et à alléger la pression sur les établissements de santé centralisés en rendant les services essentiels plus disponibles au niveau des centres de soins de santé primaires. Une stratégie intéressante a été l'utilisation de cliniques mobiles ("*brigadas móveis*"), qui ont fourni des soins médicaux aux personnes clés et à celles qui vivent dans des zones éloignées ou difficiles d'accès. Ces cliniques mobiles ont offert aux professionnels de santé un moyen supplémentaire de travailler avec les membres des populations clés en tant qu'agents de santé communautaire et d'atteindre des personnes qui auraient autrement été confrontées à des obstacles pour accéder aux soins dans les centres de santé. Au fil du temps, la régularité des visites de ces cliniques mobiles a contribué à créer un sentiment de confiance entre les populations clés et les professionnels de santé. Certains patients, reconnaissant la nature accueillante de ces professionnels, ont par la suite cherché à se faire soigner dans les centres de santé pour renouer avec le personnel qu'ils avaient rencontré grâce aux unités mobiles. Il s'agissait d'un élément clé du "mentorat" des professionnels de santé, en les immergeant dans la réalité de la vie des travailleurs du

sexe et des autres membres des populations clés à Beira. Les éducateurs ont joué un rôle essentiel dans la mise en relation des communautés avec les services de santé et les professionnels, afin d'instaurer un climat de confiance.

CHAMP DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation porte sur la composante de mentorat de la décentralisation des services d'AHD, de SSR et aux populations clés mise en œuvre dans dix établissements de soins de santé primaires dans la ville de Beira, au Mozambique, de 2021 à 2023. L'objectif est de comprendre l'efficacité et l'impact de la composante de mentorat dans l'amélioration de la prestation de services pour l'AHD, SSR, et aux populations clés, ainsi que le soutien logistique.

Le sujet évalué (« Evaluand ») est la composante de mentorat de la décentralisation des services de VIH et de SSR dans les établissements de soins de santé primaires. La définition de l'Evaluand a nécessité des discussions approfondies entre l'équipe d'évaluation et le groupe de consultation (GC). Les discussions avec le groupe de consultation de l'évaluation ont été approfondies et collaboratives, reflétant un engagement à parvenir à une compréhension commune du sujet évalué. Ces discussions ont donné lieu à de multiples réunions au cours desquelles les membres du GC et l'équipe d'évaluation ont engagé un dialogue ouvert, partageant leurs idées et leurs perspectives sur la composante mentorat de la décentralisation des services de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les établissements de soins de santé primaires. Le groupe s'est également penché brièvement sur la composante logistique de la décentralisation, bien qu'elle ait reçu moins d'attention. Les entretiens initiaux avec les membres du groupe de consultation au cours de la phase de démarrage ont joué un rôle crucial dans la clarification de l'objet de l'évaluation, en aidant à aligner les perspectives et les attentes de chacun pour l'évaluation. Grâce à un dialogue itératif, l'équipe d'évaluation a affiné la définition du sujet évalué, en veillant à ce qu'elle reflète avec précision l'objectif principal de l'évaluation tout en tenant compte des divers points de vue de toutes les parties prenantes impliquées dans les discussions. Ce processus a non seulement favorisé le consensus, mais a également posé les bases d'un processus d'évaluation exhaustif et pertinent.¹

L'évaluation a été guidée par les questions clés suivantes, dérivées du modèle logique décrit ci-dessus:

QE 1 : Dans quelle mesure la composante "mentorat" de la décentralisation de la lutte contre le VIH était-elle pertinente et appropriée ?

QE 2 : Dans quelle mesure la composante "mentorat" de la décentralisation de la lutte contre le VIH a-t-elle été efficace ?

QE 3 : Dans quelle mesure la composante "mentorat" de la décentralisation de la lutte contre le VIH a-t-elle influencé des contributions plus importantes, perçues par différentes parties prenantes ?

QE 4 : Dans quelle mesure la composante "mentorat" de la décentralisation de la lutte contre le VIH était-elle cohérente dans son contexte général ?

¹ Le mentorat dans le processus de décentralisation du projet VIH de Beira est désigné tout au long de ce document comme la **composante mentorat** de la décentralisation du VIH, ou simplement la "**composante mentorat**".

QE 5 : Dans quelle mesure la composante "mentorat" de la décentralisation en matière de VIH peut-elle être reproduite ?

La matrice d'évaluation (annexe II) approfondit les questions d'évaluation et présente les sous-questions (questions d'investigation qui aident à répondre aux questions d'évaluation principales).

Le modèle logique de l'évaluation présenté ci-dessous décrit la situation initiale justifiant la mise en œuvre du mentorat ainsi que l'ensemble du processus de décentralisation et sa chaîne de résultats.

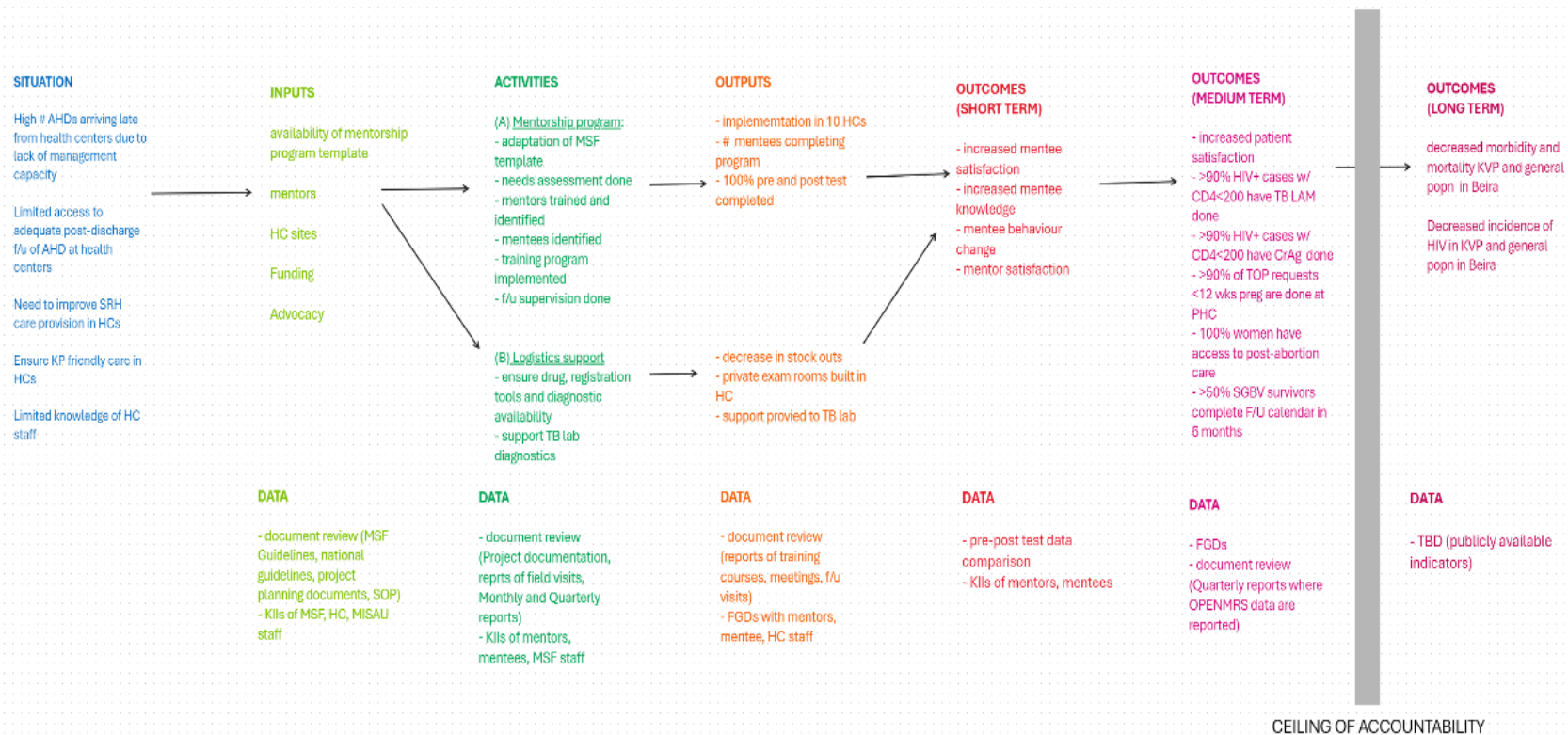


Figure 1. Modèle logique de la composante "mentorat" de la décentralisation de la lutte contre le VIH

MÉTHODOLOGIE

L'évaluation de la composante mentorat de la décentralisation de la lutte contre le VIH à Beira, au Mozambique, a utilisé une approche mixte, combinant la collecte et l'analyse de données quantitatives et qualitatives. Cette approche a été choisie pour fournir une compréhension complète de l'efficacité de la composante de mentorat dans le cadre de la stratégie de décentralisation plus large.

Une approche d'étude de cas a été spécifiquement choisie pour explorer les complexités de la mise en œuvre de la composante de mentorat de la décentralisation du VIH, fournissant une analyse approfondie sur le " comment " et le " pourquoi " de sa mise en œuvre. Cette méthode a permis une compréhension plus riche des expériences du monde réel, permettant à l'équipe d'évaluation d'identifier les facteurs qui ont influencé certains retours et résultats positifs dans divers établissements de soins de santé, ainsi que les défis rencontrés dans chaque contexte. Une telle profondeur d'exploration aurait été difficile à atteindre avec d'autres méthodes, telles que les analyses de contribution ou la récolte de résultats. En outre, l'approche par étude de cas a bénéficié de l'intégration de données qualitatives et de l'analyse quantitative de données secondaires, ce qui a permis d'évaluer si les objectifs fixés avaient été atteints. Cette combinaison de données qualitatives et quantitatives a également facilité la triangulation avec d'autres sources de données, renforçant ainsi la solidité des résultats.

COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a été réalisée à la fois en ligne et sur place à Beira, au Mozambique.

Collecte des données en ligne

Au cours de l'évaluation, neuf entretiens en ligne ont été menés pour recueillir des informations précieuses auprès des participants, principalement au niveau du projet et au niveau stratégique au sein de MSF (OCB HQ et SAMU). Ces entretiens se sont déroulés via une plateforme de vidéoconférence sécurisée (MS Teams), offrant une certaine flexibilité dans la programmation et garantissant le confort des participants. Chaque session a duré entre 40 et 60 minutes et s'est concentrée sur les perspectives et les expériences des participants concernant la conception, la mise en œuvre et la performance de la composante de mentorat. Le format d'entretien semi-structuré a encouragé les discussions ouvertes tout en permettant une exploration en profondeur des sujets clés. Le format en ligne a également permis d'accéder à un groupe diversifié de participants qui n'ont pas pu être rencontrés lors des visites sur le terrain, ce qui a finalement contribué à un ensemble de données plus riche et plus complet pour l'analyse.

Collecte des données sur le terrain

Du 10 au 26 août 2024, un membre de l'équipe d'évaluation a collaboré avec des représentants de MSF à Beira pour mener une collecte de données en personne.

a. Principaux objectifs de la visite sur le terrain

- **Comprendre la composante mentorat de la décentralisation de la lutte contre le VIH** : Nous avons cherché à comprendre comment la composante mentorat a été mise en œuvre à Beira. Il s'agissait notamment d'analyser les stratégies et les adaptations mises en œuvre pour s'adapter au contexte local. Nous nous sommes également concentrés sur la manière dont le mentorat a facilité le transfert de compétences et délégué des responsabilités aux cliniques locales, améliorant ainsi l'efficacité et l'accessibilité des soins.
- **Recueillir des points de vue et des réactions diversifiés** : Nous avons cherché à recueillir les commentaires d'un large éventail de parties prenantes, y compris les représentants de MSF et du ministère de la santé, les mentors, les mentorés, les membres de la communauté et les professionnels de santé. En recueillant des informations sur leurs attentes, leurs expériences et leurs difficultés, nous avons cherché à évaluer l'impact global du projet de mentorat grâce à des témoignages de première main sur ses réussites, ses obstacles et ses domaines potentiels d'amélioration.

b. Visites de terrain

- **Des entretiens clés approfondies** : 43 entretiens clés approfondies ont été menées avec des acteurs clés, y compris des représentants de MSF et du MISAU, et des mentors impliqués dans des domaines tels que les soins de AHD, la santé sexuelle et reproductive (y compris les soins d'avortement sûr), les interventions contre la violence basée sur le genre, les meilleures pratiques de laboratoire, et les stratégies visant à améliorer l'accès aux soins de santé et la rétention dans les soins pour les personnes clés. Ces entretiens ont fourni des informations précieuses sur les stratégies de mentorat utilisées dans divers domaines des soins de santé.
- **Discussions de groupe (FGD/Focus Group Discussions)** : Quatre discussions ont été menées avec des participantes des centres de santé locaux, notamment Nhaconjo, Macurungo, Chingussura, Manga Loforte, Ponta Gêa et Manga Mascarenhas. Chaque discussion de groupe a rassemblé des mentorées de différentes cliniques et de différents milieux professionnels, tels que des techniciens de laboratoire, des infirmières fournissant des soins d'avortement sans risque, et des prestataires de soins d'AHD, favorisant ainsi un espace de dialogue collaboratif. Au total, 28 mentorés ont participé, partageant des perspectives diverses sur leurs expériences de mentorat, l'intégration des services et l'impact plus large sur la prestation des soins de santé. En outre, une discussion de groupe a été organisée avec 11 activistes communautaires de l'ONG Takaezana, un partenaire local de MSF qui travaille avec les populations clés, défendant leurs droits et soutenant leur accès et leur maintien dans les services de santé.
- **Observations structurées** : Les observations ont été menées dans 10 centres de santé (Chingussura, Nhaconjo, Macurungo, Marrocanhe, Inhamizua, Ceramica, Nhangau, Ponta Gêa, Manga Loforte et Manga Mascarenhas) pendant les matinées de semaine. En suivant une approche structurée, nous avons évalué l'environnement physique, le flux de patients et l'intégration des pratiques de mentorat dans les opérations quotidiennes. Ces observations ont permis d'évaluer sur le terrain la manière dont la composante mentorat de la décentralisation du VIH était intégrée - ou, dans certains cas, pas totalement intégrée - dans

les activités quotidiennes de chaque centre de santé. Un bref rapport de chaque observation est inclus à la fin de ce rapport.

Analyses des données secondaires

Les ensembles de données suivants ont été inclus : (a) **Base de données des mentorés** - Cette base de données contient des informations détaillées sur chaque mentoré qui a participé au mentorat, y compris les détails de l'inscription, les scores avant et après le test, et les observations du mentor enregistrées à trois moments clés ; (b) **Données de suivi du projet** - Ces données sont compilées à partir des outils de suivi du projet et rapportées dans les rapports trimestriels, offrant des aperçus supplémentaires sur la mise en œuvre du mentorat et les progrès réalisés.

TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE

Des méthodes d'échantillonnage raisonné et en « boule de neige » ont été employées pour garantir l'inclusion des participants ayant les expériences et les points de vue les plus pertinents. L'échantillonnage raisonné a été utilisé pour identifier stratégiquement les personnes clés susceptibles d'offrir des perspectives critiques sur le mentorat, tandis que l'échantillonnage en « boule de neige » a facilité l'identification de participants supplémentaires par le biais de recommandations de la part des informateurs initiaux. Cette approche combinée a permis la collecte de données diverses et approfondies, améliorant la richesse et la crédibilité des résultats qualitatifs tout en garantissant une compréhension globale de l'impact du mentorat. Les répondants ont été progressivement ajoutés jusqu'à ce que la saturation théorique des informations soit atteinte.

ANALYSES DES DONNÉES

Pour l'analyse des données **qualitatives**, une approche d'analyse thématique a été employée afin d'identifier, d'analyser et de rapporter des tendances au sein des données. Tout d'abord, tous les entretiens, les groupes de discussion et les notes d'observation ont été systématiquement examinés et codés afin d'identifier les thèmes et sous-thèmes récurrents. Des techniques de codage inductif et déductif ont été utilisées, certains codes émergeant directement des données (inductif) et d'autres reposant sur des cadres préétablis liés au mentorat, à la prestation de soins de santé et à l'intégration des services (déductif). Les données ont ensuite été organisées en catégories correspondant aux objectifs de l'étude, ce qui a permis de mieux comprendre l'efficacité du mentorat et son impact sur les résultats pour les patients. Tout au long du processus, la triangulation a été appliquée en recoupant les données provenant de différentes sources (entretiens, groupes de discussion et observations) afin d'en garantir la validité et la fiabilité. Cette analyse rigoureuse a permis d'obtenir une compréhension riche et nuancée de la mise en œuvre et des résultats du mentorat, contribuant ainsi à la formulation de recommandations exploitables pour de futures interventions.

Les données **quantitatives** ont été utilisées pour construire les indicateurs suivants afin d'évaluer les produits et les résultats spécifiques de la composante "mentorat" de la décentralisation en matière de VIH.

Résultats : La participation moyenne des mentorés à la composante mentorat, rapportée par chaque centre de santé et par mentorat spécifique : Populations clés, AHD, SSR.

Résultat à court terme - changement dans les connaissances du mentoré :

Ce résultat a été évalué à l'aide de deux indicateurs clés. Le premier était un score de gain, calculé comme la différence en pourcentage entre le pré-test administré avant le début du mentorat et le post-test effectué après la fin de la formation. Le second indicateur était le score d'impact global, qui représentait le pourcentage d'amélioration des performances d'une personne guidée dans plusieurs domaines, tel qu'évalué par un mentor à différents moments de la formation (sur la base des grilles d'évaluation). Ces scores ont ensuite été analysés par centre de santé et par type de mentorat (Populations clés, AHD, SSR) afin de saisir des tendances et des idées spécifiques.

Résultats à moyen terme :

Les cinq résultats à moyen terme sont basés sur les indicateurs du cadre logique original du projet Beira et correspondent au résultat attendu. Ces résultats sont les suivants :

- Pourcentage de cas de VIH (+) avec CD4 <200 ayant fait l'objet d'une LAM contre la tuberculose ;
- Pourcentage de cas de VIH (+) avec CD4 <200 qui ont fait l'objet d'un test CrAg ;
- Pourcentage de demandes de SAC < 12 semaines de grossesse effectuées dans les centres de SSP ;
- Pourcentage de femmes qui demandent des soins post-avortement et qui ont accès à ce service ;
- Pourcentage de survivants de la violence sexuelle et sexiste qui terminent le calendrier de suivi dans les 6 mois.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les considérations éthiques ont été au cœur du processus d'évaluation, garantissant la protection des droits, de la dignité et de la confidentialité de tous les participants. Les évaluateurs ont respecté les directives éthiques de la Stockholm Evaluation Unit, soulignant l'importance de l'intégrité éthique, en particulier lorsqu'il s'agit de groupes vulnérables tels que les victimes de violences sexuelles.

Plusieurs garanties éthiques ont été mises en œuvre :

- **Consentement éclairé :** Tous les participants ont été pleinement informés de l'objectif de l'évaluation, de leur rôle dans le processus et de leur droit de se retirer à tout moment sans conséquence. Un consentement verbal a été obtenu avant le début de toute activité de collecte de données ;
- **Confidentialité :** Des mesures ont été prises pour garantir la confidentialité de l'identité des participants et des informations qu'ils ont partagées. Les données ont été rendues anonymes au cours du processus d'analyse et l'accès aux informations sensibles a été limité aux seuls membres autorisés de l'équipe d'évaluation ;

- **Sensibilité dans la collecte des données** : Compte tenu de la nature des sujets abordés - en particulier ceux liés aux populations vulnérables telles que les populations clés et les survivants de violences sexuelles - un soin particulier a été apporté à la création d'un environnement sûr et respectueux au cours des entretiens clés approfondies et des discussions de groupe. Pour renforcer le principe de "ne pas nuire", les types de questions posées ont été soigneusement conçus pour éviter tout nouveau traumatisme ou toute détresse. Il s'agissait d'éviter les détails intrusifs ou graphiques des événements traumatisants, d'utiliser un langage neutre et empathique et de permettre aux participants de sauter toutes les questions qui les mettaient mal à l'aise. En outre, la professionnelle responsable des entretiens clés approfondies et des discussions de groupe est une psychologue clinicienne formée aux approches tenant compte des traumatismes, ce qui lui permet de reconnaître les signes de détresse et d'apporter un soutien approprié ou de demander des références si nécessaire. Ces mesures ont permis de s'assurer que les participants se sentaient à l'aise pour partager leurs expériences sans crainte de jugement ou de répercussion et que leur bien-être émotionnel était une priorité tout au long du processus de collecte de données.

En résumé, l'approche mixte, intégrant à la fois des idées qualitatives et des mesures quantitatives, a permis une évaluation complète de l'efficacité de la composante mentorat de la décentralisation de la lutte contre le VIH. L'approche par étude de cas a facilité un examen plus détaillé de sa mise en œuvre, tandis que les entretiens avec les informateurs clés, les discussions de groupe et les observations sur le terrain ont contribué à une compréhension plus large de son influence sur la prestation des soins de santé. Ce cadre méthodologique a permis d'obtenir des résultats crédibles et des informations utiles pour les parties prenantes qui cherchent à améliorer, affiner ou éventuellement étendre des interventions similaires à l'avenir.

LIMITES

Malgré la robustesse de l'approche mixte utilisée dans cette évaluation, plusieurs limitations dans la collecte et l'analyse des données peuvent influencer les résultats globaux et introduire des biais potentiels.

LIMITES DANS LA COLLECTE DES DONNÉES

Biais d'échantillonnage : L'utilisation d'un échantillonnage raisonné, bien qu'efficace pour cibler des participants bien informés, peut introduire un biais de sélection. Si certains points de vue sont sur- ou sous-représentés, cela pourrait fausser les conclusions et limiter la généralisation des résultats. Une stratégie de recrutement diversifiée a été mise en œuvre, incorporant des référents variés afin de garantir un large éventail de perspectives et d'antécédents parmi les participants. Il s'agissait notamment de recommandations des équipes MSF, qui ont permis d'accéder à des personnes déjà engagées dans les activités de MSF à Beira ; de recommandations de professionnels de la santé, qui pouvaient identifier des participants ayant des expériences spécifiques pertinentes pour la composante de mentorat de la décentralisation du VIH, et de recommandations de représentants des populations clés et d'ONG, qui ont agi en tant qu'intermédiaires de confiance pour atteindre des groupes marginalisés tels que les travailleurs du sexe, les HSH et les personnes qui consomment de la

drogue. En outre, une collecte de données aléatoire a été effectuée dans chaque clinique visitée, en sélectionnant des participants issus de milieux divers et des personnes fréquentant les cliniques, afin de recueillir les expériences de la communauté dans son ensemble. En combinant ces méthodes, le processus de recrutement visait à minimiser les biais de sélection et à améliorer la généralisation des résultats, en veillant à ce qu'un large éventail de voix soit représenté.

Données autodéclarées : Le fait de s'appuyer sur des données autodéclarées lors d'entretiens et de groupes de discussion peut entraîner un biais de désirabilité sociale, les participants pouvant fournir des réponses qu'ils perçoivent comme favorables plutôt que de refléter leurs véritables expériences. Cela pourrait affecter la précision des informations sur la qualité du service et les interactions client - prestataire. La collecte de données anonyme a été réalisée parallèlement aux entretiens afin d'encourager l'honnêteté, de réduire le biais de désirabilité sociale et d'améliorer la précision des réponses des participants.

LIMITES DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Incohérences dans la saisie des données : La variabilité de la saisie des données dans la base de données des bénéficiaires peut affecter l'intégrité des données. Des erreurs lors de la saisie ou du nettoyage des données, et une saisie incomplète des données peuvent entraîner des inexactitudes dans l'analyse quantitative. Cela peut entraver la capacité à évaluer pleinement l'efficacité de la composante mentorat de la décentralisation de la lutte contre le VIH. Pour minimiser les biais, nous avons utilisé l'approche de l'analyse de cas complète, dans laquelle les observations avec des informations incomplètes n'ont pas été incluses dans l'ensemble de données analytiques.

ACCÈS AUX SOURCES DE DONNÉES

Accès restreint aux groupes vulnérables : Les difficultés d'accès à certaines populations vulnérables, telles que les survivants de violences sexuelles, ou aux populations clés peuvent entraîner un manque de diversité des points de vue, ce qui risque de fausser les résultats. La collaboration avec les dirigeants des organisations communautaires locales a permis d'établir un climat de confiance et a donné l'occasion de parler aux membres des populations clés. Dans ce type de situations difficiles, la collaboration avec les dirigeants des organisations communautaires du secteur des populations clés peut faciliter l'accès et promouvoir la participation à l'évaluation.

Disponibilité limitée de la documentation : Bien qu'une bibliothèque de documents ait été créée, les difficultés à obtenir tous les documents ou rapports pertinents ont pu entraver une analyse complète du contexte et de la mise en œuvre de la composante mentorat de la décentralisation en matière de VIH. Cette limitation était faible car la plupart des documents du projet ont été fournis par MSF.

BIAIS POTENTIEL LIÉ À L'INTERPRÉTATION

Ces limitations peuvent introduire des biais qui affectent les conclusions de l'évaluation :

- **Surreprésentation des résultats positifs** : Les participants ayant vécu des expériences favorables peuvent être plus enclins à participer aux entretiens ou aux groupes de discussion, ce qui conduit à une vision trop optimiste de l'efficacité de la composante mentorat de la décentralisation en matière de VIH. En outre, les informateurs clés du secteur

gouvernemental n'ont pas été interrogés, car le travail sur le terrain a coïncidé avec une période électorale. Pendant cette période, de nombreux postes de direction du gouvernement étaient en transition, avec des dirigeants intérimaires engagés dans des activités liées à l'élection ou impliqués dans des réunions avec des fonctionnaires entrants. Il a donc été difficile d'obtenir leur participation, et l'on suppose que certains points de vue divergents, en particulier ceux qui pourraient ne pas s'aligner sur les résultats favorables, auraient pu être manqués, ce qui constitue une limitation.

- **Sous-estimation des difficultés** : Les participants peuvent être réticents à discuter des expériences négatives ou des difficultés rencontrées pendant le mentorat, ce qui entraîne une compréhension incomplète des domaines à améliorer. Un espace sûr a toujours été créé pour les participants, en mettant l'accent sur la confidentialité, et des messages ciblés ont été utilisés pour encourager les discussions ouvertes sur les expériences négatives et les difficultés rencontrées.
- **Biais dans l'interprétation des données** : La variabilité de l'interprétation des données qualitatives par les évaluateurs peut introduire de la subjectivité, en particulier s'il n'existe pas de protocoles standardisés pour le codage et l'analyse des réponses. Nous avons mis en œuvre des protocoles de codage standardisés et utilisé une vérification croisée régulière entre les membres de l'équipe d'évaluation pour renforcer l'objectivité de l'analyse des données qualitatives et garantir une interprétation plus cohérente des réponses.

Malgré les limites identifiées, nous pensons que les résultats globaux restent solides grâce à la stratégie des méthodes mixtes, qui intègre à la fois des données qualitatives et quantitatives, renforçant ainsi la crédibilité des résultats. L'utilisation de diverses sources de données - telles que les entretiens, les groupes de discussion, les observations sur site et les mesures quantitatives - a permis une triangulation, garantissant que les biais potentiels d'une méthode ou d'une source unique étaient atténués. Cette rigueur méthodologique, combinée à la forte variabilité des participants et des perspectives, permet de croire que les conclusions de l'évaluation reflètent fidèlement l'efficacité et l'impact de la composante mentorat de la décentralisation de la lutte contre le VIH.

RÉSULTATS

PERTINENCE

LACUNES IDENTIFIÉES EN MATIÈRE DE CAPACITÉS

Plusieurs lacunes dans l'accès à des services de santé de qualité au niveau primaire (centres de santé) ont été identifiées, soulignant la nécessité d'un encadrement dans le cadre de la décentralisation des services de santé publique. Ce mentorat, élément central de l'intervention, a été mis en œuvre pour soutenir le personnel de santé, parallèlement à des améliorations logistiques. Les principales lacunes sont les suivantes :

- **Retard dans le diagnostic de la maladie à VIH** : Un nombre important de patients atteints d'une maladie à VIH avancée sont arrivés dans des établissements de santé qui n'étaient pas suffisamment équipés pour prendre en charge ces cas et ont été référés à l'hôpital central de Beira ;
- **Charge de travail élevée** à l'hôpital central de Beira : l'hôpital central de Beira (BCH) a dû faire face à une demande considérable dans la prise en charge des cas d'AHD et des comorbidités liées au VIH.
- **Des services limités après la sortie** : L'Hôpital Central de Beira a rencontré des difficultés à fournir des services de suivi adéquats pour les patients atteints d'AHD après leur sortie ;
- **Services de santé sexuelle et reproductive à améliorer** : Les centres de soins de santé primaires doivent améliorer la qualité des services de santé sexuelle et reproductive, notamment en ce qui concerne les soins d'avortement médicalisé (SAC), les soins post-avortement (PAC) et le soutien aux victimes de violences sexuelles et basées sur le genre.
- **Nécessité d'améliorer les relations entre le patient et le prestataire** : Le renforcement de la relation entre le patient et le prestataire est essentiel pour rendre les services de santé plus inclusifs, plus conviviaux et plus accessibles, en particulier pour les populations clés ;
- **Faible capacité des centres de santé** : Les centres de santé ont été confrontés à des limitations dans la gestion de l'AHD, des questions de santé sexuelle et reproductive (par exemple, les soins d'avortement sans risque) et des services pour les populations clés. Ces limites incluent des lacunes dans la formation du personnel, les services de laboratoire, la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits pour la AHD et la SSR et la confidentialité.

Une analyse des lacunes réalisée avant la mise en œuvre du mentorat à Beira a souligné la pertinence de cette approche, un point de vue encore renforcé par les représentants du MISAU, comme nous pouvons le voir dans la citation ci-dessous :

“Nous avons été confrontés à des défis importants dans le cadre de la réponse nationale au VIH au Mozambique, notamment en raison du grand nombre de patients arrivant à l'hôpital central de Beira (HCB) à des stades avancés du VIH. Le taux de mortalité était alarmant, de nombreux patients décédant quelques jours seulement après leur admission. Cette situation était une préoccupation majeure pour nous, au MISAU, ainsi que pour les professionnels de la santé. Pour y remédier, nous nous sommes associés à MSF pour lancer un programme pilote de mentorat au HCB et au centre de santé de Munhava. L'objectif était de renforcer notre capacité à détecter les signes précoces d'un VIH avancé et à gérer plus efficacement les infections opportunistes. Le programme a été couronné de succès et nous avons estimé qu'il était possible de l'étendre aux cliniques locales. Nous voulions ainsi améliorer le diagnostic et le traitement précoces, en rendant plus accessibles au niveau communautaire des tests tels que la numération des CD4, la charge virale du VIH et les dépistages de la tuberculose. Nous pensons que cette approche d'intervention précoce peut aider les patients à gérer leur VIH avant qu'il n'atteigne des stades avancés. Pour ceux qui sont déjà à un stade avancé, une meilleure gestion locale des infections opportunistes pourrait réduire le nombre d'hospitalisations et le risque de décès. La décentralisation de ces services essentiels permettrait également d'alléger la charge de travail de l'HCB, de réduire les temps d'attente et de soulager le personnel soignant”.

Représentant du MISAU

OBJECTIFS ET ACTIVITES DU VOLET MENTORAT

La composante "mentorat" de la décentralisation de la lutte contre le VIH s'est concentrée sur le transfert d'expertise technique et sur l'autonomisation du personnel de santé. L'objectif était de leur faire prendre conscience de l'impact vital de leurs services sur la vie des patients. Plutôt que de fournir directement des soins médicaux, MSF s'est focalisé sur le renforcement des capacités, offrant une formation ciblée, un soutien logistique et assurant un approvisionnement constant en ressources médicales à 10 centres de santé sélectionnés à Beira : Nhaconjo, Chingussura, Inhamizua, Ponta-Gea, Macurungo, Manga Loforte, Mascarenhas, Cerâmica, Nhangau et Marrocanhe.

Le volet "mentorat" visait à doter les professionnels de santé locaux des compétences et des ressources nécessaires pour fournir de manière indépendante des soins de haute qualité à leurs communautés. Le volet de mentorat a spécifiquement abordé les besoins des populations clés et de la population générale à la recherche de services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive (SSR). En renforçant les capacités du personnel de santé, le mentorat a cherché à améliorer durablement la prestation des soins de santé, en veillant à ce que les services essentiels puissent continuer à répondre efficacement aux besoins locaux.

ENGAGEMENT ET APPROPRIATION PAR LES AUTORITES SANITAIRES LOCALES

L'engagement et l'appropriation par les autorités sanitaires locales sont essentiels à la réussite de la composante mentorat. L'implication des principales parties prenantes, telles que le département provincial de la santé reproductive, le département provincial de la santé et le projet national de lutte contre le VIH, favorise un sens partagé de la responsabilité et de l'engagement. Cependant,

l'évaluation actuelle ne reflète que le point de vue de deux personnes du MISAU impliquées dans la composante de mentorat, ce qui laisse une lacune dans la compréhension de l'engagement et de l'appropriation plus larges au sein des autres autorités sanitaires.

Alors que le mentorat était largement basé sur les directives de MSF (SAMU) et mis en œuvre dans un mode de substitution, cette approche peut avoir limité les opportunités d'une véritable co-construction et collaboration avec les entités locales. Étant donné que le mentorat dans la gestion de l'AHD au niveau des soins de santé primaires est relativement nouveau, même au niveau mondial, il est essentiel de construire des partenariats solides qui mettent l'accent sur le développement des aptitudes et l'amélioration des compétences. Une approche mixte, combinant une formation pratique et théorique sur les maladies infectieuses, permettrait de s'assurer que le personnel de santé est bien préparé et profondément investi dans le succès de la composante de mentorat de la décentralisation de la lutte contre le VIH.

Le renforcement de ces partenariats permettra non seulement d'améliorer l'efficacité de l'initiative de mentorat, mais aussi de promouvoir des résultats durables en matière de santé au sein de la communauté. L'engagement d'un plus large éventail de parties prenantes est essentiel pour favoriser un sentiment d'appropriation et garantir que l'ensemble du projet et la composante de mentorat répondent aux besoins et contextes locaux, contribuant ainsi à une réussite à long terme.

PERTINENCE POUR LES PARTICIPANTS AU MENTORAT

La majorité des mentorés et des mentors ont trouvé le mentorat à la fois pertinent et aligné sur les défis spécifiques qu'ils ont rencontrés dans la prestation de services de SSR et d'AHD. Il a approfondi leur compréhension de la SSR et des soins avancés du VIH et a amélioré leur capacité à répondre aux besoins uniques des populations clés. Le mentorat a favorisé un état d'esprit et des compétences qui ont amélioré la collecte des antécédents médicaux, des plaintes et des symptômes des patients, permettant aux prestataires de soins de santé d'obtenir des informations plus approfondies sur leur état de santé. Ceci, à son tour, a facilité des diagnostics plus précoces et des traitements plus opportuns ou des réorientations lorsque cela était nécessaire.

Lorsque les professionnels de santé étaient confrontés à une incertitude dans le diagnostic, ils étaient encouragés à demander systématiquement des tests CD4 et à orienter les patients dont le taux de CD4 était faible vers d'autres tests, tels que les tests de dépistage de la tuberculose et de l'antigène Cr, afin de garantir un diagnostic correct de la maladie et un traitement rapide des infections opportunistes. Ces efforts ont permis d'individualiser les soins et de renforcer la confiance entre les patients et les prestataires de soins, comme le montre la citation ci-dessous :

“Avant le mentorat, nous nous efforcions de vider la salle d'attente le plus rapidement possible afin d'éviter que les patients ne se plaignent de longues attentes. Cependant, le mentorat sur les maladies avancées liées au VIH nous a montré qu'il s'agissait d'une grave erreur. Nous manquions des occasions cruciales d'écouter véritablement les patients, de comprendre leurs symptômes et d'identifier s'ils pouvaient souffrir d'une maladie à VIH avancée. Aujourd'hui, après le mentorat, nous savons ce qu'il faut rechercher et nous sommes beaucoup plus attentifs lorsque nous évaluons les patients susceptibles d'être à ce stade du VIH. Lorsque nous le détectons, nous demandons immédiatement leur Visitec pour voir si leurs CD4 sont bas et nous lançons le protocole complet de dépistage des infections opportunistes. Ce changement est dû au mentorat - avant, je ne savais même pas que l'AHD existait. Je pensais que tous les patients séropositifs étaient traités de la même manière. Maintenant, grâce au mentorat de MSF, j'en sais plus.”

Mentorée, Centre de santé de Manga Loforte

La plupart des mentorés qui ont reçu une formation pour mieux comprendre les besoins uniques des populations clés ont signalé une amélioration de leur capacité à fournir des soins plus adaptés et personnalisés. Le programme de mentorat a également renforcé leur capacité à fournir des services tels que le conseil, le dépistage du VIH, la PrEP et d'autres formes de soutien ciblé. L'approche pratique de la formation, associée à la disponibilité immédiate des superviseurs, a joué un rôle crucial en aidant les participants à appliquer efficacement leurs compétences nouvellement acquises dans des environnements cliniques.

"Le mentorat était exactement ce dont nous avons besoin. Il nous a aidés à approfondir les soins avancés en matière de VIH et à mieux comprendre les besoins des populations clés. Nous avons complètement changé notre façon d'évaluer les patients : nous passons plus de temps avec eux, nous posons les bonnes questions et nous savons quand il faut orienter une travailleuse du sexe vers des soins spécifiques en matière de sexualité et de procréation. Nous essayons de rendre leur rendez-vous plus accueillant. Parfois, elles ont simplement besoin de parler à quelqu'un... Peu importe qu'elles soient travailleuses du sexe ou non, elles sont ici et ont besoin de soins. Ici, la plupart des femmes qui cherchent un avortement sans risque sont soit des travailleuses du sexe, soit des adolescentes qui ont été violées. C'est vraiment triste. Mais le mentorat, la pratique et le fait d'avoir un superviseur à portée de main ont fait une énorme différence. Cela a vraiment amélioré l'approche de notre clinique, et j'aimerais que le programme puisse continuer à former de nouveaux membres du personnel, car les gens vont et viennent si souvent”.

Mentorée, Centre de santé de Manga Mascarenhas

Selon de nombreux mentorés, le programme de mentorat a également facilité la réorganisation des processus de soins dans de nombreuses cliniques, avec des zones distinctes et des flux de patients basés sur des besoins spécifiques, tels que la maladie à VIH avancée, les femmes enceintes et les enfants. Cette restructuration a permis de consacrer plus de temps aux évaluations cliniques et à l'engagement des patients, ainsi qu'à la prescription garantissant que les circonstances uniques de chaque patient étaient prises en compte.

"Ce qui m'a vraiment frappé, c'est le dialogue ouvert - c'était une expérience d'apprentissage à double sens. Je ne recevais pas seulement un enseignement, je partageais également avec mon mentor des informations sur ma réalité, ma communauté, les services que nous fournissons et les besoins spécifiques de mes patients. Ils ont été réceptifs et ont même adapté le mentorat pour mieux répondre à mes besoins particuliers en tant que professionnelle travaillant avec cette communauté. Ensemble, nous avons élaboré une stratégie visant à regrouper les patients séropositifs en fonction de leurs besoins spécifiques : les adolescents dans un secteur, les femmes enceintes dans un autre et les personnes à un stade avancé de la maladie dans un autre. De cette façon, chaque groupe a reçu les soins spécialisés dont il avait besoin."

Mentorée, Centre de santé de Ponta Gêa

La citation ci-dessous met en évidence l'impact durable du programme de mentorat de MSF, soulignant sa différence par rapport à d'autres initiatives menées par des donateurs. Contrairement aux interventions externes qui ne laissent souvent aucun résultat durable après la fin du financement, le mentoré réfléchit à la façon dont le mentorat de MSF a été adapté à l'équipe et au système de santé locaux, les dotant de compétences et de connaissances qui continueront à bénéficier à leur pratique à long terme. Le participant souligne la valeur de cette approche qui favorise l'autonomie et la continuité des services de santé, garantissant que les bénéfices de la formation demeurent même après le départ des partenaires externes. Ce type de perception a été moins fréquemment rapporté par les participants.

"Le mentorat de MSF était différent. Ce n'était pas quelque chose mis en œuvre par un donateur externe ou une autre organisation. C'était pour nous - pour moi, pour notre équipe, pour mon service, pour le personnel du MISAU. C'est nous qui avons été formés, et les compétences et les connaissances que nous avons acquises resteront avec nous dans notre pratique. Avec d'autres stratégies mises en place par des donateurs ou des organisations externes, une fois que le financement se tarit ou que les partenaires s'en vont, nous nous retrouvons sans rien. Nous nous retrouvons à la case départ, sans nouveaux tests, sans nouveaux diagnostics - rien ne reste, rien ne demeure avec nous..."

Mentoré, Centre de santé de Ponta Gêa

Selon la grande majorité des mentors, leur perception en tant que mentors et professionnels de la santé est que le programme de mentorat a considérablement amélioré la capacité du personnel de santé à fournir des soins complets et efficaces aux personnes vivant avec le VIH/sida. Plus

précisément, le personnel de santé a acquis des compétences qui lui permettent de mieux répondre aux besoins complexes de ces personnes, en veillant à ce que les patients reçoivent en temps voulu un diagnostic précis, un traitement approprié et un suivi continu de leur état. Dans les laboratoires, les techniciens ont amélioré leurs compétences techniques et peuvent désormais effectuer des tests cruciaux, tels que la numération des CD4, le TBLam, le Crag et la collecte de la charge virale, directement sur place. Cette capacité permet non seulement de réduire le temps de déplacement des patients, mais aussi d'accélérer la prise de décision clinique et d'améliorer l'efficacité des services. En outre, à la suite du programme de mentorat, certaines cliniques ont adopté un modèle de "guichet unique" pour les services liés au VIH, qui intègre divers services en une seule visite. Ce modèle rationalise les soins aux patients, minimise le besoin de rendez-vous multiples et améliore l'accessibilité globale et la continuité des soins pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

"Je pense que ce programme de mentorat a considérablement amélioré le flux de soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Dans de nombreuses cliniques, les patients peuvent désormais accéder à plusieurs services - comme les analyses de sang, le renouvellement des ordonnances et les rendez-vous cliniques - au cours d'une seule visite. Pour les cliniques qui n'ont pas encore adopté ce modèle de "guichet unique", des efforts sont en cours pour programmer tous les rendez-vous nécessaires le même jour, afin d'alléger le fardeau des déplacements répétés pour les patients. Ce changement d'approche découle directement du mentorat, où nous, les mentors, avons répété à maintes reprises l'importance de maintenir les patients dans le système de soins, d'assurer un diagnostic précoce et d'intervenir rapidement lorsque la maladie à VIH est détectée à un stade avancé."

Mentor

Certains mentors du programme de mentorat en SSR ont également observé un impact positif en comparant les soins fournis aux victimes de violences sexuelles avant et après le mentorat. Auparavant, les soins prodigués à ces patientes se limitaient principalement à des services post-viol axés sur la prophylaxie des IST/VIH. Après le mentorat, les soins sont devenus plus complets, continuant à inclure la prophylaxie des IST/VIH tout en offrant un soutien psychologique lors de la consultation initiale et des visites de suivi pour aider les patientes à surmonter leur traumatisme. Avant le mentorat, il n'y avait pas de soutien suivi disponible. En outre, de nombreux centres de soins de santé ont mis en place des espaces sécurisés pour les enfants survivants de violences sexuelles après le mentorat, ce qui a permis d'améliorer encore la qualité des soins prodigués.

"Je crois sincèrement que ce programme de mentorat a changé notre façon d'aborder les soins post-viol et les services d'avortement sans risque. Auparavant, de nombreux professionnels de santé n'étaient pas à l'aise pour traiter les travailleuses du sexe et les adolescentes victimes de violences sexuelles répétées, souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination. Les victimes, en particulier les travailleuses du sexe et les adolescentes vivant dans des environnements dangereux, demandaient fréquemment des avortements sécurisés, mais les professionnels de la santé répondaient parfois par des commentaires préjudiciables, laissant entendre qu'il fallait blâmer les victimes. Cela a conduit de nombreuses patientes à se sentir mal accueillies et à recourir à des pratiques d'avortement dangereuses au sein de leur communauté. Mais le programme de mentorat, par le biais d'une formation et d'une supervision continue, a modifié ces perceptions, en soulignant l'importance de fournir des services d'avortement sûrs. Les professionnels de la santé comprennent désormais que lorsqu'une femme ou une jeune fille est déterminée à mettre fin à sa grossesse, elle le fera, indépendamment de la légalité ou de la sécurité. En offrant des soins d'avortement sûrs, nous pouvons éviter à ces femmes de risquer leur vie avec des méthodes dangereuses. Le programme a également amélioré la qualité des soins prodigués aux victimes de violences sexuelles, en passant d'un traitement médical immédiat et d'une prophylaxie des IST/VIH à une approche plus holistique comprenant des conseils, un soutien en matière de santé mentale et des soins de suivi."

Mentor, Populations clés & SSR

Dans l'ensemble, la plupart des mentorés et des mentors interrogés ont apprécié le programme de mentorat pour son approche adaptée aux besoins locaux en matière de soins de santé et pour son rôle dans l'amélioration des pratiques cliniques au sein des centres de santé. Cependant, ils ont souligné l'importance d'un mentorat continu, en particulier pour former le nouveau personnel en raison de la forte rotation des professionnels de la santé dans ces cliniques.

"Je pense que l'un des principaux avantages de ce programme de mentorat de MSF est la façon dont il a été organisé, en pensant aux problèmes spécifiques rencontrés par les mentorés dans leur clinique locale. Il ne s'agissait pas simplement d'une formation générale - elle était adaptée à leurs besoins réels, à leurs doutes, au type de patient dont ils s'occupaient, aux ressources disponibles. En travaillant ensemble, je crois que nous avons fait la différence, le changement possible compte tenu de la réalité de chaque clinique et des ressources disponibles. Aujourd'hui encore, je reçois des appels d'anciens mentorés pour discuter de patients spécifiques, pour décider quel serait le meilleur traitement, ou pour savoir où envoyer une personne ayant besoin d'un traitement non disponible dans la clinique locale. Nous avons créé un lien, vous savez ? Ma principale préoccupation est qu'avec autant de personnel qui va et vient, nous devrions aujourd'hui former le nouveau personnel à nouveau. En fait, dans un scénario parfait, le MISAU offrirait un mentorat continu pour maintenir les améliorations et s'assurer que le nouveau personnel puisse également bénéficier de la formation."

Mentor, AHD

COHÉRENCE

COMPOSANTE "MENTORAT" : CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE

Le mentorat dans diverses disciplines de soins de santé a été conçu pour intégrer l'enseignement théorique à une supervision pratique, dans le but de renforcer les compétences techniques et les interactions entre les prestataires et les patients. Ces mentorats ont généralement duré quelques mois et ont été mis en place dans plusieurs cliniques, ce qui a permis aux travailleurs de la santé d'appliquer immédiatement leurs compétences nouvellement acquises dans des contextes réels. Selon la plupart des mentorés, la combinaison de la théorie et des conseils pratiques a non seulement amélioré les compétences techniques, mais a également favorisé une prise en charge plus efficace et plus compatissante des patients.

Renforcement des capacités et mentorat dans le cadre de la décentralisation de l'AHD

Le renforcement des capacités a été un élément clé de la composante de mentorat de la décentralisation de l'AHD à Beira, visant à renforcer la qualité et la durabilité de la prestation des soins de santé. Au départ, les formations traditionnelles en classe pour améliorer les compétences des travailleurs de santé n'ont eu qu'un impact limité. Pour y remédier, la composante de mentorat est passée à un modèle d'apprentissage décentralisé, sur le lieu de travail, soutenu par les preuves de son efficacité.

En particulier, le mentorat en laboratoire s'est concentré sur l'amélioration des pratiques, l'introduction de tests diagnostiques tels que les tests CD4, TB-LAM et CrAg au point de service, et l'alignement sur les meilleures pratiques en matière de soins aux patients. MSF a développé et mis en œuvre une composante de mentorat clinique qui intègre la formation en classe, le mentorat et la

supervision afin d'améliorer de manière holistique les compétences, les connaissances et les attitudes des travailleurs de santé. Utilisant une approche axée sur l'apprentissage des adultes et le personnel, la composante de mentorat a mis l'accent sur l'apprentissage par l'expérience sur le lieu de travail, permettant aux travailleurs de la santé d'appliquer de nouvelles compétences directement dans des situations de la vie réelle. Selon certains mentorés et mentors, cette approche a favorisé à la fois la compétence technique et l'amélioration des soins aux patients.

“Le mentorat et le soutien de MSF nous ont permis d'acquérir des outils clés tels que le test rapide de dépistage de la tuberculose, le dépistage des anticorps anti-crustacés, le test rapide de numération des CD4 (Visitect), autant d'outils qui n'étaient pas disponibles auparavant mais qui sont désormais essentiels pour répondre aux besoins spécifiques des patients diagnostiqués avec l'AHD. Nous pouvons également proposer des avortements moins invasifs en utilisant uniquement des pilules de misoprostol, et la PrEP est mise en œuvre dans de nombreux établissements. Ces évolutions transforment le paysage thérapeutique pour les patientes atteintes de la maladie, celles qui cherchent à obtenir un avortement sans risque et les populations clés. Nous savons maintenant quoi faire et comment le faire ; nous sommes mieux préparés à fournir à la fois des conseils et un traitement.”

Mentorée, Centre de santé de Manga Loforte

Processus du Mentorat

Le mentorat à Beira a été mis en œuvre de mai 2021 à septembre 2023 et s'est étendu à 10 centres de santé sélectionnés. Il a offert une formation complète, mettant l'accent sur des domaines critiques tels que les services conviviaux pour les populations clés, la SSR, et la gestion de l'AHD. La composante de mentorat a été conçue pour durer six mois dans chaque centre de santé, progressant à travers cinq phases structurées et impliquant à la fois le personnel clinique et le personnel de soutien aux patients. À ce jour, environ 124 travailleurs de la santé ont participé activement en tant que mentorés, acquérant une expérience pratique précieuse grâce à une approche d'apprentissage immersive et pratique. Les mentors interrogés étaient des membres du personnel de MSF et du MISAU qui avaient été formés à la fonction de mentor et à la conduite du mentorat.

Conception et phases du mentorat

Le volet "mentorat" a été organisé et mis en œuvre en cinq phases structurées comme suit.

Phase de pré-mentorat (2-4 semaines) : Au cours de cette phase initiale, une évaluation approfondie des besoins et des ressources disponibles dans chaque centre de santé a été réalisée. Cela a permis d'adapter la composante de mentorat aux exigences spécifiques de chaque centre de soins, garantissant ainsi la pertinence et l'efficacité de la réponse aux défis locaux.

Phase de formation en classe (3-5 jours) : Cette phase a consisté à organiser des sessions de formation ciblées sur la santé sexuelle et reproductive, les soins adaptés aux populations clés, la gestion de l'AHD et les services de laboratoire. Ces sessions visaient à fournir au personnel de santé les connaissances essentielles et les compétences pratiques nécessaires pour fournir des soins efficaces et adaptés aux patients.

Phase de mentorat (4-14 semaines) : Après la formation, les travailleurs de la santé ont bénéficié d'un mentorat quotidien, qui les a aidés à appliquer les connaissances nouvellement acquises directement dans leur pratique clinique. Ces conseils pratiques ont favorisé un environnement d'apprentissage dans lequel les participants ont pu gagner en confiance et affiner leurs compétences dans un contexte de soins aux patients en temps réel.

Phase de suivi (3-6 mois) : Au cours de cette phase, les bénéficiaires ont continué à bénéficier d'une supervision et d'un soutien continu. Des discussions de cas hebdomadaires, des sessions mensuelles de retour d'information et une assistance à distance ont permis aux travailleurs de la santé de maintenir et de développer leurs compétences. Cet engagement continu a été développé pour renforcer les compétences acquises pendant la période de mentorat.

Phase de reproduction : Dans la phase finale, des mentorés prometteurs ont été identifiés et invités à participer à un atelier de "formation des formateurs". Ces personnes ont été formées pour devenir elles-mêmes des mentors, dans le but de reproduire le processus de mentorat dans d'autres établissements de soins de santé. Cette phase a été mise en œuvre pour contribuer à la durabilité à long terme et à l'expansion de la composante de mentorat de la décentralisation du VIH à Beira. L'idée sous-jacente était de créer un réseau de mentors locaux capables de transmettre la formation en cascade à d'autres professionnels.

La possibilité de reproduire et d'étendre le mentorat a été généralement considérée comme une idée prometteuse par la plupart des mentorés et des mentors. Cependant, ils ont exprimé plusieurs préoccupations, comme le souligne la discussion de groupe ci-dessous :

« Je pense que l'un des principaux problèmes était que nous n'étions que quelques mentorés dans chaque service, n'est-ce pas ?

- Oui, et on attendait de nous que nous formions tous les autres ! Faire des heures supplémentaires sans rémunération supplémentaire...

- Et ceux qui ne participaient pas au mentorat pensaient que nous étions payés pour cela, vous vous souvenez ?

- Tout à fait. Il y a eu beaucoup de discussions, beaucoup de jalousie... comme si nous étions en quelque sorte meilleurs parce que nous avons participé au programme de mentorat de MSF.

- Et n'oublions pas la rotation des effectifs ! Quelqu'un est formé, puis le MISAU le déplace, et il n'a même pas l'occasion de transmettre ce qu'il a appris. Toutes les connaissances acquises dans le cadre du mentorat s'envolent avec eux.

- Permettez-moi de dire que le mentorat de MSF a été formidable, cela ne fait aucun doute. Il était aussi bon qu'il pouvait l'être. Mais si nous voulons vraiment que cela dure, le MISAU doit prendre les choses en main. MSF ne peut pas faire grand-chose - elle vient, elle aide, puis elle s'en va. Nous l'avons déjà vu. Honnêtement, je ne sais pas si ce mentorat continuera dans nos cliniques, et encore moins s'il sera étendu à d'autres services... »

Discussions de groupe avec des mentorés de Manga Loforte et Ponta Gêa HC

Les programmes traditionnels de formation en classe pour les travailleurs de la santé, en particulier dans le contexte de maladies infectieuses comme le VIH - où les pratiques de gestion évoluent fréquemment - révèlent souvent plusieurs faiblesses:

- **Approche unique** : Le mentorat traditionnel s'appuie souvent sur des programmes standardisés qui peuvent ne pas répondre aux besoins uniques de chaque individu. Cela peut conduire à un désengagement ou à un soutien inadéquat ;
- **Interaction limitée** : La formation en classe limite généralement l'interaction à un cadre formel, ce qui réduit les possibilités de liens personnels et de partage informel d'expériences susceptibles d'améliorer l'apprentissage ;
- **Faible compréhension du contexte et manque d'adaptation** : Les formateurs traditionnels peuvent manquer d'expérience directe des défis spécifiques rencontrés par leurs élèves, ce qui rend leurs conseils moins pertinents et plus difficiles à comprendre ;
- **Privilégier la théorie à la pratique** : les programmes de formation traditionnels en salle de classe peuvent privilégier les connaissances théoriques à l'application pratique, laissant les mentorés sans préparation pour faire face aux situations de la vie réelle.

Dans le projet de Beira, la supervision a permis de remédier à certaines de ces limitations. Cependant, certains mentorés et mentors ont encore perçu ces supervisions comme étant chronophages, comme nous pouvons le voir dans la citation ci-dessous.

"Il était déroutant d'avoir le mentorat pendant nos heures de travail, et nous nous sentions parfois à la limite, sans pouvoir faire l'une ou l'autre chose au mieux de nos capacités : le mentorat et les soins aux patients. Le manque de soutien financier a été une préoccupation majeure et une des principales raisons pour lesquelles de nombreux professionnels de la santé ont décidé de ne pas participer au mentorat. Après tout, vous consacrez des heures à la formation pour améliorer votre pratique mais aussi les indicateurs de la clinique."

Mentorée du centre de santé de Nhaconjo

Un modèle de mentorat entre pairs, dans le cadre de la stratégie de décentralisation, pourrait améliorer la relation et la confiance entre les mentors et les mentorés. Les mentors pairs pourraient offrir un soutien plus personnalisé et spécifique au contexte en adaptant leurs conseils aux circonstances uniques de chaque mentoré, plutôt que de s'appuyer sur des évaluations standardisées. Des besoins différents peuvent nécessiter des approches, des contenus et des calendriers adaptés.

En outre, le mentorat par les pairs peut favoriser un sentiment de communauté et d'appartenance, ce qui pourrait être particulièrement bénéfique pour les personnes qui gèrent des conditions de santé stigmatisées comme le VIH ou celles qui s'occupent des populations clés dans le cadre du projet Beira. Ce type de soutien a le potentiel d'influencer positivement la motivation et l'adhésion au traitement, contribuant ainsi à l'amélioration des résultats, comme le suggère cette évaluation.

"En tant que travailleur de santé pair et mentor, je pouvais comprendre les difficultés de mes collègues parce que j'étais à leur place. Il ne s'agissait pas de cocher des cases ou de suivre un scénario ; il s'agissait de comprendre les défis spécifiques qu'ils rencontraient dans leurs activités quotidiennes et de les aider à trouver des solutions pratiques adaptées au contexte de ce centre de soins spécifique. Cette approche les a rendus plus ouverts aux commentaires et j'ai pu constater qu'ils se sentaient plus soutenus, ce qui est très important, surtout lorsqu'il s'agit de questions sensibles comme les soins liés au VIH et le travail avec des populations clés. Beaucoup d'anciens mentorés m'appellent encore pour discuter de quelque chose qui s'est passé dans leur journée, ou pour me demander des conseils sur un cas plus compliqué."

Mentor, AHD

ALIGNEMENT SUR LES PLANS ET POLITIQUES STRATEGIQUES EN MATIERE DE VIH/SIDA

La composante mentorat de la décentralisation de l'AHD à Beira s'aligne sur les politiques et directives nationales en matière de VIH, renforçant la capacité locale à fournir des soins et des traitements de qualité, bien qu'il y ait encore des domaines à améliorer. Cette approche soutient la transition des soins hospitaliers centralisés vers les services communautaires, en relevant les défis clés décrits dans des documents tels que le **"Guide MSF VIH/TB"** et le **"Guide du programme de mentorat clinique"**. En fournissant une formation et un soutien sur mesure, la composante mentorat contribue à la réalisation des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA, qui se concentrent sur le diagnostic, le traitement et la suppression virale pour 95 % des personnes vivant avec le VIH.

Cette composante de mentorat favorise la collaboration entre le ministère de la santé et les agents de santé communautaires, ce qui contribue à améliorer la prestation de services et la rétention des patients tout en restant conforme au cadre national de lutte contre le VIH du Mozambique. L'intégration du mentorat dans les soins décentralisés a permis de renforcer l'expertise et les capacités locales, ce qui garantit l'accessibilité des soins, en particulier pour les populations vulnérables et marginalisées. Cela contribue à son tour à réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH, en favorisant un accès plus équitable aux soins de santé.

Au Mozambique, les agents de santé communautaire, y compris la *"mãe mentora"* (maman mentor) et le *"homem campeão"* (homme champion), jouent un rôle clé dans l'approche, la liaison et la rétention des patients dans les soins. Bien que ces agents de santé communautaire n'aient pas été formellement inclus comme mentor dans le programme de mentorat de MSF, l'initiative a indirectement influencé et soutenu leur travail dans le cadre plus large de la santé communautaire. Les agents de santé communautaire ont bénéficié d'améliorations dans les pratiques de soins de santé encouragées par le mentorat, ce qui a conduit à une approche plus centrée sur le patient et à une meilleure communication entre les établissements de soins de santé et la communauté. En favorisant les interactions informelles et les partenariats avec les activistes, le projet a contribué à améliorer les résultats des soins liés au VIH et à la tuberculose grâce à un réseau de collaboration et de soutien.

"Grâce à ce mentorat, nous avons constaté une collaboration beaucoup plus étroite entre nos bénéficiaires et les agents de santé communautaires, comme la "mãe mentora" et le "homem campeão". Même s'ils ne faisaient pas officiellement partie du mentorat, ils travaillent en étroite collaboration avec les mentorés formés aux soins d'AHD et des populations clés. Par exemple, si un patient manque son renouvellement d'ARV, les mentorés font souvent appel à ces travailleurs communautaires pour localiser le patient et lui rappeler son rendez-vous. Si un travailleur communautaire identifie une personne, comme une travailleuse du sexe, qui a besoin de soins, il l'accompagne souvent à la clinique, sachant exactement à qui s'adresser - les personnes formées aux soins des populations clés qui sont sensibles à leurs besoins spécifiques. Cette amélioration de la communication entre les mentorés et les travailleurs communautaires a facilité le suivi, garantissant que les patients restent pris en charge. Il s'agit d'une étape importante pour s'assurer que même les populations les plus vulnérables ne soient pas laissées pour compte."

Mentor, AHD et Populations clés

COHERENCE AVEC LES AUTRES ACTIVITES DE DECENTRALISATION DU PROJET

La composante mentorat de la décentralisation de l'AHD à Beira semble être bien alignée avec d'autres efforts de décentralisation menés par le MISAU, tels que l'appui logistique aux établissements de santé locaux. Grâce à une formation ciblée, le programme de mentorat complète les activités logistiques telles que la gestion de l'approvisionnement en médicaments et l'appui aux laboratoires, permettant aux établissements locaux d'améliorer leurs services VIH. Cette approche intégrée est cruciale car elle renforce la chaîne d'approvisionnement et pourrait améliorer la disponibilité des ressources essentielles telles que les outils de diagnostic.

Cependant, de nombreux mentorés et mentors ont fait part de leurs préoccupations concernant les problèmes récurrents de la chaîne d'approvisionnement qui ont fréquemment perturbé les activités de laboratoire et la disponibilité des traitements pour les infections opportunistes. Comme l'a exprimé une mentorée de Chingussura HC:

"Pendant le mentorat, MSF a veillé à ce que nous disposions de toutes les fournitures nécessaires pour les tests de laboratoire, du matériel de bureau, des formulaires pour enregistrer les résultats des patients et des outils pour les suivis. Cependant, notre réalité actuelle est difficile. Bien que nous ayons maintenant les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir d'excellents soins, nous sommes fréquemment confrontés à des pénuries de fournitures de laboratoire. Le MISAU envoie souvent moins de fournitures que ce que nous demandons, et nous manquons régulièrement de formulaires essentiels pour enregistrer les informations sur les patients et les résultats de laboratoire. Le programme de mentorat a été une formation extraordinaire, mais nous sommes maintenant aux prises avec une situation difficile où le manque de fournitures nous empêche de mettre pleinement en œuvre les stratégies et les compétences que nous avons apprises pendant le mentorat de MSF."

Cela souligne la nécessité d'une meilleure coordination pour garantir que les ressources nécessaires sont disponibles en permanence, ce qui permet aux travailleurs de la santé d'appliquer les compétences et les connaissances acquises dans le cadre du mentorat.

Les mentors et les représentants du MISAU ont considéré le volet mentorat de la décentralisation comme une occasion de renforcer la collaboration entre le gouvernement central et les cliniques de soins de santé locales, contribuant ainsi au processus plus large de décentralisation. Cette collaboration a été considérée comme essentielle pour renforcer le rôle de la gouvernance locale dans la prestation des soins de santé et promouvoir un engagement durable des autorités locales et nationales pour soutenir les modèles de services décentralisés. Cependant, malgré ces intentions positives, certaines lacunes dans la coordination ont été constatées. La composante de mentorat avait le potentiel de contribuer à des améliorations systémiques plus larges, contribuant aux efforts plus larges du MISAU pour améliorer l'efficacité, la durabilité et l'extensibilité de la réponse nationale au VIH.

MSF a soutenu ces efforts non seulement en offrant la composante de mentorat, mais aussi en améliorant la gestion des stocks des laboratoires et en contribuant à l'amélioration des infrastructures, ce qui a complété l'initiative de mentorat. Cependant, comme l'a fait remarquer un représentant du MISAU, des opportunités de collaboration et d'alignement entre les efforts de MSF et les programmes existants du MISAU ont été manquées.

« Je pense qu'il y avait une faiblesse importante dans une stratégie par ailleurs solide, le mentorat de MSF. Le MISAU avait déjà mis en place une initiative similaire de formation sur le VIH, MSF n'a donc pas eu besoin de partir de zéro. S'il y avait eu un partenariat dès le début, MSF aurait pu compléter le programme existant du MISAU, en particulier en mettant l'accent sur l'AHD, qui était absent de la formation du MISAU. Il ne s'agissait pas de créer un programme distinct et parallèle, mais d'améliorer ce qui existait déjà. Maintenant que le mentorat de MSF est terminé, nous sommes revenus à l'ancien système de formation, qui ne met pas l'accent sur l'AHD. Si MSF et le MISAU avaient collaboré plus tôt, nous aurions pu disposer d'un programme entièrement intégré et prêt à l'emploi. »

COHERENCE AVEC D'AUTRES INTERVENTIONS AU MOZAMBIQUE

Bien que les évaluateurs n'aient pas été en mesure d'interroger d'autres ONG et parties prenantes impliquées dans la décentralisation des services d'AHD à Beira, des informations précieuses concernant les interventions complémentaires ont été obtenues par le biais d'une revue de la littérature et d'entretiens avec des membres de centres de santé. Le Mozambique bénéficie d'un financement pour la lutte contre le VIH, qui comprend des ressources pour le dépistage, le renforcement des capacités des laboratoires et l'achat de médicaments. Dans les dix centres de santé qui ont été encadrés par MSF dans le cadre de l'initiative de décentralisation, les médicaments sont fournis par The Global Fund. Cet arrangement nécessite que le personnel des centres de santé possède les aptitudes et les compétences requises pour une gestion efficace des médicaments, ce qui englobe tout, des pratiques de prescription à la gestion de la pharmacie et de la chaîne d'approvisionnement. Le volet "mentorat" visait à renforcer les capacités du personnel, ce qui devrait contribuer à améliorer la gestion des médicaments et de la pharmacie. Avant la mise en œuvre de la

composante "mentorat", les lacunes identifiées indiquaient un besoin urgent de renforcer les capacités de gestion des maladies à VIH avancé au niveau du centre de santé, en particulier à la lumière de l'introduction de nouveaux médicaments divers fournis par des partenaires externes, notamment The Global Fund dans le contexte de Beira. Cette observation souligne la cohérence entre la composante de mentorat de l'effort de décentralisation mis en œuvre par MSF et d'autres interventions menées par différentes organisations, telles que les initiatives de dépistage du VIH et d'approvisionnement en médicaments. L'une des limites de cette évaluation est toutefois son incapacité à explorer en profondeur les activités entreprises par d'autres ONG ou entités de financement, telles que le PEPFAR, The Global Fund et la Banque mondiale, qui sont les principaux contributeurs à la lutte contre le VIH au Mozambique.

EFFICACITÉ

ROLES ET RESPONSABILITÉS DES MENTORS

Des entretiens approfondis avec les mentors ont mis en lumière leurs rôles et responsabilités dans le cadre du mentorat. Ces mentors, choisis pour leur expertise dans des domaines clés tels que les services de laboratoire, la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle et infantile et la santé respiratoire aiguë, étaient des employés expérimentés de MSF chargés de fournir des conseils et un soutien à leurs collègues afin d'améliorer la prestation des soins de santé dans les cliniques locales. La plupart des mentors ont reçu une formation spécialisée alignée sur leurs domaines d'intervention, les préparant à partager efficacement leurs connaissances et à offrir un soutien pratique. Cependant, quelques mentors ont mentionné avoir commencé leur rôle de mentor sans formation adéquate, comme le reflète la citation ci-dessous.

"Avant que le projet de mentorat ne commence, je travaillais déjà avec MSF, visitant des cliniques de santé pour offrir une supervision informelle et des conseils en matière de santé sexuelle et reproductive. Lorsque le projet de mentorat a démarré, on m'a demandé de devenir mentor sans aucune formation formelle, MSF supposant que mon expérience antérieure suffirait pour ce rôle. Cependant, les débuts ont été précipités et le manque de formation structurée m'a fait me sentir dépassée et peu sûre de moi. J'ai dû m'appuyer fortement sur les réunions hebdomadaires avec d'autres mentors pour partager les défis et trouver des solutions, et je me suis souvent tournée vers le superviseur du mentorat pour obtenir des conseils. Même si j'avais de l'expérience en matière de formation informelle, je n'étais pas familiarisée avec l'approche structurée, les lignes directrices et les exigences en matière de rapports du projet de mentorat, que j'ai dû découvrir par moi-même. Avec le temps, je me suis sentie plus à l'aise dans mon rôle, mais je pense qu'une formation adéquate au préalable aurait été incroyablement utile."

Mentor

Les mentors ayant une expérience de travail en laboratoire ont joué un rôle essentiel dans l'amélioration des pratiques de laboratoire et de la précision des diagnostics. Ceux ayant de l'expérience dans les cliniques mobiles et la santé sexuelle et reproductive se sont concentrés sur l'éducation autour de sujets essentiels, y compris les violences sexuelles et basées sur le genre. Les

mentors spécialisés dans les soins du VIH et les services aux populations clés ont travaillé en étroite collaboration avec les professionnels de la santé pour gérer les cas complexes de VIH et répondre aux besoins spécifiques des populations vulnérables, en veillant à ce que des soins complets et inclusifs soient disponibles.

Malgré quelques difficultés initiales - comme le fait d'assumer leur rôle sans formation formelle - les mentors se sont rapidement adaptés, s'appuyant sur leur expérience antérieure et leur collaboration fréquente avec les collègues de MSF pour surmonter les incertitudes. Cette flexibilité leur a permis de remplir avec succès leurs fonctions de mentor, même dans des environnements de soins de santé complexes et en constante évolution.

"J'ai travaillé avec MSF en tant que point focal dans le domaine des soins avancés du VIH et, en raison de mon expérience antérieure, j'ai été sélectionné pour rejoindre le programme de mentorat en tant que mentor. Cependant, j'ai commencé à jouer ce rôle sans aucune formation formelle et n'ai reçu une formation au mentorat de la part de MSF qu'après avoir commencé le mentorat. Malgré cela, je me suis rapidement adapté car j'étais déjà bien familiarisé avec la gestion de l'AHD, ce qui m'a permis de guider efficacement mes mentorés. Aujourd'hui encore, certains mentorés me demandent des conseils sur des cas spécifiques, comme l'ajustement des régimes ARV ou la gestion d'infections opportunistes particulières. Je suis toujours heureux d'aider et de fournir des conseils lorsque c'est nécessaire."

Mentor, AHD

Dans l'ensemble, la plupart des mentors interrogés ont déclaré se sentir bien formés et soutenus par MSF, ce qui leur a permis d'exceller dans leurs responsabilités. Ils considèrent leur implication dans les cliniques locales comme essentielle, non seulement pour le transfert de compétences, mais aussi pour l'amélioration de la prestation de services et la contribution au succès de l'initiative de décentralisation. Leur expertise diversifiée, combinée à une approche de mentorat structurée, a joué un rôle essentiel dans le développement des capacités des professionnels de santé et dans le renforcement des efforts de décentralisation dans la région.

Comme l'a fait remarquer l'un des mentors, un technicien de laboratoire :

"Grâce au mentorat, je me suis senti capable non seulement de partager mon expertise, mais aussi de transformer véritablement la manière dont les soins de santé sont dispensés dans les cliniques. Il ne s'agissait pas seulement de former, mais de créer un changement durable en dotant mes collègues des compétences et de la confiance dont ils ont besoin pour fournir de meilleurs soins, en particulier à ceux qui en ont le plus besoin. Le soutien de MSF m'a donné les outils pour guider les autres, et voir l'impact sur le personnel et les patients a été incroyablement gratifiant."

Diversité des rôles dans la décentralisation des soins liés au VIH

Les discussions de groupe avec 28 mentorés (sur un total de 124 ayant bénéficié du mentorat de MSF) ont mis en évidence les divers rôles et responsabilités des participants dans la prestation de services liés au VIH, ce qui semble contribuer à la perception globale de l'efficacité de la composante mentorat dans le cadre de la décentralisation des soins liés au VIH. Ces mentorés, y compris le personnel de laboratoire et les prestataires de soins aux patients, ont joué un rôle crucial en garantissant des résultats positifs. Le personnel de laboratoire était chargé d'effectuer les tests, d'organiser les fournitures, de demander des kits de réactifs et d'enregistrer les résultats, ce qui garantissait des diagnostics précis et opportuns pour une prise en charge efficace des patients.

"Le programme de mentorat m'a donné une occasion incroyable d'approfondir mes connaissances sur les soins avancés en matière de VIH et de mieux comprendre les besoins spécifiques des populations clés. Pour les patients séropositifs, j'ai considérablement amélioré mon approche en passant plus de temps avec chaque individu, en les évaluant soigneusement sur le plan clinique, en leur posant des questions sur les signes et les symptômes et en m'assurant qu'ils sont en bonne santé avant de leur prescrire des ARV ou de fixer leur prochain rendez-vous. En cas d'incertitude, je demande immédiatement un test CD4. Les patients dont le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm³ sont orientés vers des tests supplémentaires, comme le dépistage de la tuberculose, et si tout se passe bien, ils repartent avec le traitement dont ils ont besoin contre les infections opportunistes. Le même niveau d'attention est désormais accordé aux populations clés, et je me sens mieux informée et plus sensible à leurs besoins, ce qui me permet d'offrir de meilleurs conseils, des tests de dépistage du VIH, PrEP, et autre. Le mentorat était exactement ce dont j'avais besoin en tant que professionnel de la santé pour mieux servir ma communauté."

Mentoré, Nhaconjo HC

Les prestataires de soins aux patients se sont concentrés sur le conseil, la promotion de l'adhésion aux ARV, l'orientation des patients vers des soins spécialisés et le suivi des patients pour améliorer la rétention - des tâches critiques pour assurer la continuité du traitement et de meilleurs résultats en matière de santé. Certains mentorés ont travaillé spécifiquement avec les populations clés, d'autres dans des unités de santé mobiles, offrant des services tels que la PrEP, le conseil et le traitement pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les zones sensibles. Cette approche a permis d'étendre les services de santé aux groupes marginalisés qui se heurtent souvent à des barrières d'accès.

D'autres travaillaient dans les services de soins prénatals et de maternité, offrant des services de conseil en matière de VIH, de dépistage rapide et de prévention de la transmission mère-enfant, afin d'améliorer l'intervention précoce et de réduire les risques de transmission du VIH. Quelques participants aux discussions de groupe ont participé à la prestation de Soins d'Avortement Sécurisés, répondant à des besoins plus larges en matière de santé sexuelle et reproductive. La collaboration avec les pairs éducateurs et les organisations communautaires, selon quelques mentorés, a contribué à améliorer l'impact du mentorat, permettant aux mentorés de mieux engager et retenir les populations clés dans les soins grâce à des services tels que la PrEP, la PEP et le dépistage rapide - des composantes essentielles de la prévention et du traitement du VIH.

"Je sortais avec la clinique mobile et je leur parlais - travailleurs du sexe, hommes gays, transsexuels. Au fil du temps, ils ont appris à me connaître, à m'apprécier, et ils attendaient même notre voiture au même endroit, au jour et à l'heure prévus, pour demander des examens, des médicaments et d'autres services. Finalement, ils ont commencé à venir à la clinique en me demandant spécifiquement. Je suis devenu un point de référence pour eux. Le mentorat de MSF m'a vraiment permis d'améliorer ma capacité à fournir de meilleurs conseils et soins, en particulier pour les populations clés atteintes d'une maladie à VIH à un stade avancé. Je sais maintenant comment communiquer plus efficacement avec eux et je sais qu'il est important de s'assurer qu'ils reçoivent des soins en temps voulu. Si quelqu'un manque un rendez-vous, nous travaillons avec des agents de santé communautaires comme les "mãe mentoras" pour le ramener à la clinique. C'est vraiment un effort de groupe."

Mentoré, Manga Mascarenhas HC

Ces rôles variés témoignent d'une approche intégrée de la fourniture de soins VIH dans les cliniques locales, garantissant, au mieux des ressources locales, que les services sont adaptés pour répondre aux divers besoins des différents groupes de patients et soutenant le succès global de la composante de mentorat de la décentralisation de la lutte contre le VIH à Beira.

CONNAISSANCES ET CONFIANCE DES MENTORÉS

Participation au mentorat

Au total, 124 participants ont pris part à la composante de mentorat de l'initiative de décentralisation de la lutte contre le VIH dans 10 centres de santé de Beira. Collectivement, ils ont participé à 181 sessions de formation. La répartition des participants par zone de mentorat et par centre de santé est présentée dans le tableau ci-dessous.

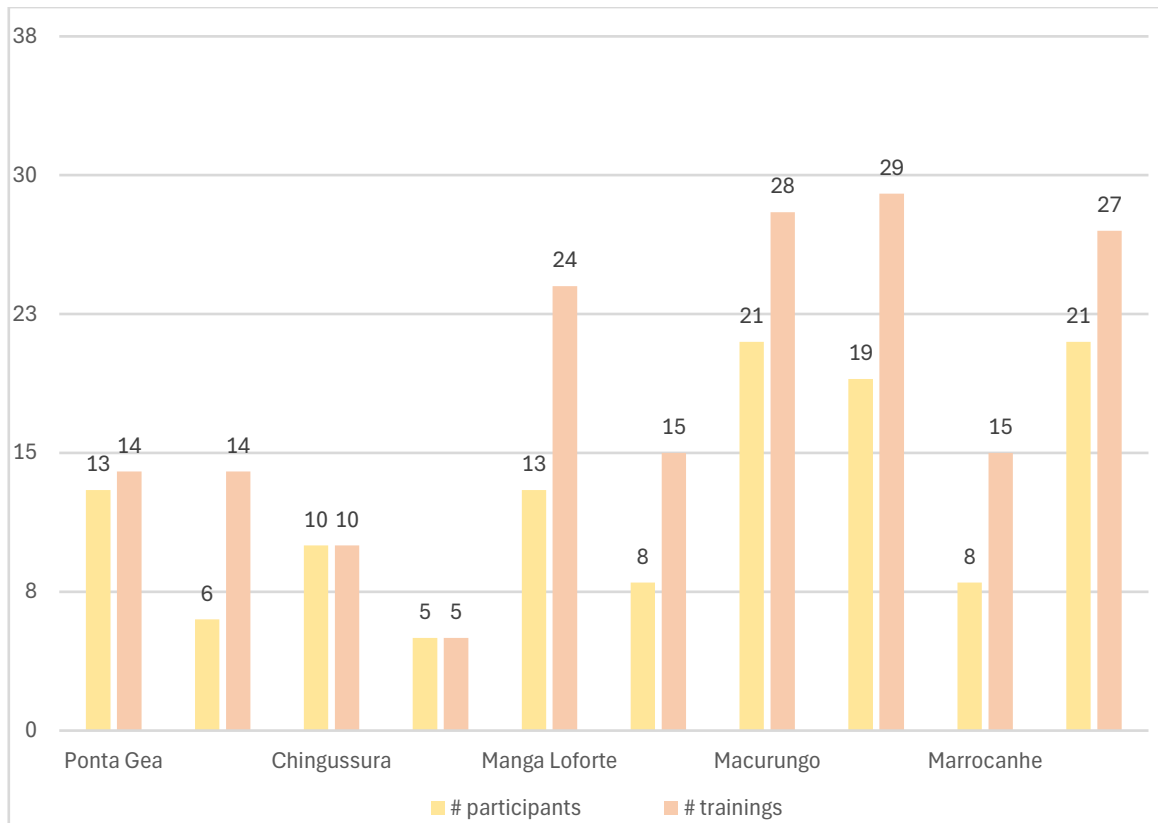


Figure 2. Nombre de participants, par formation et par centre de santé

Le nombre de participants au volet "mentorat" a varié considérablement d'un centre de santé à l'autre, ce qui s'explique en grande partie par la taille différente des établissements. Cependant, tous les centres ont reçu une formation de mentorat en matière d'AHD, de populations clés et de SSR et certains ont également bénéficié d'un mentorat sur les meilleures pratiques en matière de laboratoire et de pharmacie.

Parmi ceux qui ont participé à la formation, les niveaux d'engagement - mesurés par les activités enregistrées dans les carnets de bord - étaient supérieurs à 85 % dans tous les centres de santé. Les graphiques ci-dessous montrent que les taux de participation ont dépassé 85 % dans tous les centres de santé et pour tous les mentorats.

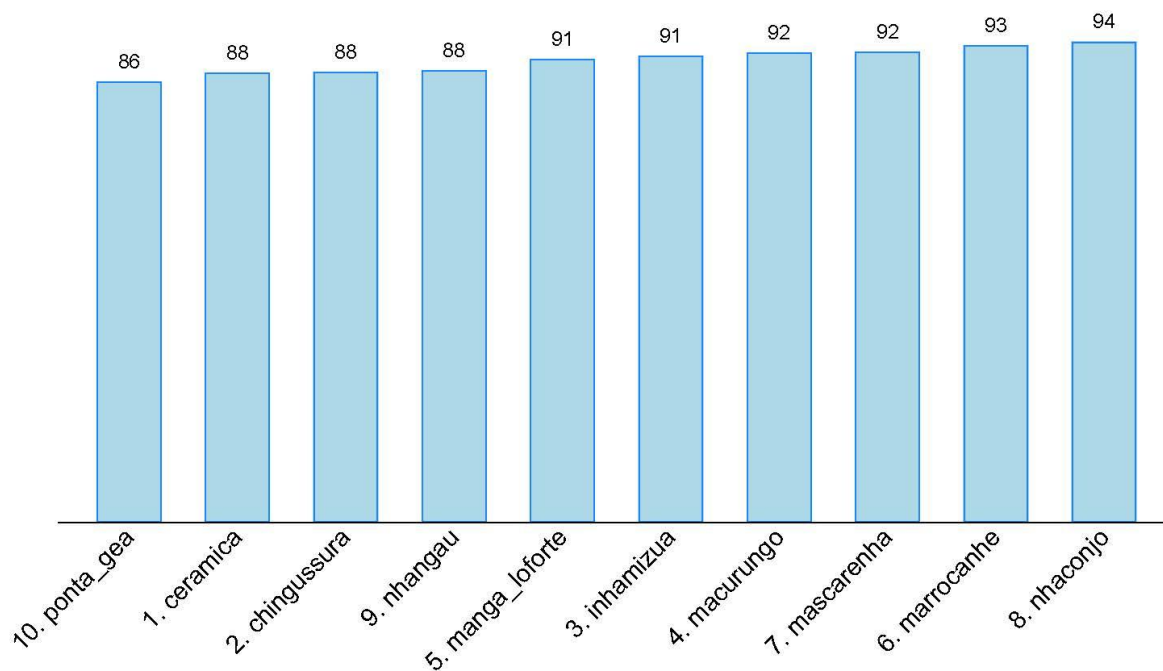


Figure 3. Participation moyenne par centre de santé

Le graphique ci-dessous illustre la participation au mentorat dans les différents modules de formation, avec des taux de couverture allant de 85 % pour la formation en AHD et en populations clés à 96 % pour la santé sexuelle et reproductive. Ces chiffres de participation soulignent l'implication des travailleurs de la santé de différents centres de santé, garantissant que les domaines clés tels que la gestion du VIH, la santé sexuelle et reproductive et les services pour les personnes infectées par le VIH ont été abordés de manière adéquate dans le cadre de la formation.

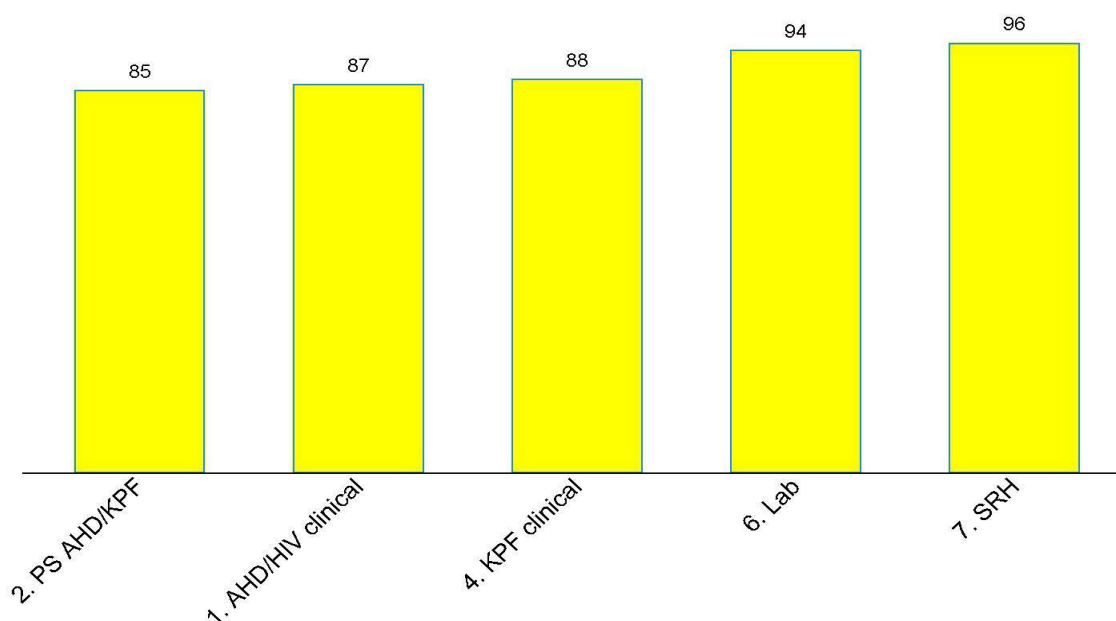


Figure 4. Participation moyenne (%) par mentorat

Les discussions et l'analyse des données ont révélé que la participation au mentorat n'équivalait pas nécessairement à un engagement total ou au développement de compétences chez les personnes conseillées. Bien que des protocoles d'accord aient été signés avec les établissements de santé et le ministère de la Santé (MISAU), et que les participants aient été sélectionnés ou désignés par leurs superviseurs, cela n'a pas garanti leur motivation ou leur investissement dans le mentorat. Dans certains cas, les mentorés ont considéré l'apprentissage de nouvelles compétences - comme la gestion de l'AHD - comme un fardeau supplémentaire à leur charge de travail déjà exigeante, en particulier en l'absence d'incitations ou de récompenses pour leur participation.

"Il était difficile de trouver un équilibre entre le mentorat et les soins aux patients pendant nos heures de travail - nous nous sentions souvent à bout de souffle, et aucune des deux tâches n'était accomplie au mieux de nos capacités. Une autre préoccupation majeure était le manque de soutien financier. De nombreux professionnels de santé ont choisi de ne pas participer au mentorat pour cette raison. Vous faites des heures supplémentaires pour améliorer non seulement votre propre pratique, mais aussi les indicateurs de performance de la clinique, n'est-ce pas ? Tous les membres de notre groupe sont d'accord pour dire que même une petite incitation financière ferait une énorme différence et inciterait davantage de personnes à s'engager dans la formation."

Mentoré, Macurungo HC

Certains défis spécifiques ont été rencontrés par le mentorat en ce qui concerne la participation et l'engagement des mentorés et des mentors. Les mentors ont rencontré plusieurs défis majeurs au cours de leur travail dans la composante mentorat de la décentralisation de l'AHD:

1. **Résistance des professionnels de santé** : De nombreux professionnels de santé étaient initialement réticents à participer au mentorat. Certains se sentaient confiants dans leurs pratiques existantes et ne voyaient pas la nécessité d'une formation supplémentaire, en particulier dans des domaines sensibles tels que l'avortement et la santé sexuelle et génésique. Les croyances culturelles et religieuses entourant l'avortement ont encore renforcé la résistance, certains travailleurs estimant que le mentorat sur la santé sexuelle et reproductive encourageait le "meurtre de bébés". Dans certains cas, la stigmatisation des travailleurs du sexe et d'autres groupes des populations clés a continué à entraver la fourniture de soins sur le site, malgré les efforts du mentorat pour aborder ces questions. Les citations suivantes résument les perceptions fréquentes des mentors:

"Au début, de nombreux professionnels de la santé ne voulaient pas participer. Ils avaient l'impression de tout savoir, surtout en ce qui concerne les soins liés à l'avortement. Il a été difficile de les convaincre qu'il ne s'agissait pas seulement de procédures, mais aussi d'apporter aux patientes le soutien dont elles avaient besoin. Les croyances culturelles sont profondes et il a fallu beaucoup de temps et de patience pour vaincre cette résistance."

Mentor

"Au début, c'était très difficile ! De nombreux techniciens de laboratoire étaient réfractaires au changement - ils ne voulaient pas abandonner leurs anciennes pratiques ni apprendre de nouvelles procédures. Les laboratoires étaient désorganisés, sans procédures opératoires normalisées, ni gestion adéquate des approvisionnements. Nous manquions souvent de matériel essentiel parce qu'il n'y avait pas de système en place pour suivre les stocks ou passer des commandes en temps voulu. Pire encore, ils ne conservaient aucun dossier de laboratoire pour les patients ; une fois que les résultats étaient remis au patient, c'était tout. Si le patient les perdait, ou si un médecin avait besoin de vérifier ses antécédents, il n'y avait aucune information dans le dossier. Il nous a fallu beaucoup d'efforts, mais nous avons fini par organiser les laboratoires, mettre en place des procédures opératoires normalisées et former les techniciens au contrôle des stocks. Aujourd'hui, même si un nouveau technicien arrive, il sait exactement ce qu'il doit faire. Le mentorat a vraiment amélioré la qualité des services et les résultats pour les patients - les patients n'ont plus besoin de voyager loin pour des tests comme le CD4 et la charge virale, ils peuvent tout obtenir dans leur clinique locale."

Mentor



Figure 5. Diagrammes et algorithmes de test au Centre de Santé de Cérâmica

Comme le montre cette image du centre de santé Cerâmica, des diagrammes et des algorithmes de test sont facilement disponibles dans les cliniques pour guider la prise en charge des patients, conformément aux directives fournies pendant le mentorat de MSF.

2. **Manque de formation formelle pour les mentors** : Plusieurs mentors ont commencé à jouer leur rôle sans préparation formelle. Ils se sont donc sentis dépassés et mal préparés, en particulier lorsqu'ils ont été confrontés à des processus de mentorat structurés, à des lignes directrices et à des exigences en matière de rapports. Ils ont souvent compté sur le soutien de leurs pairs et les conseils de leur superviseur pour faire face à leurs nouvelles responsabilités. Une formation formelle avant le début du mentorat aurait considérablement

amélioré leur état de préparation. La citation suivante illustre un sentiment commun exprimé par les mentors qui ont commencé leur rôle sans formation préalable.

“Lorsque j'ai commencé à travailler comme mentor, je pensais que mon expérience suffirait, mais je me suis vite rendu compte que je n'étais pas préparée à un mentorat structuré. Il y avait tellement de lignes directrices et d'exigences en matière de rapports que j'ai dû apprendre sur le tas. C'était accablant au début, et j'aurais vraiment aimé que nous ayons une formation formelle avant d'être jetés dans le rôle.”

Mentor

3. **Des cliniques surchargées de travail et en sous-effectif** : Les mentors ont souvent trouvé des travailleurs de santé débordés par leur charge de travail, ce qui les a fait hésiter à s'engager pleinement dans le mentorat. Beaucoup considèrent la formation comme une charge supplémentaire sans compensation financière, ce qui contribue à un manque de motivation et d'engagement à mettre en pratique les compétences acquises. La citation ci-dessous reflète une perception commune de la résistance au changement de routine chez les personnes guidées.

“Les techniciens de laboratoire étaient déjà très sollicités et leur demander d'apprendre de nouvelles procédures revenait à jeter de l'huile sur le feu. Ils étaient ancrés dans leurs habitudes et les convaincre de la nécessité d'un changement a été l'une des parties les plus difficiles. J'ai dû leur montrer, étape par étape, que ces changements faciliteraient leur travail à long terme.”

Mentor

4. **Désorganisation dans les cliniques** : De nombreuses cliniques ne disposaient pas de procédures opérationnelles normalisées, d'une gestion appropriée des stocks et d'approches systématiques des soins. Les mentors, en particulier ceux qui se concentrent sur les services de laboratoire, ont été confrontés à la tâche ardue d'améliorer l'efficacité opérationnelle dans des environnements désorganisés. L'absence d'une bonne tenue des dossiers et d'une bonne gestion des approvisionnements a encore compliqué leurs efforts, comme l'illustre la citation suivante :

« Les laboratoires étaient en désordre : pas d'inventaire approprié, pas d'enregistrement des résultats des patients et des pénuries constantes de fournitures. J'avais l'impression de mener une bataille acharnée rien que pour mettre en place les éléments de base. Mais je savais que si nous ne réglions pas ces problèmes, la qualité des soins ne s'améliorerait jamais. »

Mentor

5. **Forte rotation des mentorés** : Les transferts fréquents de personnel ont perturbé la continuité du mentorat. Les mentorés ont souvent été transférés dans différentes cliniques avant de terminer leur formation, ce qui a entravé l'efficacité à long terme du mentorat et la continuité des soins dans certaines régions. De nombreux mentors ont exprimé leur frustration face à l'impact du taux élevé de rotation du personnel dans les cliniques de soins de santé, comme l'indique la citation ci-dessous.

“Il était frustrant de commencer à encadrer un groupe de travailleurs de la santé et de les voir transférés dans une autre clinique à mi-parcours de la formation. Cela perturbait tout et rendait difficile le maintien de la continuité nécessaire à de réels progrès. Nous avons besoin d'une meilleure coordination pour nous assurer que les mentorés puissent terminer le mentorat sans interruption.”

Mentor

6. **L'impact sur la santé mentale** : Le traitement de cas traumatisants, tels que les cas de plus en plus nombreux de viols d'enfants, a laissé certains mentors émotionnellement dépassés. De nombreux mentors ont reconnu la nécessité d'un soutien en matière de santé mentale pour aider les professionnels de santé à traiter leurs expériences, car la charge émotionnelle de leur travail affecte à la fois leur vie personnelle et leur capacité à fournir des soins, comme l'illustre la citation suivante :

“Les jours les plus difficiles étaient ceux où je travaillais avec des victimes de violences sexuelles, en particulier des jeunes filles. Après avoir vu tant de cas traumatisants, je rentrais chez moi en me sentant engourdie, et cela a commencé à affecter ma vie de famille. Les mentors comme moi ont besoin de plus de soutien en matière de santé mentale pour faire face à ces expériences.”

Mentor

7. **Détournement de médicaments et problèmes liés au marché noir** : Dans le cadre du mentorat en SSR, dans quelques cliniques de soins de santé, les mentors ont été confrontés à des problèmes de détournement de médicaments essentiels comme la mifépristone et le misoprostol, qui étaient parfois vendus sur le marché noir. Cela compromettait la disponibilité d'options d'avortement sûres et créait des défis supplémentaires pour s'assurer que les patientes recevaient des soins appropriés, comme le montre la citation suivante:

“L'un des plus grands défis auxquels nous avons été confrontés a été la disparition de médicaments essentiels comme la mifépristone et le misoprostol. Nous avons découvert par la suite qu'ils étaient vendus sur le marché noir, ce qui a rendu encore plus difficile la fourniture de soins d'avortement sûrs. Lorsque les médicaments n'étaient pas disponibles, les patientes se retrouvaient sans les options dont elles avaient besoin, ce qui compromettait vraiment la qualité des soins que nous essayions d'offrir.”

Mentor

8. **Collaboration et communication inadéquates** : La mauvaise communication entre MSF et les directeurs de clinique a parfois perturbé les sessions de mentorat, les mentorés étant retirés pour d'autres tâches. Le manque de coordination entre les organisations a également conduit les mentorés à manquer des sessions de formation critiques en raison d'engagements antérieurs ou de conflits d'horaires, comme l'illustre la citation ci-dessous :

"Il y a eu des moments où le manque de communication a vraiment gâché les choses. Nous étions au milieu d'une session de mentorat, et les mentorés étaient retirés pour d'autres tâches parce que les directeurs de clinique n'étaient pas sur la même longueur d'onde. En outre, de nombreux mentorés ont manqué des séances de formation importantes en raison de conflits d'horaires qui auraient pu être évités grâce à une meilleure coordination."

Mentor

Ces défis soulignent collectivement la complexité de la mise en œuvre d'un mentorat dans des environnements de soins de santé limités en ressources et culturellement diversifiés.

Améliorations spécifiques apportées aux mentorés par le mentorat

Malgré les défis présentés ci-dessus, il existe des preuves irréfutables de l'amélioration des compétences et des connaissances des mentorés, comme l'attestent les graphiques ci-dessous. La **figure 6** montre l'augmentation en pourcentage des résultats du post-test pour tous les centres de santé à l'exception de Manga Loforte ; tandis que la **figure 7** montre une augmentation similaire dans tous les domaines.

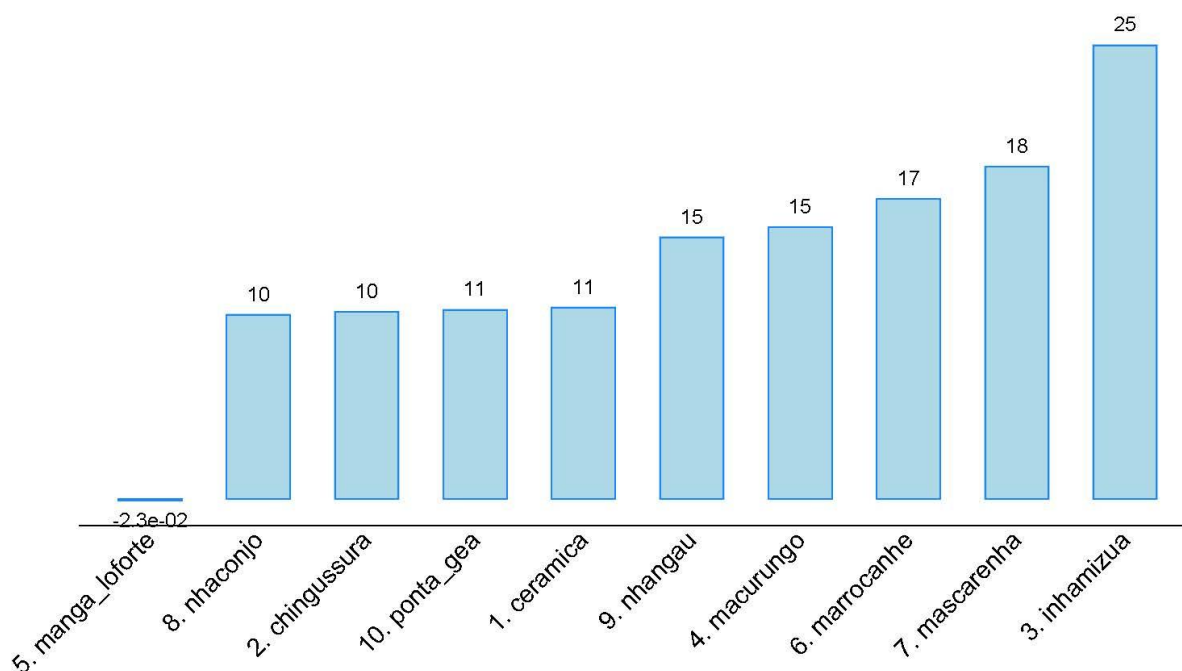


Figure 6. Amélioration en % des résultats aux tests, par centre de santé

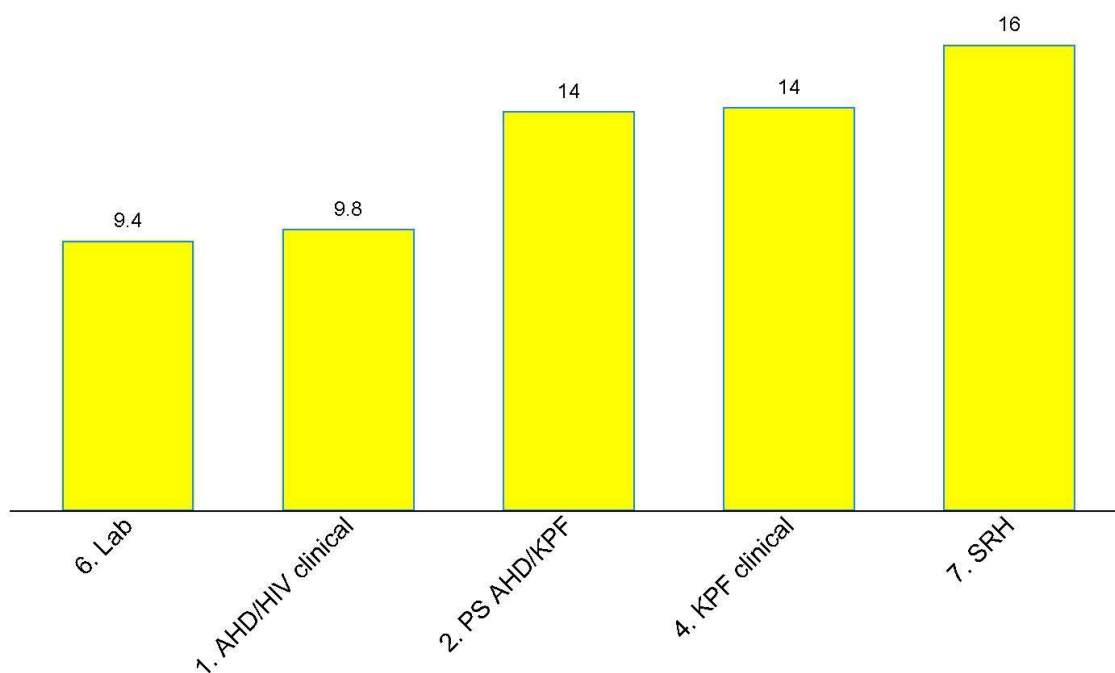


Figure 7. Amélioration en % des résultats aux tests, par programme de formation au mentorat

Les résultats sont similaires en ce qui concerne les scores d'impact global (tels qu'évalués par le mentor). **Les figures 8 et 9** montrent une nette augmentation de ces scores dans tous les centres et pour tous les mentorats.

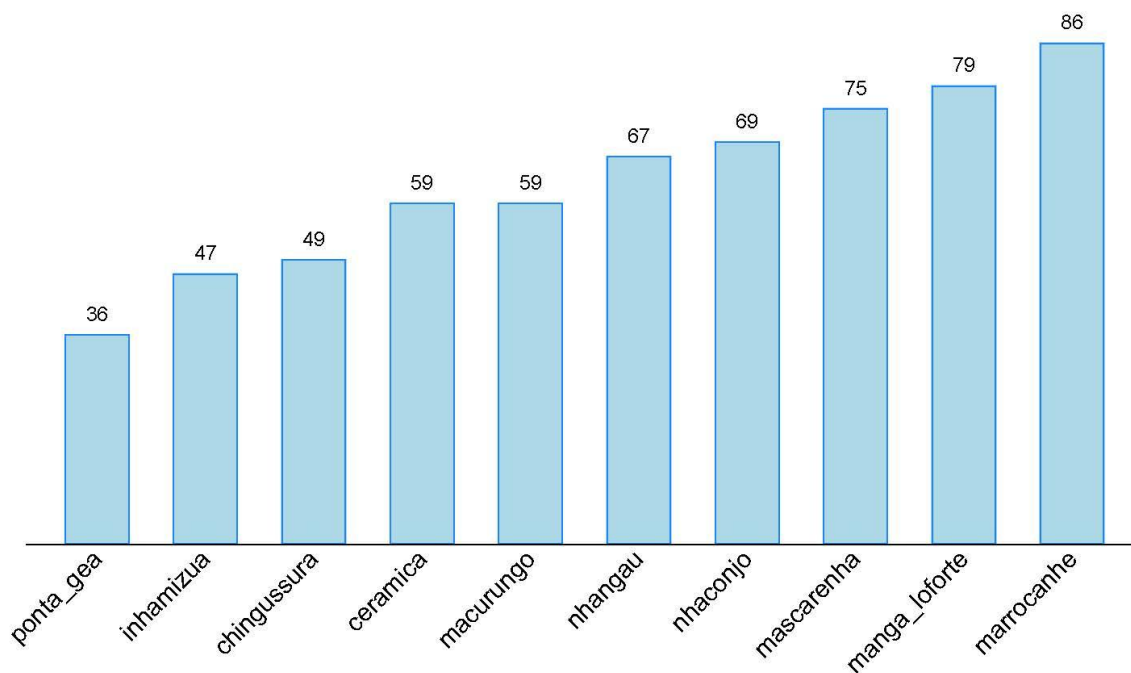


Figure 8. Amélioration en % des scores d'impact global, par centre de santé

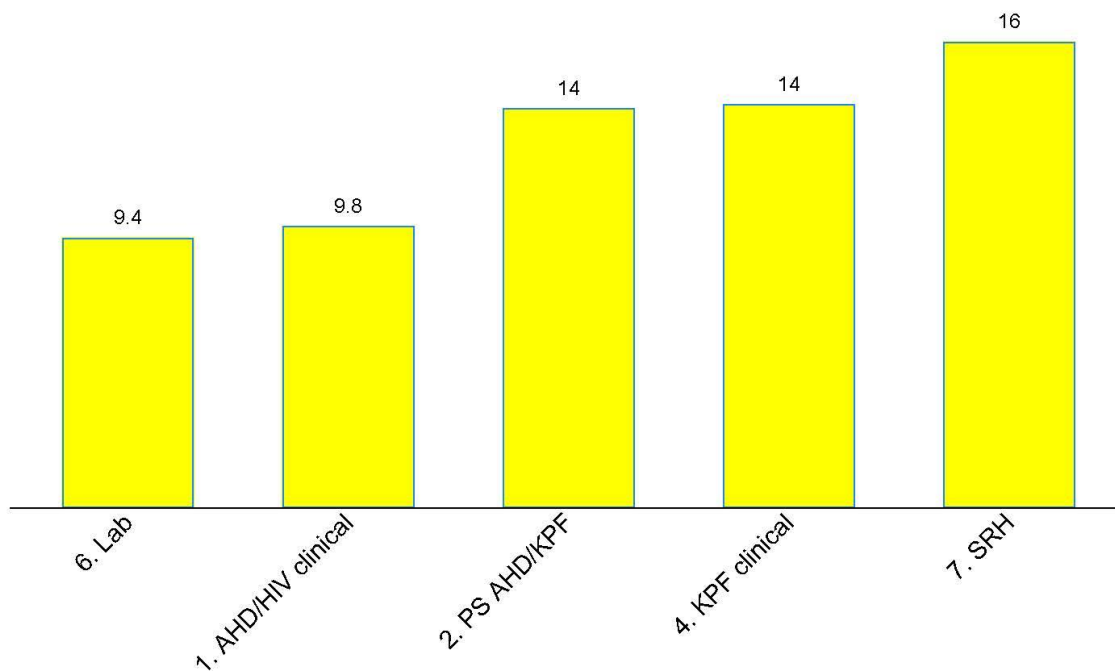


Figure 9. Amélioration en % des scores d'impact global, par programme de formation au mentorat

RESULTATS ET RÉALISATIONS DE LA DECENTRALISATION DANS LES CENTRES DE SANTE

Résultats sur le VIH à un stade avancé

Dans les **soins du VIH avancé**, la composante de mentorat a duré 12 semaines et s'est concentrée sur le diagnostic précoce et la gestion des infections opportunistes, la rétention des patients, l'observance des ARV et l'augmentation des tests de dépistage de la tuberculose et de l'antigène cryptococcique. La composante de mentorat visait à réduire la morbidité et la mortalité précoces en améliorant la capacité des professionnels de la santé à gérer des cas complexes de VIH et à coordonner les soins avec les hôpitaux centraux lorsque cela s'avérait nécessaire.

"J'avais l'habitude de voir un patient entrer dans la salle de consultation et de me dire : "Bien, il a l'air d'aller bien". Mais maintenant, je sais que le fait de pouvoir marcher ne veut pas dire grand-chose. Il peut être en train d'entrer et s'effondrer soudainement, mourant juste devant moi. Le VIH est une maladie délicate, et il est impossible de savoir qui va vraiment bien rien qu'en le regardant. Il est impossible de juger de l'état de santé d'une personne sur la seule base de son apparence. Je ne le savais pas avant le mentorat de MSF. Pour les patients atteints du VIH à un stade avancé, je connais maintenant le protocole de dépistage et les traitements à suivre."

Mentoré, Centre de santé de Manga Loforte

Le mentorat a contribué à une meilleure intégration des services, permettant aux patients d'accéder à des services multiples - tels que les analyses de sang, les renouvellements de médicaments et les consultations cliniques - au cours d'une seule visite. Cela a réduit le fardeau des multiples rendez-vous à la clinique, rendant les soins plus efficaces. Les mentors ont noté que les travailleurs de santé ont acquis une meilleure compréhension de la gestion globale du VIH et sont devenus plus aptes à identifier rapidement les cas de VIH avancé. En outre, le mentorat a favorisé une culture de soutien, les bénéficiaires continuant à demander conseil aux mentors même après la fin de la période de formation formelle, ce qui illustre la valeur continue du programme.

"J'ai pu constater que le programme de mentorat a permis d'améliorer considérablement le flux de soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Dans de nombreuses cliniques, les patients peuvent désormais accéder à plusieurs services au cours d'une même visite, comme des analyses de sang, des renouvellements d'ordonnance et des rendez-vous cliniques, le même jour. Cela a changé, car ce n'était pas le cas avant le mentorat. Pour les cliniques qui n'offrent pas encore ce modèle de "guichet unique", des efforts sont faits pour programmer tous les rendez-vous nécessaires le même jour afin de réduire le fardeau des patients qui doivent se rendre plusieurs fois à la clinique."

Mentor

Selon la plupart des mentors interrogés, la perception générale est que le programme de mentorat a amélioré la compréhension des soins du VIH avancé par les professionnels de la santé, leur permettant de reconnaître les cas complexes plus tôt et de fournir un traitement approprié en temps opportun. Cette approche proactive semble améliorer la rétention des patients et les résultats en garantissant que les patients reçoivent des soins complets - y compris les tests, les médicaments et les consultations - en une seule visite. Selon la majorité des mentors, ce processus rationalisé a réduit le risque que des patients soient négligés, ce qui contribue à une meilleure prise en charge globale du VIH à un stade avancé et à l'amélioration des résultats sanitaires dans la communauté. Ces citations soulignent l'impact transformateur de la composante de mentorat sur les services de santé, les soins aux patients et le développement professionnel des travailleurs de la santé.

"L'un des aspects les plus gratifiants du mentorat a été de voir les professionnels de santé comprendre les complexités du VIH avancé. Désormais, ils sont en mesure de détecter la maladie à un stade précoce, de fournir les soins appropriés et de veiller à ce que les patients ne passent pas entre les mailles du filet. Nous avons même mis en place des systèmes permettant aux patients d'obtenir tout ce dont ils ont besoin en une seule visite, des tests aux médicaments. Cela a fait une énorme différence dans les résultats pour les patients."

Mentor

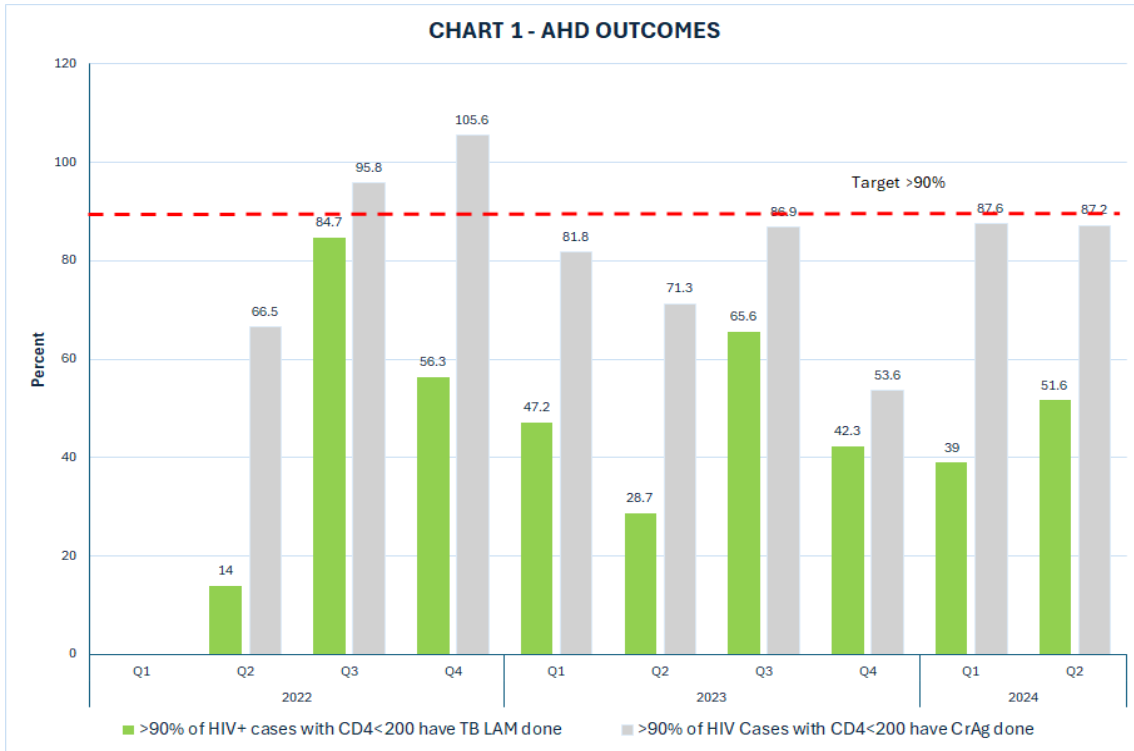


Figure 10. Résultats de la décentralisation au niveau des SSP en ce qui concerne les maladies à VIH avancé

Défis:

Selon de nombreux participants, avant la mise en place de la composante "mentorat", les professionnels de santé envoyaient souvent des patients gravement malades à l'hôpital central de Beira, où beaucoup arrivaient en mauvais état et décédaient peu de temps après leur admission.

"Avant le mentorat de MSF, de nombreux patients atteints du VIH arrivaient à l'hôpital principal de Beira, l'Hospital Central da Beira (HCB), à des stades très avancés de la maladie, et un pourcentage élevé d'entre eux succombaient à la maladie quelques jours seulement après leur admission à l'hôpital. Ce taux de mortalité élevé était une grande source d'inquiétude pour le MISAU et, bien sûr, pour les professionnels de la santé en général."

Représentant du MISAU

L'initiative de mentorat a aidé le personnel local à mieux reconnaître les signes précoces d'immunosuppression, en particulier chez les patients atteints du VIH à un stade avancé, ce qui a permis d'orienter plus rapidement les patients et d'effectuer des examens de laboratoire, améliorant ainsi l'état des patients en permettant des interventions plus précoces. Cependant, le maintien de ce niveau de soins est devenu de plus en plus difficile sans le soutien continu de MSF. Bien que le projet

de mentorat ait introduit des compétences et des protocoles précieux, de nombreux établissements de santé sont maintenant confrontés à des difficultés pour maintenir des soins proactifs en raison de ressources limitées, y compris les outils de diagnostic, les médicaments et les fournitures de laboratoire, comme le résume ce mentoré :

“Nous avons connu trois phases distinctes : avant le mentorat MSF, pendant le mentorat avec une supervision continue, et maintenant, après la fin du mentorat. Avant le mentorat de MSF, nous fournissions les meilleurs soins possibles, mais avec le recul, nous renvoyions probablement chez eux de nombreux patients atteints du VIH à un stade avancé que nous n'avions pas détecté. Les taux de mortalité étaient élevés et de nombreux patients abandonnaient leur traitement. Pendant le mentorat, nous avons eu l'impression d'être dans une situation idéale. Nous apprenions et pratiquions sous la supervision de MSF, gagnant chaque jour en confiance. MSF s'assurait que nous disposions de toutes les fournitures nécessaires pour les tests de laboratoire, du matériel de bureau, des formulaires pour enregistrer les résultats des patients et des outils pour les suivis. Cependant, notre réalité actuelle est difficile. Bien que nous ayons maintenant les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir d'excellents soins, nous sommes fréquemment confrontés à des pénuries de fournitures de laboratoire. Le MISAU envoie souvent moins de fournitures que ce que nous demandons, et nous manquons régulièrement de formulaires essentiels pour enregistrer les informations sur les patients et les résultats de laboratoire. Le programme de mentorat nous a bien équipés, mais nous sommes maintenant aux prises avec une situation difficile où le manque de fournitures nous empêche de mettre pleinement en œuvre les stratégies et les compétences que nous avons acquises pendant le mentorat de MSF.”

Mentoré, Centre de santé Chingussura

Selon certains mentorés, bien que le mentorat de MSF ait permis aux professionnels de la santé d'acquérir les compétences nécessaires pour diagnostiquer et prendre en charge le VIH à un stade avancé, le manque de ressources essentielles, telles que les outils de dépistage sur le lieu de soins comme le Visitec, a gravement entravé leur capacité à appliquer ces connaissances. En particulier dans les centres de santé qui ne disposent pas d'une infrastructure de laboratoire complète, les patients doivent désormais parcourir de longues distances pour obtenir un test CD4, ce qui entraîne des diagnostics manqués et des retards dans le traitement des infections opportunistes. Selon les mentorés, de nombreux patients, en raison de contraintes financières ou personnelles, ne sont pas en mesure d'effectuer ces déplacements, ce qui les prive des soins nécessaires. Ce manque de ressources compromet les progrès réalisés au cours du mentorat et laisse les travailleurs de santé dans un sentiment de frustration et d'impuissance à fournir les soins dont ils savent qu'ils sont nécessaires :

“Comment peut-on parler de décentralisation si les patients doivent parcourir de longues distances pour se rendre dans des services spécialisés, simplement pour obtenir leur taux de CD4 ? Avec MSF, nous avions Visitec, qui pouvait nous dire en quelques minutes si le patient avait moins de 200 CD4, ce qui nous permettait de tester d'autres infections opportunistes et de les traiter immédiatement. Mais maintenant, nous devons les référer... Que se passe-t-il s'ils n'ont pas le temps ou l'argent pour se déplacer ? Et s'ils n'ont personne pour s'occuper de leurs enfants ? De nombreux patients n'y vont tout simplement pas, ne reçoivent pas le diagnostic de VIH avancé et ne bénéficient pas des tests et du traitement dont ils ont besoin. Nous savons ce que nous devrions faire, mais nous sommes incapables d'appliquer ce que nous avons appris pendant le mentorat de MSF parce que nous n'avons pas les ressources pour le faire. Et cela me frustre, me met même en colère...”

Mentoré, Centre de santé de Manga Loforte

Le résultat net de ces défis est reflété dans la Figure 9, qui montre la variation trimestrielle de deux mesures de résultats d’AHD suivies par le projet - le pourcentage de cas VIH+ avec CD4<200 qui ont fait une MAMA contre la tuberculose et une CrAg. Le projet a fixé un objectif de 90% pour ces mesures, qui a été atteint ou presque atteint dans certains trimestres pour la CrAg, mais jamais pour la TB LAM.

Résultats en matière de santé sexuelle et reproductive

a. Commentaire général sur les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive

Le programme de mentorat en **santé sexuelle et reproductive (SSR)** s'est étalé sur trois mois et comprenait une formation complète sur divers sujets, tels que la violence sexuelle et sexiste, les soins d'avortement sûrs et une gamme de services de SSR, y compris la contraception, la prévention et le traitement des IST, et les soins de santé maternelle. Étant donné que les soins de santé maternelle englobent des services de SSR tels que la contraception et le traitement des IST, la formation a fourni une approche holistique de la SSR, bien qu'elle puisse bénéficier de distinctions plus claires entre ces services. Au-delà des compétences cliniques, les mentors se sont également efforcés de sensibiliser la communauté par des méthodes innovantes, notamment en collaborant avec des stations de radio et en organisant des représentations théâtrales dans les salles d'attente pour dissiper les idées fausses sur les services de santé sexuelle et reproductive.

“Pour sensibiliser la communauté et encourager l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive, j'ai collaboré avec des stations de radio locales pour faire passer le message. En outre, nous avons organisé un club de théâtre qui a joué de brèves saynètes pour les patients pendant qu'ils étaient dans la salle d'attente, en s'attaquant aux idées fausses les plus courantes - comme la croyance que les services de SSR étaient coûteux ou que l'avortement n'était pas disponible - et en soulignant que ces services étaient gratuits et accessibles.”

Mentor

Selon les mentors et les mentorés, le mentorat en SSR a transformé la façon dont les mentorés fournissent désormais des soins aux personnes cherchant un avortement sûr et aux survivantes de violences sexuelles et sexistes, beaucoup d'entre eux adoptant une approche plus holistique et plus compatissante. Cela inclut l'offre d'un soutien psychologique, des conseils et des soutiens juridiques. Les mentors ont souligné l'évolution significative de l'attitude des professionnels de la santé, qui accordent désormais la priorité aux soins psychologiques à long terme dans des environnements sûrs, en tenant compte du traumatisme profond subi par ces enfants.

“Le mentorat en matière de santé sexuelle et reproductive ne se limitait pas à l'enseignement de compétences cliniques : il s'agissait de changer les perspectives sur la manière dont nous nous occupons des patients vulnérables. Nous nous sommes concentrés sur des questions sensibles telles que l'avortement sans risque et la violence sexuelle, mais nous avons également veillé à ce que les professionnels de la santé comprennent l'importance de fournir un soutien émotionnel et des soins de suivi. Le défi consistait à les aider à voir au-delà des procédures médicales et à établir un lien plus profond avec les patients. Bien que beaucoup aient hésité en raison de l'absence de compensation financière, ceux qui sont restés ont vu l'impact réel que ce type de soins pouvait avoir sur la vie d'une personne.”

Mentor

“Le changement le plus important que j'ai constaté concerne la manière dont nous traitons les victimes de violences sexuelles. Nous avons cessé de nous contenter de traiter leurs blessures physiques pour leur offrir un soutien réel et continu. Ces patients ne sont plus de simples numéros - nous avons créé des espaces sûrs où ils peuvent bénéficier d'une aide psychologique, d'un soutien juridique et de soins de suivi. Il s'agit de traiter la personne dans sa globalité, et pas seulement ses besoins immédiats.”

Mentor

En outre, le mentorat a contribué à remettre en question et à modifier progressivement la stigmatisation profondément enracinée qui entoure l'avortement, ce qui a permis d'élargir l'accès à des services d'avortement sûrs. Ces progrès ont été particulièrement significatifs pour les groupes marginalisés tels que les travailleurs du sexe et les adolescents, qui étaient auparavant confrontés à des obstacles considérables en matière de soins. Les mentors ont souligné que les professionnels de santé reconnaissent désormais l'importance cruciale de fournir des services d'avortement sûrs et légaux afin d'éviter des alternatives dangereuses.

“L'un des plus grands défis que nous avons rencontrés dans le cadre du mentorat en santé sexuelle et reproductive a été d'amener les professionnels de la santé à participer à une formation sur l'avortement. Ici, au Mozambique, l'avortement est lié à de nombreuses croyances culturelles et religieuses - les gens pensent que si vous fournissez des services d'avortement, vous serez maudit, vous ne pourrez pas avoir d'enfants, ou même vous irez en enfer. Ces croyances ont fait qu'il a été très difficile d'amener les gens à participer aux sessions de formation. Mais j'ai continué à leur parler de l'importance d'offrir des soins d'avortement sûrs dans les cliniques. J'ai expliqué que les femmes qui veulent mettre fin à une grossesse non désirée le feront quoi qu'il arrive, et que si ce n'est pas sûr ou légal, elles risquent leur vie. Peu à peu, ils ont commencé à comprendre que l'avortement est un élément nécessaire des soins de santé génésique. Ils ont même commencé à utiliser ces conversations pour parler du planning familial, de la prévention du VIH et des services de lutte contre les IST.”

Mentor

“Au début, de nombreux professionnels de la santé ne voulaient pas parler de l'avortement. Mais avec le temps, nous avons fait évoluer leur mentalité. Ils ont pris conscience que les femmes chercheront à avorter quoi qu'il arrive, et qu'il est de notre responsabilité de veiller à ce qu'elles le fassent en toute sécurité. Aujourd'hui, de plus en plus de femmes se rendent dans les cliniques pour bénéficier de services sûrs au lieu de risquer leur vie avec des méthodes dangereuses.”

Mentor

b. Soins d'avortement sécurisés

La composante de mentorat a permis de garantir l'accès à des soins de santé sexuelle et reproductive complets, en particulier pour les femmes nécessitant des avortements médicalisés. Cela se reflète dans la figure 11, qui montre que l'indicateur cible pour les SAC (Safe Abortion Care) (>90% des demandes de SAC à moins de 12 semaines de grossesse sont effectuées dans les centres de SSP) a été largement dépassé pour tous les trimestres.

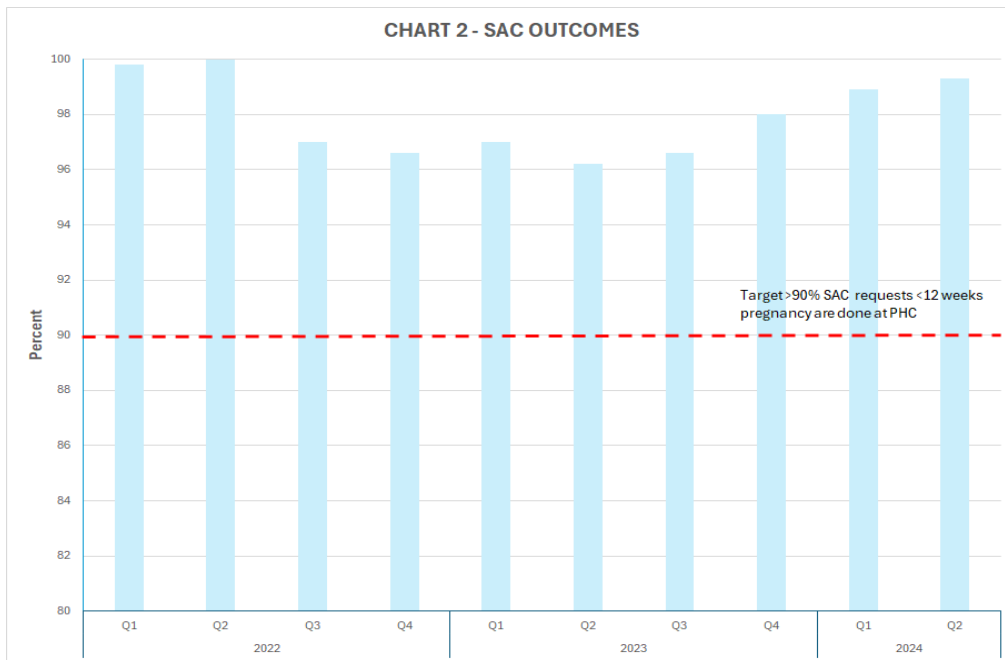


Figure 11. Résultats de la décentralisation au niveau des SSP dans le cadre des SAC

Le mentorat a formé les travailleurs de la santé à fournir des avortements sûrs, mais le manque de misoprostol et d'autres médicaments essentiels a forcé les services à envoyer les patientes dans d'autres cliniques, et certaines patientes finissent par chercher des alternatives dangereuses. Cela a conduit à des cas de patientes revenant à la clinique avec des infections ou même une septicémie après avoir tenté des avortements clandestins, selon certaines mentorées interrogées pendant le travail sur le terrain. De nombreuses mentorées ont exprimé leur frustration car, bien qu'elles soient dotées des connaissances et des compétences nécessaires pour fournir des services vitaux, l'incohérence dans le réapprovisionnement des pharmacies met en péril la sécurité des patientes et la qualité des soins.

“Les décès évitables dus à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses (...) sont toujours d'actualité. C'est moins courant aujourd'hui, mais ça arrive encore. Même après tous les efforts et le formidable mentorat de MSF. Le pire ? Nous devons faire face à l'inefficacité du MISAU - stocks vides, tests manquants, mauvaises conditions de laboratoire, absence de misoprostol. Nous savons que nous pourrions faire mieux, et c'est ce qui rend la situation si déchirante.”

Mentoré, Centre de santé de Manga Loforte

“Sans le misoprostol, nous devrions recourir à des avortements par aspiration, une méthode plus invasive avec un risque plus élevé de complications. Même si c'est mieux que les avortements clandestins, c'est beaucoup moins bien que d'administrer simplement des pilules de misoprostol.”

Mentoré, Centre de santé de Ponta Gêa

Le mentorat en santé sexuelle et reproductive fourni par MSF a permis aux travailleurs de la santé d'offrir des services d'avortement sûrs en utilisant le misoprostol. Cependant, selon quelques participants, cela a créé des tensions avec d'autres partenaires, tels que l'UNICEF, qui s'est inquiété du fait que l'accent était trop mis sur les avortements plutôt que sur le planning familial et les soins prénataux. Cela reflète un conflit de priorités entre les différentes organisations, laissant les prestataires de soins de santé pris au milieu d'agendas concurrents.

“Nous avons bénéficié du mentorat de MSF en matière d'avortement sans risque et avons accès au misoprostol, de sorte que chaque fois qu'une patiente demandait un avortement sans risque, nous le pratiquions en utilisant les pilules. Mais au bout d'un certain temps, certains partenaires, comme ceux de l'UNICEF, ont commencé à se plaindre en disant : "Vous faites trop d'avortements ! Vous devez vous concentrer davantage sur le planning familial et les soins prénataux". C'est un conflit d'agendas différents, vous savez ? Et nous sommes là, coincés entre ces grands partenaires - l'UNICEF et MSF.”

Mentorée, Centre de santé de Ponta Gêa

c. Soins post-avortement

Des défis persistants ont également été identifiés pour les soins post-avortement par de nombreuses mentorées. Pour les professionnels de la santé travaillant dans des cliniques difficiles d'accès situées dans des zones rurales, l'inaccessibilité aux soins post-avortement était due au mauvais état des routes, au manque de moyens de transport et à la longue distance entre la communauté et la clinique, comme le montre la citation ci-dessous :

“J'ai eu une patiente qui a pris des herbes pour mettre fin à sa grossesse et qui a commencé à saigner au bout d'un jour, pensant que les saignements allaient s'arrêter. Mais elle a continué à saigner pendant près d'une semaine. Lorsqu'elle est arrivée ici, elle était très fragile et avait besoin de soins spécialisés que nous n'étions pas en mesure de lui fournir. Elle a été envoyée à l'hôpital central de Beira. Elle est revenue quelques mois plus tard et nous a dit que lorsqu'elle était arrivée à Beira Central, on lui avait donné une autre date pour revenir et qu'elle n'était jamais revenue. Je suis heureuse qu'elle soit en vie, mais elle n'a pas pu recevoir de soins post-avortement...”

Mentoré, Ceramica Health Centre

Un autre problème persistant, selon les mentorés, est la stigmatisation à laquelle sont confrontées les femmes à la recherche de soins post-avortement, en particulier les travailleuses du sexe et les adolescentes. Bien que certains prestataires de soins de santé aient participé au mentorat en santé sexuelle et reproductive, de nombreux autres responsables des services de santé sexuelle et reproductive dans les cliniques locales n'ont pas participé au mentorat. Certaines mentorées ont raconté des cas où des femmes ont été qualifiées de "tueuses de bébés" ou de "pécheresses" par le personnel de santé.

“Je me souviens d'un jour où je travaillais dans un autre secteur et où j'ai vu une très jeune femme qui souffrait manifestement. Elle a dit au réceptionniste qu'elle était là pour des soins post-avortement, et j'ai tout de suite vu la désapprobation sur son visage. Lorsque je suis entrée dans le bureau, je l'ai entendu lui dire qu'elle devait aller à un autre guichet parce qu'il n'allait pas s'occuper de "femmes faciles qui étaient des tueuses de bébés". J'ai eu le cœur serré en entendant cela. Je suis allée lui parler immédiatement et me suis assurée qu'elle recevait les soins dont elle avait besoin. Elle était dévastée. Et ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. Ici, au Mozambique, les gens sont très conservateurs, et l'avortement et les soins post-avortement sont encore des tabous énormes.”

Mentorée, Centre de santé de Manga Loforte

“Lorsque j'ai sollicité des services d'avortement sécurisé, l'infirmière m'a reconnue dans sa communauté. Elle savait que j'étais une travailleuse du sexe et il était clair qu'elle n'était pas heureuse de me voir là. Elle a tenu à me poser des questions douloureuses et approfondies sur ma vie, s'assurant que je comprenais le message tacite selon lequel elle pensait que je tuais un enfant, que je mettais fin à une vie et que je faisais deux fois l'œuvre du diable - d'abord en vendant mon corps, puis en mettant fin à ma grossesse. J'ai avorté, mais je n'oublierai jamais la façon dont elle m'a regardée avec ces yeux acérés et pleins de jugement. J'ai pleuré presque tous les soirs pendant longtemps, avec l'impression de n'être qu'une ordure”

Activiste

Le soutien irrégulier aux services post-avortement se reflète dans la figure 12, où l'objectif (100 % des femmes qui demandent des soins post-avortement ont accès à ces services) n'a été atteint qu'occasionnellement.

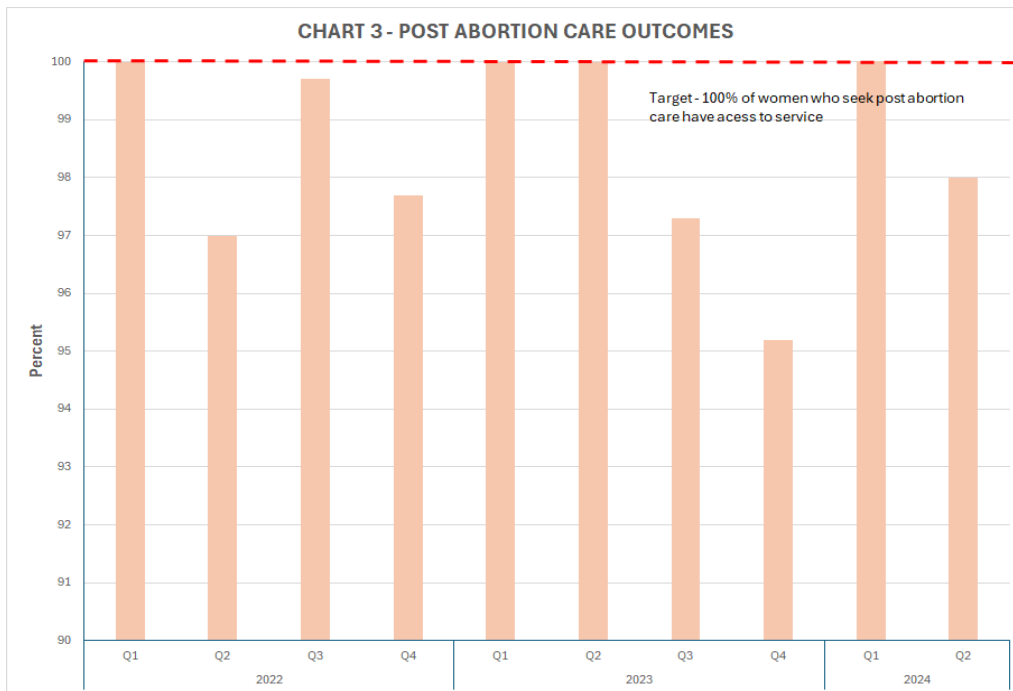


Figure 12. Résultats de la décentralisation des soins post-avortement au niveau des SSP

d. Soins aux survivants de la violence sexuelle et basée sur le genre

Selon certains mentorés, ils ont observé des améliorations dans la façon dont les travailleurs de la santé s'engagent et soutiennent les survivants de la violence sexuelle et basée sur le genre après le programme de mentorat de MSF. Avant le mentorat en santé sexuelle et reproductive, les survivants étaient souvent confrontés au jugement, au blâme et à l'indifférence des travailleurs de la santé, ce qui créait des obstacles à l'accès à un soutien essentiel. De nombreux survivants se sont sentis stigmatisés ou rejetés, ce qui a entraîné un manque de confiance dans le système de santé.

Après le mentorat en santé sexuelle et reproductive, les mentorés ont montré une évolution vers une approche plus compatissante et centrée sur le patient. Ils traitent désormais les survivants avec plus de dignité et d'empathie, en prenant leurs expériences au sérieux. Ce changement a contribué à créer un environnement plus sûr et plus favorable pour les survivantes, ce qui leur permet d'accéder plus facilement à des services tels que la contraception et l'avortement sans risque, avec moins de stigmatisation ou de jugement.

“Depuis la formation MSF, on peut voir que les choses ont un peu changé. Les infirmières qui ont suivi le mentorat écoutent vraiment maintenant, sans porter de jugement. C'est comme si elles comprenaient enfin que nous [les travailleuses du sexe] avons aussi des besoins uniques. Maintenant, ce n'est plus un problème d'obtenir une contraception ou même des pilules abortives sans danger si on en a besoin. Ils ne nous regardent pas de haut et ne nous repoussent pas autant, ce qui est un énorme soulagement.”

Activiste

« J'avais l'habitude de me sentir très mal à l'aise en traitant les travailleurs du sexe, et honnêtement, j'avais mes propres préjugés et jugements. Il y avait beaucoup de stigmatisation, même de ma part. Mais après avoir suivi le programme de mentorat, j'ai compris que le mode de vie d'une personne n'avait pas d'importance - lorsqu'elle vient à la clinique, c'est pour recevoir des soins, et c'est sur cela que je dois me concentrer. Aujourd'hui, je suis en mesure de donner des conseils appropriés, de prescrire la PrEP et la PEP si nécessaire et de m'assurer que les patients reçoivent le soutien qu'ils méritent, en particulier après avoir subi des violences sexuelles. Le mentorat n'a pas seulement fait de moi un meilleur prestataire de soins de santé, il m'a aussi ouvert les yeux en tant que personne ».

Mentorée, Centre de santé de Ponta Gêa

Malgré ces développements positifs, certains défis subsistent, notamment en ce qui concerne le suivi des survivants de la violence sexuelle et sexiste. La composante "mentorat" a fixé un objectif ambitieux, à savoir qu'au moins 50 % des survivants de la violence sexuelle et sexiste achèvent leur calendrier de suivi dans les six mois, mais cet objectif n'a pas été atteint (**figure 13**). En fait, dans la plupart des rapports trimestriels, l'indicateur est resté inférieur à 10 %, ce qui met en évidence une lacune critique dans la continuité des soins prodigués aux survivants. Cette lacune souligne la nécessité de mettre en place des systèmes plus robustes pour suivre et impliquer les survivants après leur premier contact, afin de s'assurer qu'ils bénéficient d'un soutien et de services de suivi continus.

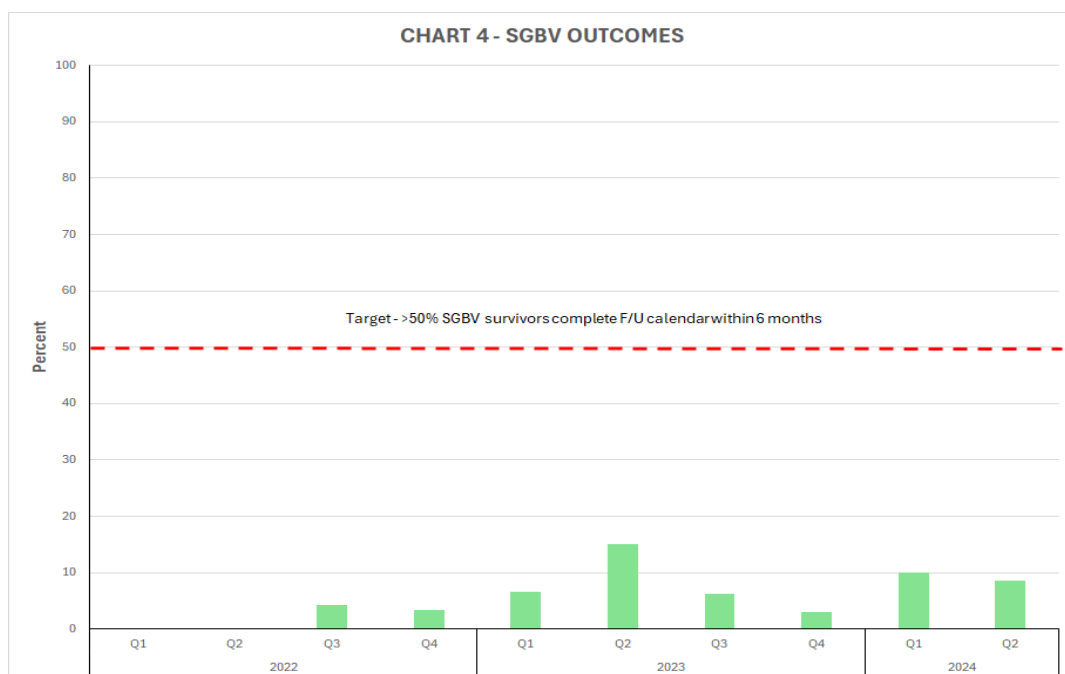


Figure 13. Résultats de la décentralisation au niveau des SSP en matière de VSBG

Les obstacles à l'accès aux soins liés à la violence sexuelle et sexiste restent importants pour les populations clés, en particulier les travailleurs du sexe. Malgré les améliorations apportées par la composante de mentorat, de nombreux travailleurs du sexe continuent d'être confrontés à la stigmatisation, à la discrimination et à l'inégalité de traitement lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins de santé. Ces obstacles se traduisent souvent par des retards dans les soins, un soutien inadéquat et un sentiment d'exclusion du système de santé. Les travailleurs du sexe, en particulier, déclarent se sentir jugés pour leurs choix de vie, ce qui réduit l'accès à des services essentiels tels que la PrEP, la PEP et l'avortement médicalisé. Les citations suivantes de militants mettent en lumière ces défis persistants et la charge émotionnelle que représente le fait de naviguer dans un système de santé qui, souvent, ne les traite pas avec la dignité et le respect qu'ils méritent:

“Nous, les travailleurs du sexe, sommes souvent traités comme si nous avions demandé la violence à laquelle nous sommes confrontés. Après avoir visité l'une des cliniques, nous repartons avec le sentiment que nous ne méritons pas d'être là, que nous ne sommes pas à notre place. Il est clair que nous ne recevrons jamais le même niveau de soins ou d'attention que les travailleurs non sexuels. Nous restons assis pendant des heures, mais on nous refuse la PrEP, la PEP et même les tests rapides. L'avortement médicalisé est peut-être disponible, mais les relations avec les infirmières sont douloureuses - elles semblent prendre plaisir à nous faire sentir que notre mode de vie fait de nous des monstres, des tueuses de bébés...”

Activiste

Une autre participante a fait part de préoccupations similaires concernant le traitement inégal des femmes, en particulier celles qui s'identifient comme des travailleuses du sexe:

“Il n'existe pas de soins standard qui traitent toutes les femmes de la même manière, quel que soit leur métier. Si vous vous identifiez comme travailleuse du sexe, il est évident que vous devrez faire face à des temps d'attente plus longs, que vous recevrez moins de soins (s'il y en a) et que vous repartirez avec le sentiment d'avoir été maltraitée. C'est déchirant de voir que tout le dur travail que nous avons accompli avec MSF est laissé de côté, surtout quand il y a encore tant à faire. S'il vous plaît, dites-leur que nous avons besoin de plus de temps, de plus de soutien. Nous sommes en train de mourir et personne ne s'en soucie...”

Activiste

Certains mentors et mentorés ont signalé une augmentation significative des cas de viols d'enfants à Beira, souvent perpétrés par des membres de la famille. Ce sinistre scénario a bouleversé beaucoup de ceux qui avaient participé à la composante de mentorat en santé sexuelle et reproductive. Les professionnels de la santé ont déclaré ne pas être préparés au volume et à la gravité de ces cas, et la charge émotionnelle était immense. Un mentor a décrit la profonde tension émotionnelle causée par le fait de voir de jeunes enfants dans des conditions pénibles, ce qui a affecté à la fois sa vie personnelle et a augmenté l'anxiété concernant la sécurité de sa propre famille. Cette citation met en évidence le besoin impérieux de soutien en matière de santé mentale pour les professionnels de la santé eux-mêmes, qui continuent à se débattre avec le poids émotionnel lié à la gestion de cas aussi traumatisants.

“Je n'étais pas prête pour cela. C'est une chose de faire du mentorat en santé sexuelle et reproductive et de parler d'avortement sans risque et de meilleures pratiques. Mais encadrer mes collègues qui s'occupaient de cas d'enfants violés par leurs beaux-parents, leurs oncles... c'est un tout autre niveau. Personne n'est préparé à cela. Après une journée passée à travailler sur ces cas, à essayer de soutenir mes bénéficiaires du mieux que je pouvais, j'étais complètement épuisée. Les images de ces enfants dans des conditions aussi horribles sont restées gravées dans ma mémoire. Cela a commencé à affecter ma vie personnelle également - je ne voulais même pas que mon mari donne le bain à nos enfants. J'étais tout le temps anxieuse, inquiète pour leur sécurité. Et je n'étais pas la seule : mes protégées ressentait la même chose. Je crois vraiment que les professionnels de la santé ont besoin d'un soutien en matière de santé mentale pour faire face au traumatisme lié à la prise en charge de ces cas.”

Mentor

Ces cas concernent des mineurs particulièrement vulnérables, notamment des nourrissons et de très jeunes enfants, qui ont besoin non seulement d'une intervention médicale immédiate, mais aussi d'un soutien psychologique à long terme pour guérir du traumatisme. Les bénéficiaires se sont efforcés de fournir des soins complets à ces patients, et certaines cliniques ont aménagé des espaces adaptés aux enfants afin de créer un environnement plus réconfortant pour ces jeunes survivants. Par exemple, le centre de santé de Chingussura a aménagé une salle spécialement conçue pour les enfants ayant subi des violences sexuelles. Équipée de jouets, de murs colorés et d'un sol recouvert de moquette, cette pièce vise à apporter confort et sécurité, reflétant une prise de conscience croissante de l'importance des soins tenant compte des traumatismes. Cette initiative reconnaît la charge émotionnelle importante qui pèse sur les enfants survivants et représente un effort pour offrir un environnement sûr et compatissant aux personnes touchées par la violence sexuelle. Il est toutefois important de noter que ces espaces sûrs ont été créés après la fin du programme de mentorat et qu'ils faisaient partie d'une initiative distincte, sans lien direct avec le mentorat. Malgré ces efforts, le suivi de ces cas a été difficile :

“Pour les enfants ayant survécu à des violences sexuelles, deux cliniques ont aménagé des espaces sécurisés avec des jouets et des décorations adaptées aux enfants afin de créer une atmosphère accueillante où ils se sentent plus à l'aise pour parler avec les professionnels de la santé et obtenir les soins dont ils ont besoin. Les traumatismes subis par ces enfants ne nécessitent pas seulement des soins médicaux immédiats, mais aussi un soutien psychologique à long terme pour les aider à guérir et à reconstruire leur vie. Offrir un environnement sûr et stimulant à ces jeunes survivants est crucial, mais aussi incroyablement difficile. Les professionnels de la santé, désormais formés dans le cadre du mentorat en santé sexuelle et reproductive, font tout ce qu'ils peuvent pour offrir des soins et un soutien complet, en se concentrant à la fois sur les enfants et leurs tuteurs légaux, en accordant la priorité absolue à leur sécurité et à leur bien-être à chaque étape. Le suivi des cas est cependant très délicat et difficile, surtout si l'enfant vit avec l'auteur de l'infraction...”

Mentor

Les résultats mettent en évidence plusieurs défis et améliorations dans la manière dont les professionnels de la santé abordent la violence sexuelle et sexiste après le mentorat en santé sexuelle et reproductive. Un grand nombre de mentorés et de mentors ont perçu un changement vers des soins plus compatissants et centrés sur le patient, en particulier pour les survivants de la violence et les populations clés telles que les travailleurs du sexe. Malgré ces améliorations, de nombreux obstacles persistent, notamment en ce qui concerne la stigmatisation et l'inégalité de traitement des travailleurs du sexe. Les survivants sont souvent confrontés au jugement et à la discrimination, ce qui entraîne des retards dans les soins ou des soins inadéquats. En outre, l'augmentation des cas de viols d'enfants à Beira a submergé de nombreux travailleurs de la santé, qui ne se sont pas sentis préparés à la charge émotionnelle que représente le traitement de tels cas. Bien que des efforts aient été faits pour créer des environnements accueillants pour les enfants et leur apporter un soutien psychologique, les soins de suivi restent difficiles, en particulier pour les enfants qui vivent encore avec leurs agresseurs. Les mentors ont souligné la nécessité d'un soutien continu en matière de santé mentale pour les travailleurs de la santé eux-mêmes afin de gérer le traumatisme qu'ils rencontrent dans ces cas.

Services spécifiques pour les populations clés

Les directeurs de cliniques de divers centres de santé ont observé qu'à la suite du mentorat de MSF, les mentorés avaient amélioré leur sensibilité et leurs compétences/aptitudes à s'engager auprès des populations clés et à les soutenir. Certaines cliniques, comme le centre de santé de Macurungo, ont mis en place des espaces spécialement conçus pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH. Ces espaces offrent des services tels que la PrEP, la PEP et des conseils complets, qui comprennent non seulement l'éducation à la santé et les stratégies de réduction des risques, mais aussi un soutien émotionnel et psychologique adapté aux défis uniques auxquels sont confrontées les populations clés. Cette approche holistique favorise un environnement de soins de santé plus inclusif et plus favorable, visant à rendre les établissements de soins de santé plus accueillants et plus sensibles aux besoins des groupes vulnérables.

Nos observations sur le terrain ont montré qu'après le mentorat de MSF pour les populations clés, de nombreux centres de santé ont établi des partenariats avec des organisations communautaires dirigées par des populations clés, des activistes locaux qui sont eux-mêmes des travailleurs du sexe, des HSH ou des transsexuels, et qui ont souvent renforcé leurs capacités et sont employés en tant qu'agents de santé communautaires pour atteindre, engager et maintenir les populations clés dans le système de soins. Quelques centres de santé ont commencé à utiliser des unités mobiles pour offrir des traitements et des soins au sein des communautés, améliorant ainsi leur portée. Au centre de santé de Ponta Gêa, par exemple, des membres de la communauté accueillent les patients deux fois par semaine, les guidant dans l'établissement pour s'assurer qu'ils reçoivent les services nécessaires et qu'ils sont traités avec respect et dignité. Ce partenariat avec les membres de l'organisation Takaezana a contribué à créer un environnement plus inclusif et plus favorable aux populations clés.

De même, le centre de santé de Manga Loforte a collaboré avec les activistes communautaires du secteur des populations clés pour s'assurer que les populations clés se sentent à l'aise et respectés lorsqu'ils accèdent aux soins. Selon les mentorés, le mentorat de MSF sur le travail avec les populations clés a considérablement amélioré la capacité de la clinique à identifier et à soutenir ces groupes, en offrant des conseils spécialisés, une PrEP nouvellement introduite, des tests VIH rapides et un traitement ARV pour les personnes dont le test est positif. Une infirmière et un psychologue du centre de santé Manga Loforte ont participé au mentorat et fournissent désormais des soins adaptés aux populations clés, ce qui améliore encore la prestation des services.

Au centre de santé Manga Mascarenhas, la clinique s'engage activement auprès de la communauté en employant des stratégies de sensibilisation ciblées, telles que l'utilisation de "champions masculins" (*homem campeão*) pour les hommes et de "mamans mentor" (*mãe mentora*) pour les femmes, ce qui permet de toucher plus largement les différentes populations. Ces partenariats et stratégies ont renforcé la capacité de la clinique à fournir des soins complets et respectueux des populations clés. Ces impacts positifs peuvent être illustrés par les citations suivantes :

“Je sais que je peux faire confiance à l'infirmière S. Elle ne me regarde pas avec dégoût et ne se contente pas de me donner des préservatifs en me disant de penser aux femmes et aux enfants de mes clients. Elle vaut mieux que cela. Elle s'assoit avec moi, écoute ce que je vis vraiment et élabore un plan pour m'aider à prendre mes ARV à temps, même si je travaille tard et couche avec de nombreux hommes pour nourrir mes propres enfants. C'est nouveau, et c'est grâce au mentorat de MSF que nous avons maintenant des gens comme l'infirmière S. comme alliés.”

Membre des populations clés

“MSF a tout changé ! Avant leur arrivée, il n'y avait pas d'unités mobiles, et tout a commencé lorsque MSF a commencé à aller directement à la rencontre des communautés. Nous ne nous sentions jamais à notre place dans les cliniques - les gens nous dévisageaient, pensant des choses comme 'Un homme en capulana ? [sarong coloré porté principalement par les femmes au Mozambique] C'est contre Dieu". Même les femmes et les infirmières nous regardaient comme si nous détruisions la communauté, en disant par exemple : "Ces prostitués brisent les familles et répandent des maladies". Mais dans les unités mobiles, pour la première fois, nous nous sommes sentis vraiment considérés, pas seulement comme des patients, mais comme des êtres humains avec des douleurs, des souffrances, des besoins et des problèmes comme n'importe qui d'autre. Lorsque nous avons découvert que les infirmières des unités mobiles travaillaient également dans une clinique spécifique, nous avons commencé à leur demander quand elles seraient là et à nous rendre dans cette clinique simplement pour être traités avec respect.”

Membre des populations clés

Malgré ces progrès, il reste des défis importants à relever:

“MSF a vraiment tout changé. Il est plus facile maintenant d'aller dans une clinique et d'obtenir le traitement dont nous avons besoin, nous savons à qui nous adresser, qui connaîtra nos noms et nous traitera avec respect. Ce n'est pas parfait, surtout quand les personnes qui ont bénéficié du mentorat de MSF ne sont pas à la clinique. C'est alors que nous nous sentons à nouveau comme des déchets... Ce serait bien si tout le monde, tout le monde dans la clinique était formé pour nous respecter tous. Nous sommes tous des êtres humains, et à l'intérieur d'une clinique, nous sommes tous des patients. Peu importe ce que nous faisons en dehors de la clinique, si nous sommes là, nous sommes des patients qui ont besoin de soins... Mais c'est certainement mieux.”

Membre des populations clés

Les observations sur le terrain et les entretiens avec les populations clés et les activistes locaux ont révélé que la stigmatisation et la discrimination continuent d'être des problèmes importants pour cette population. Si le mentorat des populations clés a permis de réaliser des progrès dans la promotion de soins plus inclusifs, tous les prestataires de soins de santé n'ont pas encore pleinement adhéré à ses principes. Nombre d'entre eux ont encore du mal à offrir des services non moralisateurs. Certains membres du personnel n'ont pas bénéficié de la formation au mentorat en raison de mutations ou parce qu'ils étaient débordés par leur charge de travail, ce qui a limité leur capacité à former leurs collègues et à garantir des soins cohérents dans toutes les cliniques. Il en résulte des niveaux variables de qualité des services, les patients étant souvent confrontés à des obstacles tels qu'une attitude dédaigneuse ou, dans certains cas, un refus pur et simple de soins.

Ces incohérences mettent en évidence des lacunes dans la mise en œuvre du mentorat, soulignant la nécessité d'une formation plus large et plus soutenue à tous les niveaux du personnel de santé, de stratégies de plaidoyer et de l'inclusion de représentants des populations clés dans l'élaboration et l'amélioration des stratégies. Sans un engagement total pour comprendre et répondre aux besoins

uniques des populations clés, l'impact potentiel du mentorat pour les soins aux populations clés reste sous-utilisé. Les rapports des patients selon lesquels ils se sont vu refuser un dépistage rapide du VIH ou ont reçu des conseils inadéquats reflètent l'incapacité à adhérer pleinement aux principes de soins inclusifs et centrés sur le patient, ce qui exacerbe les disparités en matière de santé et renforce le sentiment de marginalisation parmi ces groupes vulnérables.

La persistance de ces obstacles entrave non seulement les progrès réalisés par le projet de mentorat, mais perpétue également la marginalisation des populations clés au sein du système de santé. Pour qu'un changement durable s'installe, il est essentiel de s'engager durablement dans une formation et un soutien continu, et de favoriser une culture des soins de santé qui donne la priorité à la dignité, aux droits et au bien-être de tous les patients. Ce n'est qu'avec un tel engagement que le système de santé pourra pleinement adopter un modèle de soins équitable, respectueux et centré sur le patient, garantissant que personne ne soit laissé pour compte dans l'accès aux services essentiels.

“La loi a changé, elle a légalisé le travail sexuel, mais les professionnels de la santé n'ont pas changé de mentalité. Pour eux, nous ne sommes pas des travailleuses, nous sommes des vecteurs négligents de maladies. Et nous ne méritons pas les mêmes soins qu'une femme ayant une famille ou qu'une femme enceinte. Notre vie a moins de valeur.”

Membre des populations clés

“La stigmatisation est encore très forte... Bien souvent, les prestataires de soins nous manquent de respect et il est difficile de ne pas se sentir jugé ou mal accueilli. Il est difficile d'obtenir un rendez-vous, et même si vous y parvenez, les délais d'attente sont plus longs pour nous. Parfois, vous repartez sans même avoir obtenu les médicaments dont vous avez besoin. Les tests, comme pour la syphilis ou le VIH, sont souvent inaccessibles ou réservés à d'autres personnes, comme les femmes enceintes, ce qui nous donne l'impression que notre santé n'a pas vraiment d'importance.”

Membre des populations clés

SOUTIEN LOGISTIQUE POUR UNE DECENTRALISATION EFFICACE

Importance du soutien logistique à la décentralisation

Sans exception, les participants ont convenu que si la composante de mentorat a été essentielle pour améliorer la capacité des bénéficiaires à fournir de meilleurs services en matière de VIH et de SSR, ils ont également unanimement souligné que le mentorat n'est pas suffisant en soi sans une logistique fiable et un soutien de la chaîne d'approvisionnement. Ils ont souligné qu'un approvisionnement stable et cohérent en matériel de laboratoire, médicaments et autres ressources essentielles est crucial pour que les travailleurs de la santé puissent appliquer efficacement les compétences et les connaissances acquises au cours du mentorat. Malheureusement, les perturbations fréquentes de la chaîne d'approvisionnement entraînent souvent des pénuries sur le site, obligeant les travailleurs de la santé à refuser des patients, ce qui compromet la qualité globale des soins.

“Le mentorat a été très utile, mais quel est l'intérêt d'acquérir toutes ces nouvelles compétences si nous n'avons pas le matériel nécessaire pour les utiliser ? C'est tellement frustrant de savoir comment fournir les meilleurs soins mais de ne pas avoir les outils nécessaires. Des gens continuent à avorter dans des conditions dangereuses, les patients atteints du VIH et de la tuberculose ne sont pas suffisamment diagnostiqués, et ceux qui sont à un stade avancé du VIH n'obtiennent pas les résultats des CD4 aussi rapidement que nous le souhaiterions. Le personnel des laboratoires passe des heures au téléphone, suppliant leurs amis de leur fournir quelques tests, et lorsqu'ils les obtiennent enfin, ils doivent choisir les personnes à tester parce qu'il n'y en a jamais assez pour tout le monde. Je pense que si nous voulons vraiment décentraliser les soins liés au VIH, l'effort doit être mené par le gouvernement. Nous ne pouvons pas continuer à dépendre éternellement de donateurs extérieurs.”

Mentoré

De nombreux participants ont souligné que l'impact du mentorat dépendait également d'un soutien plus large de la part des échelons supérieurs du système de santé, notamment le MISAU, les dirigeants provinciaux et les directeurs des centres de santé. En l'absence d'un engagement politique fort, d'infrastructures adéquates et d'une allocation appropriée des ressources, les avantages du programme de mentorat ne pourront pas être pleinement exploités. Un soutien logistique complet est essentiel, notamment pour construire des salles de clinique supplémentaires, équiper correctement les laboratoires et garantir la disponibilité des tests de diagnostic et des traitements. Ces éléments sont essentiels pour que les compétences acquises dans le cadre du mentorat se traduisent par des améliorations pratiques et durables dans les établissements de soins de santé décentralisés pour le VIH.

"Comment peut-on parler de décentralisation si les patients doivent parcourir de longues distances pour se rendre dans des services spécialisés, simplement pour obtenir leur taux de CD4 ? Avec MSF, nous avions Visitec, qui pouvait nous dire en quelques minutes si le patient avait moins de 200 CD4, ce qui nous permettait de tester d'autres infections opportunistes et de les traiter immédiatement. Mais maintenant, nous devons les référer... Que se passe-t-il s'ils n'ont pas le temps ou l'argent pour se déplacer ? Et s'ils n'ont personne pour s'occuper de leurs enfants ? De nombreux patients n'y vont tout simplement pas, ne sont pas diagnostiqués à un stade avancé du VIH et ne bénéficient pas des tests et du traitement dont ils ont besoin. Nous savons ce que nous devrions faire, mais nous sommes incapables d'appliquer ce que nous avons appris pendant le mentorat de MSF parce que nous n'avons pas les ressources nécessaires. Et cela me frustre, me met même en colère..."

Mentoré, Centre de santé Marrocanhe

"Pour que le programme de mentorat survive vraiment à Beira et au-delà, nous avons besoin de plus que de bonnes intentions. Nous avons besoin d'un soutien financier solide et, honnêtement, je ne pense pas que le MISAU puisse le fournir de manière constante, en particulier avec les pénuries d'approvisionnement que nous constatons partout. Nous devons également évaluer les besoins spécifiques de chaque région avant de lancer le programme ailleurs et travailler en étroite collaboration avec les organisations locales. Sans cela, je ne vois pas comment le programme peut être maintenu ou étendu, en particulier avec le système de santé déjà très sollicité."

Mentor

Les visites sur le terrain ont révélé que les centres de santé ruraux et difficiles d'accès, tels que les centres de santé de Marrocanhe et de Ceramica, sont confrontés à des défis importants en raison du manque d'un espace dédié au laboratoire. Ces centres dépendent d'un stock limité de tests rapides pour le VIH, le paludisme et la syphilis, ainsi que d'une petite réserve de tests Visitect pour évaluer les niveaux de CD4 inférieurs à 200 cellules/ μ L. Même les centres de santé dotés d'une capacité de laboratoire ont souvent du mal à maintenir un approvisionnement stable en réactifs et matériels de laboratoire essentiels, y compris les fournitures de bureau et les formulaires destinés aux patients. Les fournitures fournies par le MISAU sont souvent retardées et insuffisantes, ce qui entrave la capacité de la clinique à donner des soins cohérents. Il est fréquent que les centres de santé soient confrontés à des pénuries de fournitures de laboratoire, ce qui les oblige à interrompre les services d'analyse en milieu de semaine. Malgré les efforts des responsables de cliniques pour obtenir du matériel en contactant d'autres cliniques, en demandant des faveurs ou en contactant le MISAU, les fournitures qui finissent par arriver sont souvent insuffisantes pour répondre à la demande des centres.

Services de laboratoire

Selon de nombreux mentors et mentorés, la composante de mentorat de la décentralisation de l'AHD a amélioré les connaissances et les compétences des techniciens de laboratoire. Nombre d'entre eux sont désormais équipés pour effectuer des tests essentiels, tels que les tests CD4, CrAg et TB LAM, directement dans les cliniques locales. Ce progrès a considérablement réduit la nécessité pour les patients de se rendre dans des centres spécialisés éloignés, améliorant ainsi l'accès à des soins opportuns. L'introduction de procédures opérationnelles normalisées dans tous les laboratoires a encore amélioré l'efficacité du site, garantissant une qualité constante des services et la durabilité, même lorsque de nouveaux membres du personnel rejoignent l'équipe. Les mentors ont observé une nette amélioration de la gestion des laboratoires, du contrôle des stocks et de la tenue des dossiers des patients, ce qui a rendu les laboratoires plus organisés et plus efficaces.

a. Approvisionnement

Au cours du mentorat, les techniciens de laboratoire ont reçu une formation approfondie qui leur a permis d'offrir des tests supplémentaires tels que Visitec (test qualitatif rapide des CD4), TB LAM et CrAg au niveau des cliniques, ce qui a joué un rôle crucial dans la décentralisation du diagnostic de

l'AHD et du diagnostic/traitement des infections opportunistes. Cette formation a été soutenue par un approvisionnement régulier en matériel de laboratoire, ce qui a permis de réaliser ces tests sans interruption. Cependant, après la fin du mentorat, les cliniques ont commencé à connaître de fréquentes pénuries de matériel de laboratoire et de formulaires essentiels pour l'enregistrement des informations sur les patients. Les livraisons incohérentes et insuffisantes du MISAU sont devenues un obstacle majeur, rendant difficile la mise en œuvre complète des stratégies et des compétences acquises au cours du mentorat. L'incapacité à maintenir une chaîne d'approvisionnement régulière a mis à rude épreuve les prestataires de soins de santé, qui doivent souvent appeler leurs collègues chaque semaine pour obtenir des tests et des réactifs essentiels.

" L'approvisionnement en ARV est toujours constant, mais en ce qui concerne le laboratoire, le mentorat de MSF a vraiment amélioré notre capacité à effectuer des tests en nous donnant à la fois la formation et tout le matériel dont nous avons besoin. Malheureusement, après le départ de MSF, le matériel a commencé à manquer. Aujourd'hui, si nous voulons effectuer des tests CD4 ou quoi que ce soit d'autre, nous devons soumettre de multiples demandes au MISAU, demander des faveurs et compter sur nos relations personnelles. Nous avons les compétences nécessaires et nous savons à quel point c'est crucial pour chaque patient. Nous voulons les empêcher d'évoluer vers un stade avancé du VIH, mais sans les fournitures nécessaires pour les tests de tuberculose, les dépistages de CrAg ou la numération des CD4, nous avons les mains liées. C'est frustrant - le système semble cassé, vous savez ?"

Mentoré, Centre de santé de Nhaconjo

b. Infrastructures

Les capacités des laboratoires des centres de santé varient considérablement, ce qui met en évidence un manque d'infrastructure critique dans le système de soins de santé. Les cliniques comme Ponta Gêa se sont distinguées par leurs laboratoires biomoléculaires avancés, capables de réaliser un large éventail de tests de diagnostic, servant de centres de référence pour les établissements plus petits et moins bien équipés. Cette infrastructure a permis à Ponta Gêa de fournir des diagnostics rapides et précis, contribuant ainsi à l'amélioration des soins et des résultats pour les patients. Cependant, ces installations bien équipées étaient l'exception plutôt que la règle.

En revanche, les cliniques rurales comme Ceramica et Marrocanhe n'ont pu fournir que des tests rapides de base en raison d'un manque d'infrastructure, d'équipement et de personnel qualifié. Ces cliniques ne disposaient pas de services de laboratoire essentiels, tels que la numération des CD4, les tests de charge virale et les hémogrammes, qui sont cruciaux pour le suivi et la gestion du VIH et d'autres maladies chroniques. Sans ces diagnostics avancés, les prestataires de soins de santé de ces cliniques ont eu beaucoup de mal à fournir des soins exhaustifs, ce qui a souvent eu pour effet d'orienter les patients vers des établissements plus importants. Malheureusement, ce système d'orientation était loin d'être efficace. De nombreux patients ne revenaient pas avec les résultats de leurs tests, soit en raison des distances à parcourir, soit en raison des coûts de transport, soit parce qu'ils ne comprenaient pas l'importance du suivi, ce qui perturbait la continuité des soins et compromettait l'efficacité du traitement.

Même les cliniques disposant d'une infrastructure de laboratoire plus adéquate, comme le centre de santé de Nhaconjo, ont eu du mal à fournir des services de dépistage ininterrompus. Bien que coordonné par l'Église catholique et bénéficiant d'un soutien substantiel de la part de donateurs tels que le PEPFAR, l'USAID et les agences gouvernementales italiennes, Nhaconjo a été confronté à de fréquentes pénuries d'approvisionnement qui l'ont empêché d'offrir des diagnostics complets. Lors d'une visite sur le terrain, le responsable du laboratoire a indiqué qu'il avait dû interrompre les tests plus tôt dans la journée en raison du manque de fournitures nécessaires. Malgré les efforts du responsable pour obtenir du matériel en contactant d'autres cliniques de santé et en demandant des faveurs, ainsi qu'en contactant le MISAU, la pénurie a persisté. Le laboratoire n'a donc pas pu répondre aux besoins des patients pendant le reste de la semaine, entraînant des retards dans le diagnostic et le traitement.

Ces incidents soulignent un problème systémique plus large : l'incohérence des services de laboratoire dans les différents centres de santé entraîne des disparités importantes dans les soins aux patients. Les cliniques disposant d'installations de laboratoire bien établies peuvent fournir des soins de meilleure qualité, tandis que celles qui ne disposent pas de telles ressources désavantagent les patients. L'impossibilité d'effectuer des tests cruciaux, tels que la mesure de la charge virale et la numération des CD4, entrave non seulement le suivi efficace des patients, mais contribue également au risque d'échec du traitement et à la propagation d'infections opportunistes.

Cette situation met en évidence le besoin urgent d'investir dans les infrastructures de laboratoire et la gestion de la chaîne d'approvisionnement afin de garantir la disponibilité de soins complets au point de service. Le renforcement des capacités des laboratoires dans les zones rurales et mal desservies est essentiel pour améliorer les résultats des soins de santé et garantir que tous les patients, où qu'ils se trouvent, aient accès aux outils de diagnostic nécessaires et à des interventions opportunes. Garantir un approvisionnement régulier et adéquat en matériel de laboratoire, ainsi que l'entretien des équipements essentiels, devrait être une priorité pour combler les lacunes en matière de soins et prévenir d'autres perturbations dans la prestation de services.

APERÇU DES OBSERVATIONS FAITES SUR LE TERRAIN DANS 10 CENTRES DE SANTE

Vue d'ensemble des centres de santé

Les visites de terrain effectuées dans dix centres de santé à Beira ont révélé d'importantes disparités en termes d'infrastructures, de ressources et de prestations de services. Les centres gérés par le ministère de la santé (MISAU) souffrent souvent d'un manque de ressources, comme en témoignent le mobilier obsolète, les équipements en mauvais état et le manque général de fournitures essentielles (kits de laboratoire et réactifs, par exemple). En revanche, les établissements gérés ou soutenus par des organisations internationales telles que la Communauté de Sant'Egidio et l'Église catholique, et financés par des entités telles que le PEPFAR, l'USAID et le gouvernement italien, disposaient de meilleures infrastructures, de fournitures adéquates et d'un environnement mieux organisé. Ces établissements disposaient d'équipements modernes, de bâtiments bien entretenus et utilisaient des outils de pointe tels que des ordinateurs pour la tenue des dossiers des patients.

Soins et traitement du VIH/SIDA

Tous les centres fournissaient des soins en matière de VIH/SIDA, mais la qualité et l'étendue des services variaient considérablement. Les 10 centres visités ont participé au mentorat de MSF et ont

montré des améliorations substantielles dans la prise en charge du VIH, en particulier dans la gestion du VIH à un stade avancé. Ces cliniques ont adopté une approche plus globale, offrant une gamme de services tels que la numération des CD4, le test de charge virale, le dépistage de la TB-Lam et de la CrAg, ce qui a permis une prise en charge plus précise et plus efficace des patients. Par exemple, la clinique Sant'Egidio du centre de santé de Chingussura offre un large éventail de services, notamment des soins aux adolescents et aux jeunes adultes, des soins pédiatriques et un traitement spécialisé du VIH dans un environnement bien équipé.

Cependant, l'accès à ces diagnostics avancés n'était pas uniforme d'un centre à l'autre. Dans de nombreux cas, une fois le mentorat de MSF terminé, les capacités de diagnostic avancées, telles que la numération des CD4 et le TB-Lam, ont été interrompues en raison d'un manque d'infrastructures ou de fournitures. Ce problème était particulièrement aigu dans les cliniques rurales comme Marrocanhe et Ceramica, où les patients n'avaient accès qu'aux tests rapides (lorsqu'ils étaient disponibles) et devaient être référés à des structures mieux équipées pour des diagnostics plus complexes.

Engagement communautaire et activisme

Les professionnels de la santé et les directeurs de cliniques des sites visités ont souligné le rôle crucial de l'engagement communautaire dans l'amélioration de l'accès aux soins des populations vulnérables. De nombreux centres de santé ont établi des partenariats solides avec des organisations communautaires locales et des activistes, qui jouent un rôle essentiel de lien entre les services de santé et les groupes difficiles à atteindre. Ces collaborations se sont avérées particulièrement efficaces pour promouvoir l'observance des traitements et encourager l'utilisation des services de prévention. Des projets tels que "maman-mentor" (mãe mentora) pour les femmes enceintes et "champions masculins" (homen campeão) pour les hommes ont permis d'assurer la continuité des soins. Les activistes locaux s'adressent de manière proactive aux patients qui manquent des rendez-vous de suivi ou négligent de renouveler leurs médicaments antirétroviraux, en les soutenant et en les encourageant à reprendre leur traitement. Les représentants d'organisations communautaires telles que Takaezana et d'autres militants travaillant avec les populations clés jouent un rôle clé dans l'identification et l'engagement de ces groupes, en leur offrant des conseils et un soutien pour les aider à accéder aux services de santé essentiels.

Au centre de santé d'Inhamizua, par exemple, les activistes communautaires ont joué un rôle essentiel dans la localisation et le réengagement des patients qui avaient abandonné leur traitement, ce qui a permis d'améliorer considérablement les taux d'observance pour des maladies telles que le VIH et la tuberculose. Les pairs éducateurs de la communauté sont particulièrement efficaces pour atteindre les populations clés, offrant des services tels que le conseil, le dépistage rapide, la distribution de PrEP/PEP et l'orientation vers des soins spécialisés. Leur implication a non seulement augmenté le recours aux services de santé, mais a également contribué à instaurer un climat de confiance entre ces communautés et les prestataires de soins, créant ainsi un environnement de santé plus inclusif et plus favorable.

Grâce à la collaboration entre MSF et Takaezana, de nombreux groupes vulnérables ont eu accès au dépistage du VIH et ont commencé à recevoir des ARV. Les activistes locaux jouent également un rôle essentiel dans le réengagement de ceux qui ont abandonné le traitement, en les accompagnant souvent à leurs rendez-vous.

“Sans nous, il est impossible d'atteindre les personnes qui ont le plus besoin d'aide - les transgenres, les travailleurs du sexe, les hommes homosexuels. Ils craignent d'aller dans les cliniques parce qu'ils pensent qu'ils seront traités comme des salauds, ou ils ne savent tout simplement pas ce à quoi ils ont droit ou comment le demander. Nous sommes le pont, nous les aidons à se rendre à la clinique et nous nous assurons qu'ils se sentent suffisamment en sécurité pour y retourner. Nous ne nous contentons pas de les faire entrer, nous nous battons pour qu'elles reçoivent les soins et le respect qu'elles méritent.”

Activiste

Défis persistants et manque de ressources

Malgré les progrès réalisés grâce au mentorat, plusieurs défis importants persistent. L'un des principaux problèmes est la pénurie constante de fournitures de laboratoire et de médicaments essentiels pour le traitement des infections opportunistes. De nombreuses cliniques sont confrontées à des pannes fréquentes ou à l'absence totale d'appareils de mesure des CD4, ce qui nuit gravement à l'efficacité du suivi et du traitement des patients. Ce manque d'équipement oblige les patients à être orientés vers d'autres établissements pour des tests avancés, ce qui entraîne des retards et une forte probabilité que les patients ne reviennent pas pour des soins de suivi.

Ces manques de ressources sont particulièrement prononcés dans les zones rurales, difficiles d'accès. Par exemple, le centre de santé de Ceramica manque d'un laboratoire dédié et de techniciens de laboratoire - une situation qui ne s'est améliorée que temporairement lorsque l'aide de MSF a été fournie. Une fois le mentorat terminé, la clinique s'est remise à n'offrir que des tests rapides de base (jusqu'à épuisement des stocks), laissant une lacune critique dans les services de diagnostic complets. En outre, bien que le programme de mentorat ait contribué à réduire la stigmatisation à l'égard des populations clés, la discrimination et les mauvais traitements restent des problèmes dans certaines régions. Les rapports indiquent que certains prestataires de soins de santé sont encore dédaigneux ou refusent de fournir des services essentiels tels que la PrEP/PEP et les tests rapides, en particulier aux travailleurs du sexe et à d'autres groupes marginalisés. Dans certaines cliniques, la qualité des soins prodigués à un patient continue de dépendre fortement de l'agent de santé en poste. Cette incohérence exacerbe la stigmatisation et constitue un obstacle important à l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables.

Observations d'incidents négatifs

Les visites sur le terrain ont permis de découvrir plusieurs incidents négatifs qui soulignent des problèmes persistants au sein de l'organisation du système de santé, en particulier en ce qui concerne le traitement des populations clés. Dans certains cas, les prestataires de soins ont été observés en train d'élever la voix sur les patients, créant un environnement de malaise et de peur.

Par exemple, dans une clinique, un patient âgé séropositif s'est vu refuser des soins parce qu'il était arrivé "trop tard", alors qu'il n'était que 11 heures et qu'il était possible de prendre rendez-vous jusqu'à midi. Le patient, visiblement en détresse, a quitté la clinique, mettant en évidence la nature rigide et parfois arbitraire de l'accès aux soins de santé.

Un autre incident troublant concerne un groupe de trois travailleuses du sexe, dont une militante de l'organisation communautaire Takaezana, qui se sont présentées à une clinique pour obtenir des soins

et des conseils après un viol sur l'une d'entre elles. Malgré leur grande vulnérabilité, elles se sont heurtées à de nombreux obstacles. Elles ont été arrêtées à plusieurs reprises par le personnel de sécurité, l'infirmière en chef et l'infirmière responsable des soins sexuels et reproductifs. À chaque arrêt, elles ont été contraintes d'expliquer à plusieurs reprises la raison de leur visite, ce qui a aggravé la charge émotionnelle de la femme qui cherchait à recevoir des soins après un viol.

Ce processus fragmenté et bureaucratique a non seulement retardé leur accès aux soins, mais les a également soumises à une série de questions invasives, renforçant ainsi la stigmatisation à laquelle elles étaient déjà confrontées. À la fin de la matinée, elles ont été informées que les tests rapides de dépistage du VIH et de la syphilis étaient réservés exclusivement aux femmes enceintes, ce qui a renforcé leur sentiment d'être mal accueillies et dévalorisées. Se sentant maltraitées et déshumanisées, elles ont quitté la clinique sans avoir reçu de conseils ou de soins approfondis.

De tels incidents contribuent de manière significative à l'érosion de la confiance dans les services de santé, en particulier parmi les groupes déjà confrontés à des obstacles considérables en matière d'accès. Pour des personnes comme les travailleuses du sexe qui cherchent à obtenir des soins après un viol, ces expériences sont un rappel brutal de la discrimination qui existe encore au sein du système. Elles exacerbent les sentiments de marginalisation et peuvent décourager ces groupes de rechercher les soins médicaux nécessaires à l'avenir, pouvant entraîner une aggravation de leur état de santé.

IMPACT

FORMATION ET IMPACT SUR LES COMPETENCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL

Le programme de mentorat a clairement eu un impact significatif, instillant un sentiment de responsabilisation parmi le personnel de santé. Nombre d'entre eux ont acquis des compétences et des connaissances précieuses pour gérer des cas complexes, en particulier parmi les populations clés et les patients atteints d'AHD. Dans certaines cliniques, ceux qui avaient bénéficié du mentorat de MSF étaient considérés comme des champions locaux, conduisant à des améliorations dans les soins aux patients et mettant en œuvre de nouveaux protocoles. Cela a conduit à des évaluations plus approfondies des patients, à un meilleur suivi de l'observance des ARV et à une approche plus compatissante et centrée sur le patient, en particulier pour les groupes vulnérables comme les travailleurs du sexe, les HSH et les survivants de la violence sexuelle et sexiste.

Selon la majorité des mentors et des mentorés, le mentorat de MSF a amélioré la qualité de la prestation des soins de santé dans les centres visités. Les travailleurs de la santé qui ont participé au mentorat ont fait état d'un changement transformateur dans leur pratique, passant d'un style de soins routinier et axé sur les tâches à un modèle plus réfléchi, empathique et centré sur le patient.

Par exemple, une infirmière diplômée du centre de santé de Chingussura a décrit comment le mentorat a fondamentalement changé son approche du soutien aux survivantes de violences sexuelles. Avant de recevoir le mentorat, elle ne fournissait que les soins de base nécessaires après un viol, mais maintenant elle offre des conseils plus personnalisés adaptés aux expériences et aux besoins individuels de chaque survivant et souligne l'importance des visites de suivi pour assurer un soutien continu. De même, une responsable clinique a expliqué qu'avant le mentorat, son principal objectif était de faire passer les patients par la clinique le plus rapidement possible. Aujourd'hui, elle prend le temps de recueillir des antécédents médicaux détaillés et d'effectuer des évaluations cliniques approfondies, en veillant à ce que même les patients apparemment en bonne santé soient

soigneusement examinés pour détecter les signes d'un VIH avancé et soient orientés vers d'autres tests et traitements, le cas échéant.

Le mentorat a également contribué à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés. Les prestataires de soins de santé qui ont été formés sont devenus plus compréhensifs et moins critiques, ce qui a conduit à un environnement plus accueillant pour les personnes infectées par le VIH, telles que les travailleurs du sexe, les HSH et les transsexuels. Par exemple, les professionnels de la santé ont commencé à offrir des services tels que la PrEP, la PEP et des conseils personnalisés, qui étaient auparavant inaccessibles ou difficiles à obtenir.

Les participants aux groupes de discussion étaient tout à fait d'accord pour dire que le mentorat était inestimable pour renforcer leur capacité à fournir de meilleurs services de santé, en particulier en ce qui concerne les soins avancés du VIH et le travail avec les populations clés. Le mentorat a considérablement amélioré leurs connaissances, leurs compétences et leur confiance, ce qui a conduit à une approche plus complète et plus centrée sur le patient dans leur pratique.

Avant le mentorat, certains participants évitaient de fournir des soins aux travailleurs du sexe et aux HSH en raison de préjugés personnels et d'un certain malaise. Grâce au mentorat, ils ont acquis une meilleure compréhension et sont devenus plus ouverts à l'idée d'offrir des conseils appropriés, de prescrire la PrEP et la PEP et de fournir un soutien complet. Ce changement de perspective a non seulement amélioré leur pratique professionnelle, mais a également élargi leur vision en tant que prestataires de soins de santé.

“Avant le mentorat, je me sentais mal à l'aise et j'évitais de travailler avec des travailleurs du sexe et des homosexuels à cause de mes propres préjugés. Mais la formation m'a vraiment ouvert les yeux ! J'ai réalisé qu'il ne s'agissait pas de juger qui que ce soit, mais d'être là pour aider. Ce sont mes patients, après tout, et ce qu'ils font dans leur vie privée ne devrait pas avoir d'importance. Après le mentorat, je me sens beaucoup plus confiant pour les approcher, leur offrir des conseils appropriés et leur prescrire la PrEP et la PEP. Le mentorat de MSF a vraiment fait de moi un meilleur prestataire de soins de santé et m'a montré ce qu'est la véritable prise en charge d'un patient.”

Mentoré, Centre de santé d'Inhamizua

“Le mentorat nous a vraiment ouvert les yeux. Nous avions l'habitude de penser que si un patient marchait sans aide, répondait rapidement à nos questions et avait l'air en bonne santé, il allait bien. Aujourd'hui, nous creusons plus profondément, nous posons les bonnes questions et nous recherchons les signes d'un VIH avancé. Cela a fait une énorme différence – nous détectons les infections à un stade précoce, nous donnons aux patients le traitement dont ils ont besoin et nous sauvons des vies.”

Mentoré, Centre de santé Ceramica

« J'avais l'habitude de voir un patient entrer dans la salle de consultation et de me dire « Bien, il a l'air d'aller bien ». Mais maintenant, je sais que le fait de pouvoir marcher ne veut pas dire grand-chose. Il peut être en train d'entrer et s'effondrer soudainement, mourant juste devant moi. Le VIH est une maladie délicate, et il est impossible de savoir qui va vraiment bien rien qu'en le regardant. Il est impossible de juger de l'état de santé d'une personne sur la seule base de son apparence. Je ne savais pas cela avant le mentorat de MSF. »

Mentoré, Centre de santé de Nhangau

CHANGEMENTS DANS LES SERVICES VIH APRES LE MENTORAT

Le mentorat de MSF a eu un impact significatif sur les services VIH dans la communauté, les transformant en un ensemble complet qui va au-delà de la simple fourniture d'ARV. Ces services comprennent désormais l'accès à la PrEP et à la PEP, la disponibilité des préservatifs, le soutien psychologique et des unités mobiles qui atteignent les personnes qui ne peuvent pas se rendre dans les cliniques. De nombreux participants ont remarqué des améliorations significatives dans la qualité et l'accessibilité de ces services.

Le mentorat a joué un rôle crucial dans la réduction de la discrimination au sein des cliniques de santé. Les patients savent désormais mieux quels sont les professionnels de santé qui les accueillent et les soutiennent. Ces professionnels s'engagent avec les patients de manière empathique, en écoutant leurs besoins et leurs difficultés sans les juger. Cela a changé de manière positive la façon dont les gens perçoivent et s'engagent dans les services de lutte contre le VIH.

“Je sais que je peux faire confiance à l'infirmière S. Elle ne me regarde pas avec dégoût et ne se contente pas de me donner des préservatifs en me disant de penser aux femmes et aux enfants de mes clients. Elle vaut mieux que cela. Elle s'assoit avec moi, écoute ce que je vis vraiment et élabore un plan pour m'aider à prendre mes ARV à temps, même si je travaille tard et couche avec de nombreux hommes pour nourrir mes propres enfants. C'est nouveau, et c'est grâce au mentorat de MSF que nous avons maintenant des gens comme l'infirmière S. comme alliés.”

Activiste

Cependant, tous les professionnels de la santé n'ont pas participé à la formation de MSF et nombre d'entre eux continuent d'appliquer des pratiques discriminatoires. Le Mozambique reste un pays conservateur où les rôles des hommes et des femmes sont rigides, et les travailleurs du sexe, les HSH et les transgenres sont souvent victimes d'une grave stigmatisation. Une femme transgenre a souligné la persistance de l'homophobie et de la transphobie dans les services de santé :

“Chérie, quand j'entre dans la clinique, tous les yeux sont braqués sur moi - et pas dans le bon sens ! [Je mesure 1,80 m, j'adore me maquiller et je porte toujours ma capulana [sari coloré utilisé au Mozambique]. Alors, dès que j'entre, certains se mettent à rire, d'autres détournent le regard, et certains m'insultent même. Il me faut beaucoup de force pour garder la tête haute, m'asseoir et attendre que mon médecin m'appelle. J'ai perdu le compte du nombre de fois où j'ai manqué mon rendez-vous mensuel parce que je ne pouvais pas le supporter ce jour-là. Vous m'interrogez sur le mentorat de MSF, n'est-ce pas ? Oui, c'était intéressant, et dans certaines cliniques, quand j'accompagne un ami gay, on peut voir qu'ils sont un peu plus accueillants. Mais dans l'ensemble, je dois dire que peu de choses ont changé. Nous sommes toujours maltraités, parfois par la sécurité ou par d'autres patients, mais parfois aussi par les médecins et les infirmières.”

Activiste

Des impacts spécifiques et significatifs ont été constatés sur certains aspects clés du continuum de soins du VIH. Il s'agit notamment des éléments suivants :

- **Amélioration des soins avancés en matière de VIH** : Le mentorat a permis de démystifier certaines idées fausses, comme le fait de supposer qu'un patient d'apparence saine ne peut pas être gravement immunodéprimé ou avoir des co-infections cachées. Les mentorés ont appris à mener des consultations approfondies, en posant des questions détaillées pour détecter les signes d'un VIH avancé. Cette approche proactive a permis de détecter et de traiter rapidement les co-infections, réduisant ainsi le nombre d'hospitalisations et sauvant des vies. Les participants se sont sentis habilités à appliquer ces pratiques avec une plus grande confiance dans leurs interactions quotidiennes avec les patients. Les mentorés ont fait état d'un changement fondamental dans leur compréhension de ce qui constitue un patient en bonne santé. Ils ont appris à regarder au-delà des apparences physiques, reconnaissant qu'un patient qui semble en bonne santé peut néanmoins être exposé à un risque de VIH avancé. Cette approche nuancée a permis des interventions plus précoces et plus précises, améliorant ainsi les résultats globaux pour les patients.
- **Réorganisation des services** : Au départ, les mentorés ont eu du mal à mettre en œuvre l'anamnèse complète requise pour l'évaluation du VIH à un stade avancé, ce qui a entraîné des temps de consultation prolongés et la frustration des patients. En réponse, les services ont été réorganisés pour améliorer le flux des patients. Les cliniques disposent désormais d'espaces dédiés aux patients à un stade avancé de la maladie à VIH, aux patients séropositifs non avancé, aux soins pédiatriques du VIH et aux soins prénataux pour les femmes enceintes vivant avec le VIH/sida. Cette nouvelle approche permet des soins plus ciblés et efficaces.

IMPACT DES UNITES DE SOINS MOBILES

L'une des stratégies les plus efficaces mises en œuvre dans le cadre du mentorat de MSF a été l'introduction d'unités de santé mobiles. Ces unités ont rendu les services liés au VIH plus accessibles aux populations clés, en leur offrant des tests rapides, des examens de laboratoire et un traitement

immédiat d'une manière qui était auparavant inaccessible. La commodité des unités mobiles a permis aux gens d'accéder aux soins de santé dans un environnement familial, sans craindre le jugement ou la stigmatisation souvent associés aux cliniques traditionnelles. Bien que de nombreux participants aient exprimé leur tristesse face à l'arrêt des unités mobiles, ils ont reconnu que ces initiatives avaient permis d'établir des relations solides entre les patients et les professionnels de la santé. Ces travailleurs sont devenus leurs "personnes de confiance" au sein des cliniques - des personnes de confiance dans un système de santé par ailleurs intimidant et souvent peu accueillant.

"MSF a vraiment tout changé. Il est plus facile maintenant d'aller dans une clinique et d'obtenir le traitement dont nous avons besoin ; nous savons à qui nous adresser, qui connaîtra nos noms et nous traitera avec respect. Ce n'est pas parfait, surtout quand ceux qui ont bénéficié du mentorat de MSF ne sont pas à la clinique... C'est alors que nous nous sentons à nouveau comme des déchets... Ce serait bien si tout le monde dans la clinique était formé à nous respecter. Nous sommes tous des êtres humains, et à l'intérieur d'une clinique, nous sommes tous des patients."

Activiste

La dépendance à l'égard de certains professionnels de la santé pose toutefois des problèmes. De nombreux patients ont tissé des liens de confiance avec certaines infirmières ou certains médecins, et lorsque ces personnes de confiance sont mutées ou indisponibles, les patients se sentent peu soutenus et vulnérables. Cette dépendance à l'égard de certains membres du personnel révèle une lacune dans le système : la composante "mentorat" n'a pas complètement transformé la culture générale des soins de santé, ce qui entraîne un manque d'uniformité dans la qualité des soins et du respect fournis.

Un participant a fait part de l'impact émotionnel de la perte de son prestataire de soins de santé de confiance :

"Doc, je connais l'infirmière Y. Elle travaillait dans une unité mobile et j'étais habituée à elle. Elle connaissait mes antécédents, elle savait de quels traitements j'avais besoin et elle n'a jamais fait de commentaires préjudiciables sur le fait que j'étais une travailleuse du sexe. C'était une bonne personne. Je la cherchais donc toujours à la clinique. Mais un jour, j'ai appris qu'elle avait été transférée dans une autre clinique, loin de chez moi... J'ai pleuré quand j'ai appris cela parce que c'était la seule personne en qui j'avais vraiment confiance, et elle me connaissait, elle connaissait mes problèmes - c'était la première bonne infirmière que je voyais depuis longtemps... Maintenant, je me sens un peu perdue, vous savez ? Je vais à la clinique, mais j'ai l'impression qu'ils parlent de moi dans mon dos, qu'ils me jugent parce que je suis une travailleuse du sexe."

Activiste

Cela met en évidence la fragilité de la confiance des patients lorsqu'elle repose sur des relations individuelles plutôt que sur un changement systémique. Si le mentorat a permis des améliorations significatives, il reste un besoin urgent de formation plus large et de changements culturels au sein du système de soins de santé. Les patients ne devraient pas avoir à compter sur le fait de trouver leur

"personne de confiance" dans les cliniques, mais devraient au contraire être en mesure de croire que tous les travailleurs de la santé les traiteront avec la dignité et le respect qu'ils méritent. Tant que cela ne sera pas le cas, les populations vulnérables, telles que les travailleurs du sexe et les autres populations clés, continueront d'être confrontées à des disparités en matière de soins, se sentant aliénées lorsque leurs prestataires de confiance ne sont plus disponibles.

Le succès des unités de santé mobiles et du mentorat démontre le potentiel de création d'un système de soins de santé plus inclusif, mais le maintien de ces progrès nécessite des changements systémiques plus profonds. Les travailleurs de la santé à tous les niveaux doivent être formés pour fournir des soins non moralisateurs et centrés sur le patient, en veillant à ce que chaque personne qui entre dans une clinique se sente en sécurité et respectée, quelle que soit son origine ou sa situation.

IMPACT SUR LE MORAL ET LES SOINS AUX PATIENTS

Certains participants ont rapporté que les populations clés subissent encore des temps d'attente plus longs que les autres patients et, dans certains cas, se voient refuser des services essentiels comme la PEP/PrEP et les tests de dépistage rapide. En accompagnant ces personnes, les activistes agissent comme des pairs navigateurs au sein du centre de santé, contribuant à atténuer ces difficultés et à garantir l'accès aux services nécessaires.

Une participante a fait part d'une expérience au cours de laquelle elle a accompagné deux autres travailleuses du sexe dans une clinique pour y subir un test rapide de dépistage du VIH. Malgré une longue attente, on leur a finalement dit que la clinique n'avait plus de tests. Cela s'est produit même après la mise en œuvre du mentorat de MSF, soulignant la persistance de la stigmatisation et de la discrimination dans certains services.

Le décalage entre les compétences acquises par les travailleurs de la santé au cours du mentorat et leur incapacité à les appliquer pleinement en raison de la limitation des ressources a un impact significatif sur le moral des troupes. Malgré leur meilleure compréhension des interventions vitales, de nombreux travailleurs de la santé se trouvent dans l'incapacité de fournir la qualité de soins qu'ils savent possible. Les obstacles systémiques - tels que les pénuries de fournitures, les infrastructures médiocres et le manque de cohérence du soutien - sapent les progrès réalisés au cours du mentorat, jetant un doute sur la durabilité des services décentralisés d'AHD.

Si le volet "mentorat" a permis d'améliorer de manière significative la qualité des soins liés au VIH et de doter les travailleurs de la santé de compétences essentielles, le manque de soutien constant de la part du MISAU, ainsi que les problèmes logistiques persistants, menacent d'éroder ces progrès. Les perturbations de la chaîne d'approvisionnement, l'insuffisance des ressources de laboratoire et l'absence de médicaments essentiels ont créé un environnement où les décès évitables et les retards de traitement persistent.

Un mentoré a exprimé sa frustration face aux défis actuels :

“Les décès évitables dus à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses ou à un stade avancé du VIH en raison d'un diagnostic tardif se produisent toujours. C'est moins fréquent aujourd'hui, mais c'est toujours le cas. Même après tous les efforts et le formidable mentorat de MSF. Le pire ? Nous devons faire face à l'inefficacité du MISAU - stocks vides, tests manquants, mauvaises conditions de laboratoire, pas de misoprostol. Nous savons que nous pourrions faire mieux, et c'est ce qui rend la situation si déchirante.”

Mentoré, Centre de santé de Macurungo

Le retrait du soutien de MSF a donné à de nombreux travailleurs de la santé un sentiment d'abandon. Ils pensent qu'un retrait plus progressif, avec une surveillance continue pour assurer le bon fonctionnement de l'orientation des patients, des activités de laboratoire et des chaînes d'approvisionnement, aurait permis de mieux soutenir les améliorations apportées pendant le mentorat.

“Est-ce la faute de MSF ? Non. Mais c'est notre réalité aujourd'hui. Il aurait été préférable que MSF reste un peu plus longtemps, en assurant un retrait progressif de chaque service et en veillant à ce que tous les flux d'informations, les références des patients, les activités de laboratoire et les stocks de fournitures fonctionnent correctement. Aujourd'hui, sans l'influence de MSF, nous devons nous battre seuls pour obtenir les fournitures de base dont nous avons besoin. Et ça ne marche pas.”

Mentoré, Centre de santé de Nhaconjo

Un autre mentoré a souligné que l'absence d'outils de diagnostic essentiels, tels que le Visitec pour les tests de numération des CD4, a perturbé la décentralisation des soins. Ce manque de ressources oblige les patients à parcourir de longues distances pour se rendre dans des centres spécialisés, ce que beaucoup d'entre eux ne peuvent pas se permettre, ce qui entraîne des diagnostics manqués et des traitements retardés.

“Comment peut-on parler de décentralisation si les patients doivent parcourir de longues distances pour se rendre dans des services spécialisés, simplement pour obtenir leur taux de CD4 ? Avec MSF, nous avions Visitec, qui pouvait nous dire en quelques minutes si le patient avait moins de 200 CD4, ce qui nous permettait de tester d'autres infections opportunistes et de les traiter immédiatement. Mais maintenant, nous devons les référer... Que se passe-t-il s'ils n'ont pas le temps ou l'argent pour se déplacer ? Et s'ils n'ont personne pour s'occuper de leurs enfants ? De nombreux patients n'y vont tout simplement pas, ne sont pas diagnostiqués à un stade avancé du VIH et ne bénéficient pas des tests et du traitement dont ils ont besoin. Nous savons ce que nous devrions faire, mais nous sommes incapables d'appliquer ce que nous avons appris pendant le mentorat de MSF parce que nous n'avons pas les ressources pour le faire. Et cela me frustre, me met même en colère...”

Mentoré, Centre de santé de Marrocanhe

“Au début, les évaluations détaillées prenaient beaucoup de temps et les patients se sentaient frustrés par les longues attentes. Nous avons donc dû changer les choses. Aujourd'hui, nous avons des salles séparées pour l'AHD, les soins réguliers du VIH, les enfants séropositifs et les femmes enceintes séropositives. Tout se déroule plus facilement et nous permet d'apporter des soins plus ciblés à chaque patient.”

Mentoré, Centre de santé de Nhaconjo

Cette lutte permanente souligne l'importance d'un soutien logistique durable, et pas seulement d'une composante de mentorat, pour le succès à long terme des services de santé décentralisés. Sans les ressources et les infrastructures nécessaires, les travailleurs de la santé sont incapables de fournir les soins de qualité pour lesquels ils ont été formés, ce qui continue à affecter leur moral et la qualité des soins prodigués aux patients.

DURABILITÉ DE L'IMPACT DU MENTORAT

Bien que le programme de mentorat ait démontré son potentiel - réduction des avortements à risque, amélioration des soins pour les survivantes de violences sexuelles et renforcement des compétences des travailleurs de la santé - les mentors ont exprimé des inquiétudes quant à sa viabilité sans un soutien externe continu. Les pénuries chroniques de financement et le manque de personnel du MISAU sont des obstacles importants au maintien du programme de manière indépendante. De plus, le manque de fournitures essentielles dans de nombreuses cliniques complique les efforts pour maintenir et développer les résultats du mentorat sans MSF ou d'autres organisations de soutien.

"Pour que le mentorat survive vraiment à Beira et au-delà, nous avons besoin de plus que de bonnes intentions. Nous avons besoin d'un soutien financier solide et, honnêtement, je ne pense pas que le MISAU puisse le fournir de manière constante, en particulier avec les pénuries d'approvisionnement que nous constatons partout. Nous devons également évaluer les besoins spécifiques de chaque région avant de lancer le mentorat ailleurs et travailler en étroite collaboration avec les organisations locales. Sans cela, je ne vois pas comment le mentorat peut être maintenu ou étendu, en particulier avec le système de santé déjà très sollicité."

Mentor

"Ce qui est étonnant, c'est que même après la fin de la formation formelle, les mentorés ont continué à me contacter. Ils m'appellent pour discuter de cas, partager des idées et demander des conseils. Cela montre que le mentorat ne s'est pas contenté d'enseigner des compétences, il a créé une culture de soutien et d'apprentissage continu. Les changements que nous avons apportés ne disparaîtront pas ; ils sont là pour durer."

Mentor

La composante "mentorat" semble avoir transformé la manière dont les travailleurs de la santé fournissent des services, démontrant que le transfert de connaissances pratiques et le soutien des mentors ont conduit de nombreux bénéficiaires à développer des compétences significatives, y compris des changements dans les attitudes et les croyances précédemment entretenues. Cette approche a renforcé leur capacité à fournir des soins complets et centrés sur le patient, permettant une intervention précoce dans les cas avancés de VIH et favorisant une plus grande empathie et une meilleure compréhension dans leur soutien aux populations clés.

Malgré l'atmosphère globalement positive, le personnel des cliniques a également montré des signes évidents d'anxiété quant à la pérennité de ces améliorations une fois que MSF aura mis un terme à ses activités. Cette inquiétude était particulièrement vive dans les cliniques rurales et à ressources limitées, où la dépendance à l'égard du soutien de MSF était la plus évidente. De nombreux membres du personnel ont fait part de leurs inquiétudes quant à l'interruption potentielle de services et de fournitures essentiels. Ils craignaient que sans le mentorat et les ressources continues de MSF, le maintien des progrès dans les soins aux patients, en particulier dans la gestion avancée du VIH, les services aux populations clés et le soutien à la violence sexuelle et sexiste, soit un immense défi.

Dans les cliniques où les infrastructures et les chaînes d'approvisionnement étaient déjà fragiles, la dépendance à l'égard de l'intervention de MSF était palpable. La fourniture de formulaires de documentation pour les patients en est un excellent exemple. Bien que ces formulaires puissent sembler un aspect mineur de la prestation de soins de santé, ils étaient essentiels pour tenir des dossiers précis, suivre les progrès des patients et assurer la continuité des soins. Sans eux, le personnel de la clinique craignait d'avoir du mal à tenir les dossiers méticuleux nécessaires pour fournir des soins efficaces et de qualité. Ces préoccupations soulignent l'importance non seulement des compétences

cliniques, mais aussi du soutien logistique pour garantir une prestation de soins de santé sur le long terme.

L'inquiétude portait également sur la continuité des activités et des améliorations qui avaient été initiées ou renforcées grâce au mentorat de MSF. Le personnel a exprimé la crainte que, sans la présence de MSF, le mentorat pour le personnel nouvellement embauché ou relocalisé ne soit pas une priorité pour le MISAU ou d'autres autorités locales, ce qui pourrait entraîner une baisse de la qualité des services. Les services améliorés et adaptés aux populations clés et les soins tenant compte des traumatismes pour les survivants de la violence sexuelle et sexiste ont été considérés comme des progrès qui pourraient facilement régresser sans un soutien, une formation et une supervision continus.

Cette incertitude a mis en évidence un thème commun dans les conversations avec le personnel des cliniques : le besoin urgent d'un soutien continu pour préserver les progrès réalisés dans les soins aux patients. Les travailleurs de la santé ont souligné qu'un investissement continu dans la formation, les fournitures et l'infrastructure était crucial pour s'assurer que les améliorations ne soient pas temporaires mais deviennent une caractéristique permanente du système de santé. Ils ont exprimé l'espoir que les futurs partenariats, que ce soit avec MSF ou d'autres organisations, s'appuieraient sur les bases établies pendant le projet de mentorat. Pour ces prestataires de soins de santé, s'assurer que les progrès réalisés dans les soins aux patients ne soient pas perdus nécessitera une collaboration, un financement et un engagement soutenus de la part de toutes les parties prenantes impliquées

REPLICABILITÉ

L'évaluation d'un projet ou d'un programme peut parfois donner lieu à une confusion entre la reproductibilité et la durabilité. Alors que la durabilité fait référence à la capacité d'un programme à maintenir ses résultats positifs sur le long terme, même après que le financement initial, les ressources ou le soutien externe aient diminué, la reproductibilité fait référence à la capacité d'un programme à être reproduit ou adapté avec succès dans différents environnements, contextes ou populations, produisant des résultats positifs similaires en suivant des procédures ou des lignes directrices établies.

La reproductibilité du programme de mentorat au Mozambique dépend de plusieurs facteurs critiques, comme le soulignent les commentaires des mentors. L'élargissement du mentorat - que ce soit pour les soins du VIH au stade avancé, les services de SSR, les services conviviaux pour les populations clés ou les améliorations de laboratoire - nécessitera un financement externe substantiel, des partenariats solides et le soutien du ministère de la Santé (MISAU). Les mentors ont souligné l'importance de mener des évaluations approfondies des besoins locaux, des capacités des cliniques et des ressources avant d'étendre ou de reproduire la composante de mentorat dans d'autres régions. Ces évaluations guideraient l'étendue du travail et aideraient à obtenir le financement nécessaire, en s'assurant que le programme puisse être efficacement étendu et reproduit.

L'expansion du programme de mentorat nécessiterait non seulement des ressources financières mais aussi une volonté politique, en particulier pour les services de santé sexuelle et reproductive des populations clés, où la stigmatisation de l'avortement et de la violence sexuelle reste un défi important. Le plaidoyer et des mentors bien formés seraient essentiels pour surmonter ces obstacles et reproduire les succès du programme.

“L’extension du mentorat sur le VIH avancé nécessiterait un financement externe substantiel, le soutien du MISAU et éventuellement la participation de cliniciens chevronnés ayant l’expérience du traitement du VIH avancé. Le succès d’une telle extension dépendrait d’une planification minutieuse, de l’allocation des ressources et de l’établissement de partenariats solides pour assurer la durabilité et la reproductibilité dans d’autres régions.”

Mentor

“L’extension du programme de mentorat en matière de santé sexuelle et reproductive à d’autres provinces nécessiterait non seulement un financement, mais aussi un soutien politique important. Des sujets comme l’avortement et les violences sexuelles sont très sensibles, et la stigmatisation reste un obstacle majeur. Pour réussir à passer à l’échelle supérieure, nous avons besoin d’un plaidoyer fort, d’une planification adéquate et de ressources substantielles. Si nous ne surmontons pas ces défis culturels et logistiques, il sera difficile de maintenir ou de reproduire le projet à plus grande échelle.”

Mentor

Et selon un **représentant du MISAU** :

“Le mentorat est certainement une composante essentielle de la décentralisation de la lutte contre le VIH, mais ce n’est qu’une pièce du puzzle. La décentralisation est une entreprise vaste et complexe. Si la formation, le développement des compétences et les mises à jour régulières sur les meilleures pratiques en matière de traitement sont essentiels, ils ne suffisent pas à eux seuls à réaliser une véritable décentralisation des soins liés au VIH. Pour décentraliser véritablement les soins liés au VIH, il faut également disposer d’un personnel adéquat, de fournitures fiables et d’une infrastructure solide. Le mentorat est-il important ? Absolument. Mais est-il suffisant en soi ? Non, il fait partie d’un cadre beaucoup plus large qui nécessite un soutien global dans de nombreux domaines. Je dirais qu’une certaine intensification est déjà en cours. Le protocole de lutte contre le VIH à stade avancé a récemment été intégré dans les lignes directrices du MISAU, ce qui constitue un développement important. Nous sommes optimistes quant à la poursuite de ces progrès, en particulier grâce à l’établissement de partenariats solides - peut-être avec MSF à nouveau ? Le MISAU est impatient d’étendre ce programme, mais le défi reste le manque de ressources pour soutenir efficacement l’extension du programme.”

En conclusion, bien que le programme de mentorat ait le potentiel d’être reproduit et élargi pour améliorer les résultats des soins de santé dans tout le Mozambique, son succès dépend fortement du financement externe, d’une planification méticuleuse et d’un soutien durable de la part du MISAU et des partenaires internationaux. Le programme doit être intégré dans une stratégie plus large qui comble les lacunes en matière de ressources, les besoins en infrastructures et les pénuries de personnel, en veillant à ce que le mentorat fasse partie d’un effort global et bien soutenu de décentralisation des soins liés au VIH.

CONCLUSION

L'évaluation du programme de mentorat dans le cadre du projet VIH de MSF à Beira fournit des informations essentielles sur sa pertinence, sa cohérence, son efficacité, son impact et sa reproductibilité. Chaque dimension révèle à la fois les succès et les défis rencontrés par l'initiative, en soulignant les domaines qui ont eu un impact et ceux qui requièrent une plus grande attention.

La composante "mentorat" a été une stratégie précieuse pour répondre aux besoins de Beira en matière de soins de santé, en particulier la prévalence élevée du VIH et les taux de mortalité associés à la maladie du VIH à un stade avancé (AHD). En adaptant l'approche aux contextes locaux, le volet "mentorat" a permis de lever les obstacles auxquels sont confrontées les populations marginalisées en matière d'accès aux soins. À la suite de ce volet, les professionnels de la santé sont devenus plus proactifs en demandant des tests CD4 et en orientant les patients vers des examens complémentaires, ce qui a permis un diagnostic et un traitement plus précoces des infections opportunistes. Malgré ces progrès, la stigmatisation persistante du VIH continue de dissuader les personnes de se faire soigner. Un mentorat continu pour le personnel qui n'a pas rejoint le programme au départ pourrait aider à combattre cette stigmatisation, tandis que les problèmes continus de la chaîne d'approvisionnement et les ressources de laboratoire inadéquates restent des obstacles à la gestion efficace de l'AHD. La résolution de ces problèmes systémiques est cruciale pour réaliser le plein potentiel de la composante de mentorat et éventuellement l'étendre à d'autres régions de la province de Sofala et à travers le Mozambique.

L'un des principaux atouts de la composante mentorat a été son intégration dans le cadre national de santé du Mozambique. En s'alignant sur les politiques visant à décentraliser les services de santé et à améliorer l'accès aux soins pour le VIH, la composante mentorat a favorisé la collaboration entre MSF, les autorités sanitaires locales et les établissements de santé. Cet alignement soutient les objectifs de santé publique plus larges du Mozambique en améliorant la disponibilité et la qualité des soins pour les populations mal desservies. Cependant, l'engagement irrégulier des parties prenantes locales, souvent motivé par des priorités concurrentes et des ressources limitées, pose problèmes. Un soutien politique et institutionnel durable sera essentiel pour assurer le succès à long terme du mentorat et son intégration dans les services de santé de routine.

L'efficacité de la composante mentorat est évidente dans l'amélioration des compétences, des connaissances et de la confiance des travailleurs de santé. Les participants ont fait état d'améliorations significatives dans la prestation de services complets en matière de VIH grâce au mentorat structuré, qui combinait l'apprentissage théorique et la formation pratique. Cette approche a permis de renforcer les compétences cliniques et d'améliorer le moral du personnel de santé. Les mentors ont joué un rôle essentiel dans l'amélioration de la prestation des soins de santé en partageant leurs connaissances spécialisées en matière de travail de laboratoire, de santé sexuelle et reproductive, de soins de santé primaires et de traitement de l'infection par le VIH. En dépit de difficultés telles que la résistance de certains travailleurs de la santé, le manque de formation formelle et la surcharge des cliniques, les mentors ont réussi à mettre en œuvre des améliorations dans les pratiques de laboratoire et les services de santé sexuelle et reproductive, contribuant ainsi à une approche des soins plus centrée sur le patient.

Toutefois, le volet "mentorat" a rencontré des limites. Le taux élevé de rotation du personnel et le nombre limité de professionnels ayant bénéficié de l'ensemble du volet "mentorat" ont influé sur la

mise en œuvre plus large des meilleures pratiques dans certains des centres de santé sélectionnés. L'accès irrégulier aux fournitures de laboratoire et aux médicaments essentiels continue d'entraver la pleine application des compétences acquises par les mentorés. Il est essentiel de combler ces lacunes en matière de ressources pour que les travailleurs de la santé puissent fournir des soins complets en temps opportun, maximisant ainsi l'impact de la composante "mentorat".

Le mentorat a également influencé positivement la prestation de soins de santé en augmentant les réorientations des patients et en renforçant l'engagement de la communauté. Les travailleurs de la santé responsabilisés sont devenus plus proactifs en effectuant des dépistages supplémentaires et en initiant un traitement opportun pour les infections opportunistes chez les patients diagnostiqués avec l'AHD. La composante de mentorat a également contribué à modifier les perceptions de la communauté sur les soins du VIH, en favorisant la confiance entre les prestataires de soins de santé et les groupes marginalisés. Cependant, il est difficile de maintenir ces changements positifs dans le temps en raison de la stigmatisation persistante et de l'engagement fluctuant de la communauté. Pour maintenir ces améliorations, il faudra continuer à mettre l'accent sur l'éducation et la défense des intérêts de la communauté afin de créer un environnement favorable à un accès équitable aux soins de santé.

Le modèle de "mentorat" présente un potentiel important de reproductibilité dans des environnements similaires à faibles ressources. Son approche structurée, qui met l'accent sur l'appropriation locale et le soutien continu, permet de l'adapter à différentes régions. L'enthousiasme des travailleurs de la santé à appliquer leurs compétences et à encadrer d'autres personnes suggère un effet d'entraînement possible qui pourrait renforcer les systèmes de santé de manière plus générale. Cependant, pour reproduire avec succès la composante de mentorat, il faudra tenir compte de la variabilité des ressources et assurer un soutien constant, notamment en ce qui concerne l'approvisionnement en fournitures médicales et le développement de l'infrastructure.

Plusieurs difficultés ont entravé la réalisation des objectifs du volet "mentorat", notamment les contraintes en matière de ressources et la forte rotation du personnel, qui perturbent la continuité et empêchent le renforcement des capacités à long terme. La stigmatisation entourant le VIH reste également un obstacle important, qui décourage les individus de se faire soigner.

L'évaluation s'est heurtée à des limites, telles que la taille restreinte de l'échantillon et la variabilité de la qualité des données, ce qui a rendu difficile l'évaluation de l'impact à long terme de la composante "mentorat". Une période d'évaluation plus longue sera nécessaire pour saisir pleinement les effets durables de l'initiative de mentorat. Les participants ont souligné que sans un soutien continu du MISAU et des ressources adéquates, les progrès réalisés pendant le mentorat pourraient être menacés.

En conclusion, le programme de mentorat du projet VIH de MSF à Beira s'est avéré être un modèle de transformation pour l'amélioration de la prestation des soins de santé au Mozambique. Son alignement sur les besoins locaux et sa cohérence avec les politiques nationales de santé soulignent sa pertinence et son potentiel d'efficacité à long terme. L'accent mis par la composante de mentorat sur le renforcement des capacités, la promotion de relations plus solides entre les prestataires de soins de santé et les communautés marginalisées, et l'amélioration des soins aux patients ont permis de réaliser des progrès significatifs pour combler les lacunes critiques dans les soins liés au VIH.

Toutefois, des problèmes tels que la pénurie de ressources et la stigmatisation persistante doivent être résolus pour garantir la durabilité et la reproductibilité. L'éducation permanente des

communautés, le plaidoyer et l'engagement avec les parties prenantes locales et nationales seront essentiels pour maintenir l'élan. Si l'infrastructure favorise avant tout la confidentialité des patients, elle joue également un rôle essentiel en offrant un espace sûr et privé pour les conseils sur des questions sensibles, telles que l'observance du traitement antirétroviral, l'avortement médicalisé, la violence sexuelle et sexiste, et d'autres questions de santé personnelle. Un investissement continu dans les infrastructures de santé et les ressources humaines est essentiel pour renforcer les meilleures pratiques apprises pendant le mentorat et pour assurer la durabilité à long terme des résultats positifs du programme. En tirant les enseignements de cette évaluation, les parties prenantes peuvent positionner le mentorat pour une application plus large dans des contextes similaires, améliorant l'accès aux soins du VIH pour les populations vulnérables et contribuant aux objectifs de santé publique. Avec un engagement soutenu, ce modèle peut aider à construire des systèmes de santé plus résilients et plus équitables au Mozambique et au-delà.

RECOMMANDATIONS

L'évaluation du programme de mentorat dans le projet VIH de MSF à Beira a abouti à plusieurs recommandations concrètes visant à renforcer la durabilité et la reproductibilité de l'initiative. Ces recommandations ont été élaborées dans le cadre d'un processus de collaboration impliquant les évaluateurs, le groupe de consultation et les principales parties prenantes, y compris MSF et le ministère de la Santé (MISAU). Une session de travail a été organisée pour examiner les résultats de l'évaluation et affiner les recommandations, la SEU jouant le rôle de facilitateur. Cette approche participative a conduit aux recommandations énumérées ci-dessous.

RECOMMANDATIONS POUR MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF)

1. Recommandations concernant le projet actuel à Beira - Mozambique

⇒ Soutenir le plaidoyer mené par les organisations communautaires

Avant le départ de MSF, s'assurer que les capacités des organisations communautaires soient renforcées afin de poursuivre le plaidoyer auprès des donateurs et du gouvernement pour soutenir l'intégration du mentorat dans les initiatives d'amélioration de la qualité au niveau des soins de santé primaires. Ce renforcement des capacités devrait inclure une formation sur le plaidoyer, un soutien à l'élaboration de plans de plaidoyer et l'organisation d'activités/campagnes de plaidoyer.

⇒ Soutien aux soins tenant compte des traumatismes

Évaluer la nécessité de fournir un soutien en matière de soins tenant compte des traumatismes pour les travailleurs de la santé qui gèrent des cas très sensibles, tels que la violence liée au genre et le viol, afin de les aider à gérer l'impact émotionnel de leur travail.

⇒ Cas de viols d'enfants à Beira

Envisager de mener une nouvelle évaluation pour mieux comprendre l'augmentation des cas de viols d'enfants à Beira, ce qui pourrait aider à identifier l'ampleur du problème et les interventions potentielles.

⇒ Stratégie de sortie pour les fournitures liées à la santé sexuelle et reproductive

Afin d'assurer la continuité et la durabilité des services après le départ, MSF devrait explorer des sources alternatives, gérées localement pour maintenir l'approvisionnement en produits essentiels de SSR tels que le misoprostol et la mifépristone, les services d'AHD et les services adaptés aux populations clés.

2. Recommandations pour de futurs projets de mentorat dans le domaine de la décentralisation

⇒ Renforcer l'engagement et l'éducation de la communauté

Programmes de sensibilisation ciblés : Collaborer avec des organisations locales pour développer des initiatives de sensibilisation des communautés qui s'attaquent à la stigmatisation et à la discrimination à l'encontre des populations clés. Ces programmes doivent éduquer les communautés sur les questions liées au VIH et promouvoir un environnement plus inclusif et compréhensif. Ces efforts peuvent réduire la stigmatisation entourant le VIH et faire

en sorte que les groupes vulnérables se sentent soutenus lorsqu'ils recherchent des services de santé.

⇒ **Développer un système solide de suivi du mentorat**

Suivi structuré : mettre en place un système structuré pour un mentorat continu, y compris des contrôles réguliers, des sessions de formation de remise à niveau et des opportunités d'apprentissage entre pairs. Cela permettra de renforcer les compétences et les connaissances acquises au cours du mentorat initial et d'aider les mentorés à appliquer ces pratiques dans les soins quotidiens.

Réseaux de soutien : Favoriser une collaboration continue entre les mentors et les mentorés, en créant un réseau de partage des défis, des solutions et des meilleures pratiques, en veillant à ce que les avantages de la composante "mentorat" soient maintenus.

⇒ **Institutionnaliser le modèle de mentorat**

Intégration dans les systèmes de santé locaux : Travailler en étroite collaboration avec les agences gouvernementales locales pour intégrer l'approche du mentorat dans les programmes de formation en soins de santé existants, en assurant une durabilité à long terme. Cela impliquera d'aligner le cadre du mentorat sur les politiques nationales et les besoins des systèmes de santé locaux, en soutenant l'institutionnalisation au sein des structures de formation gérées par le gouvernement.

⇒ **Mettre en œuvre un cadre global de suivi et d'évaluation**

Évaluation de l'impact : Développer un système solide de suivi et d'évaluation pour suivre les impacts à long terme de la composante mentorat, y compris les résultats sanitaires, l'engagement de la communauté et l'utilisation des ressources. Des évaluations régulières fourniront des données permettant d'affiner le modèle du mentorat et d'améliorer l'allocation des ressources, garantissant ainsi une amélioration continue de la prestation des soins.

RECOMMANDATIONS POUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ - MISAU

⇒ **Augmenter l'allocation des ressources**

Plaider en faveur du financement : Plaider en faveur d'un soutien financier accru aux établissements de santé, en veillant à ce qu'ils soient dotés d'un personnel adéquat, de fournitures médicales et d'outils de diagnostic essentiels. Une meilleure allocation des ressources permettra aux travailleurs de la santé de mettre pleinement en œuvre les modèles de soins complets en matière de VIH et de SSR promus par le mentorat, tout en s'attaquant au taux de rotation élevé du personnel.

⇒ **Renforcer le soutien politique aux populations clés**

Protéger les droits et l'accès : Renforcer et mettre en œuvre des politiques qui protègent les droits des personnes clés, en garantissant un accès équitable aux services de santé, sans discrimination. Ces politiques devraient s'attaquer à la stigmatisation systémique au sein du système de santé, en veillant à ce que tous les prestataires de soins soient formés pour dispenser des soins non moralisateurs et centrés sur le patient.

Campagnes de lutte contre la stigmatisation : Établir des partenariats avec des ONG locales pour développer des campagnes visant à réduire la stigmatisation des personnes clés, en renforçant l'importance des services de soins de santé inclusifs.

⇒ **Faciliter l'engagement des parties prenantes**

Collaboration et alignement : Établir des réunions régulières des parties prenantes impliquant le gouvernement, les ONG, les travailleurs de santé et les représentants de la communauté afin d'aligner les priorités et d'améliorer la collaboration au sein du système de santé. Ces réunions garantiront un engagement durable en faveur du modèle de mentorat et des initiatives de prise en charge du VIH.

Le mentorat comme stratégie de supervision continue : S'efforcer de passer d'une supervision traditionnelle et descendante à un modèle de mentorat plus dynamique et durable. Cette approche favorisera la croissance professionnelle, la responsabilisation et l'apprentissage continu au sein des équipes de soins de santé.

Assurer le développement des mentorés : Les mentorés compétents doivent avoir la possibilité d'évoluer, par exemple en devenant mentors au sein de leur établissement ou de leur district.

Les recommandations présentées ci-dessus se concentrent sur l'amélioration de la durabilité à long terme et de la reproductibilité de la composante mentorat. En renforçant l'engagement communautaire, en améliorant le suivi du mentorat et en institutionnalisant le modèle de la composante mentorat, MSF et le MISAU peuvent construire un système de santé plus résilient et plus réactif. L'implication active des autorités locales et un soutien politique cohérent aux populations clés seront essentiels pour maintenir ces améliorations, en veillant à ce que le mentorat continue d'améliorer les soins liés au VIH et à la SSR à Beira et au-delà. Un suivi régulier, une meilleure allocation des ressources et la collaboration entre les parties prenantes seront essentiels pour garantir que les progrès réalisés grâce au mentorat soient non seulement maintenus mais étendus à d'autres régions du Mozambique.

REFERENCES

- [1] WHO 2022. The Global Health Observatory 2022. HIV – Number of people (all ages) living with HIV. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids#:~:text=Globally%2C%2039.0%20million%20%5B33.1%E2%80%93,considerably%20between%20countries%20and%20regions>. Accessed on September 20, 2024.
- [2] UNAIDS Country Report: Mozambique. Available at: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique> Accessed on September 20, 2024.
- [3] WHO: Health data overview for the Republic of Mozambique. Available at: <https://data.who.int/countries/508> Accessed on September 20, 2024.
- [4] Beira Project document 2022-2024
- [5] Terms of reference for the evaluation of the decentralisation through mentorship in MSF OCB's project in Beira
- [6] Ozmen, A (2014). Notes to the concept of decentralisation. European Scientific Journal. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/236405436.pdf> Accessed on September 20, 2024.
- [7] Fergusson, L. (2022). Learning by... Knowledge and skills acquisition through work-based learning and research. Journal of Work-Applied Management. Available at: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JWAM-12-2021-0065/full/html> Accessed on September 20, 2024.
- [8] Rowe, A., de Savigny, D., Lanata, C., Vitora, C. 2005. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 366(9490):1026-1035
- [9] Rowe A, Rowe S, Peters D, Holloway K, Chalker J, & Ross-degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Global Health* 2018; 6(11): e1163–e1175.
- [10] van der Vleuten C, & Driessen E. What would happen to education if we take education evidence seriously? *Perspectives in Medical Education* 2014; 3: 222–232.
- [11] Weinstein, Y., Madan, C.R. & Sumeracki, M.A. (2018) Teaching the science of learning. *Cogn. Research*. Available at: <https://cognitiveresearchjournal.springeropen.com/articles/10.1186/s41235-017-0087-y> Accessed on September 20, 2024.

ANNEXES

ANNEX I: TERMS OF REFERENCE

Médecins Sans Frontières (MSF) is an international medical humanitarian organisation committed to providing quality medical care to people in crisis situations around the world, when and where they need it, regardless of their religion, ethnicity, or political views. Our core principles are neutrality, impartiality, independence, medical ethics, témoignage, and accountability.

The Stockholm Evaluation Unit (SEU), based in Sweden, is one of three MSF units responsible for managing and guiding evaluations of MSF's operational projects, and works mainly with the Brussels Operational Centre. For more information, visit our website evaluation.msf.org.

Fostering a culture of evaluation is a strategic priority for accountability, continuous improvement, and organisational learning. MSF does not only evaluate because of external requirements, such as donor requirements. These terms of reference should be considered as a starting point for the evaluation process. The evaluator(s) are invited to challenge them and suggest, for example, different or additional perspectives, as they see fit during the creation phase. The evaluation process must be based on a sound methodology to achieve credible results and must also ensure that values and use are at the forefront. The evaluation must involve and include the different actors and counterparts adequately throughout the process.

EVALUATION OF THE DECENTRALISATION COMPONENT THROUGH MENTORING IN MSF-OCB'S PROJECT IN BEIRA, MOZAMBIQUE	
Start date	March 2024
Duration	Final report to be submitted by July 2024 (date TBD)
Requirements	Interested applicants should submit: <ol style="list-style-type: none">1) A technical proposal2) A financial proposal3) CV(s), and4) A previous (appropriate) work sample
Deadline to apply	23:59hrs CET on March 26, 2024
Send application to	evaluations@stockholm.msf.org marked BEIDE
Special Considerations	We value quality over quantity. Providing only the requested and necessary documentation should prove your interest, capacity, and competency in the best possible manner. The evaluation will require a site visit to the project, which will be planned during the initiation phase through discussions with the project, the consultation group, and the SEU.

BACKGROUND

Mozambique's health care system was after its independence in 1975 considered by the WHO as a best-case model for other developing countries.² A civil war in the mid-90s slowed down its progress, and today's health care service provision is experiencing severe challenges. Limited medical supply, understaffed health care facilities, poor motivation of health care workers, and a lack of adequate training reflect barriers to establish

² Pfeiffer 2003. International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. Social Science and Medicine.

quality health services within the local health structures.³ The COVID-19 pandemic has worsened the situation and burdened the already fragile health system.⁴ The country has increased its internal funding of health expenditure. In 2019, 79% of health expenses were financed internally, the rest (21%) was funded by external sources.⁵ Nevertheless, poor governance and management, resource mobilisation⁶ as well as gaps in documentation of the use of health funding⁷, are further influencing a low level of quality health care.

Mozambique has the second highest number of people living with HIV (PLHIV) in Sub-Saharan Africa.⁸ 12.4% of the adult population (15-49 years) was living with the virus in 2022.⁹ HIV is the leading cause of mortality and morbidity in the country.¹⁰ CD4 testing was introduced in Mozambique in 2003, a Test-and-Treat approach was adopted in 2016 and the routinely identification of Advanced HIV Disease (AHD) in patients was finally established in 2022. Based on an internal assessment from the *Ministerio de Saude de Mozambique* (MISAU) in 2022, 25% of PLHIV newly initiated on Antiretroviral Therapy (ART) were AHD patients.¹¹ This is in line with the global estimations of people with AHD in need of specialised services, as studies have estimated that over 30% of PLHIV in low- to middle-income settings initiating Antiretroviral therapy have a CD4 cell count lower than 200 cells/mm³.¹²

The country's HIV prevalence among Key Vulnerable Population (KVP), (Female Sex Workers (FSW), Injectable Drug Users (IDUs), Prisoners, and Men who have Sex with Men (MSM) tend to be higher compared to the general population (GP). 19% of new HIV infections occur among FSW, clients of female sex workers, and partners of sex workers¹³, 5% among MSM¹⁴.

Sofala province lies in the middle of the country and shows a HIV prevalence higher than the national level of 13.2%. Beira town is the capital of and largest city in Sofala province with an estimated population of 719,806 inhabitants in 2022 and an HIV prevalence of 13.4%.¹⁵ 84,890 PLHIV were on ART in 2020.¹⁶

In terms of the KVP in Beira, MISAU estimated the HIV prevalence around 24% among FSW¹⁷ and 9.1% among MSM¹⁸. From 2014 until August 2023 MSF had 7,080 KVP enrolled and followed up, with a self-assessed overall HIV prevalence of 21.4%. The HIV prevalence among FSW was 39.1%, among MSM 9%, and among transgender groups (TG) 29%.¹⁹ HIV services for KVP remain largely inadequate and they face access barriers to health services, for MSM particularly due to stigma and discrimination.

³ Giardo 2020. Health, development, and institutional factors: The Mozambique case. [Health, development, and institutional factors: The Mozambique case \(econstor.eu\)](https://econstor.eu)

⁴ MSF Beira project document 2022 - 2024.

⁵ UNICEF 2019. Budget Brief: Health Mozambique 2019.

⁶ PEPFAR 2016. Health financing profile Mozambique.

⁷ UNICEF 2019. Budget Brief: Health Mozambique 2019.

⁸ WHO 2022. The Global Health Observatory 2022. [HIV – Number of people \(all ages\) living with HIV \(who.int\)](https://www.who.int)

⁹ INSIDA 2022. National HIV survey 2021 - Summary Sheet. [53059_14 INSIDA Summary-sheet-Web.pdf \(columbia.edu\)](https://www.insida.gov.mz)

¹⁰ CDC Factsheet. [CDC in Mozambique](https://www.cdc.gov)

¹¹ CQUIN 7th Annual Meeting 2023. Analysis of Advanced HIV Disease eligibility through CD4 test differences in Mozambique. [PowerPoint Presentation \(columbia.edu\)](https://www.columbia.edu)

¹² Ford N et al. 2018. Guideline Development Group for Managing Advanced HIV Disease and Rapid Initiation of Antiretroviral Therapy. Managing Advanced HIV Disease in a Public Health Approach. *Clin Infect Dis*. 2018 Mar 4;66(suppl_2): S106-SS110. doi: 10.1093/cid/cix1139

Carmona S, et al 2018. Persistent High Burden of Advanced HIV Disease Among Patients Seeking Care in South Africa's National HIV Program: Data from a Nationwide Laboratory Cohort. *Clin Infect Dis*. 2018 Mar 4;66(suppl_2): S111-S117. doi: 10.1093/cid/ciy045

¹³ MISAU 2012. Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo. Mozambique

¹⁴ MISAU 2011. Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens, Moçambique

¹⁵ MSF Project Identity Card. Beira Mozambique

¹⁶ MISAU 2023. Relatório semestral das Atividades Relacionadas ao HIV/SIDA. Relatório Semestral_HIV_2023_FINAL.pdf

¹⁷ MISAU 2012. Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo. Mozambique

¹⁸ MISAU 2011. Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens, Moçambique

¹⁹ MSF internal documentation

MSF History in Beira

In 2014, MSF started working in Beira as part of “the corridor project”. This project offered a contextualised and comprehensive package of care to KVP along a major transport corridor running through Mozambique, Malawi, and Zimbabwe. KVP targeted in this project included FSW, MSM and workers-in-mobility (i.e. truck drivers). In 2015, MSF started to intervene in two primary Health Centres (HC) - Munhava and Ponta Gea - supporting MISAU in the implementation of specific HIV-related activities including routine Viral Load (VL) monitoring and pharmacy management, targeting KVP. In 2017, the corridor project evolved to deliver a quality and tailored package of HIV prevention and treatment, as well as Sexual and Reproductive Health (SRH) services, to KVP. The corridor project was handed over to FHI360 due to the low feasibility to follow the target population crossing borders, and therefore attain continuity of care. However, MSF continued to work with KVP in Beira at community level.

In 2018, MSF activities were reoriented with the overall objective to reduce morbidity, mortality, and incidence of HIV among KVP in Beira (including FSW, youth at risk, MSM, and TG) as well as the general population with AHD. The intervention areas of this new project focused on AHD-, TB-, SRH-, KVP-friendly services on three levels: (1) Community, (2) Munhava and Ponta Gea HC, and (3) Beira Central Hospital (BCH).

MSF has been working alongside MISAU to ensure replicability of the activities, experience and skills sharing, intending to influence sustainability of the intervention’s outcomes. MSF activities in Mozambique, specifically MSF protocols and tools have influenced the national guidelines on KVP services, sexual and reproductive health (SRH) including safe abortion care (SAC), and AHD care that were finalised in 2020.²⁰

In 2021, MSF concluded that it was not viable to keep a traditional clinic-centred approach for HIV. It was decided to widen MSF support to primary health care level but apply a less hands-on approach. Under the main objective to expand and improve access to health services on primary health care level for KVP, SRH and AHD patients, the project was in 2021 again restructured into now two main components:

- (1) Decentralisation component including the support to 10 HCs focusing on KVP-friendly services, SRH and AHD services, and
- (2) Vertical AHD services provided at BCH and Munhava HC.

The targeted population also includes the general population, assuming increased capacity of healthcare staff impacts the general population of Beira.

In 2022, MISAU started to implement the new guidelines in BCH and Munhava HC with support from MSF and the ambition to later expand to other HC in Beira. MISAU’s plan to roll out the new guidelines on primary health care level did experience difficulties and has not yet been finalised. MISAU further requested MSF to help with the reactivation and improvement of the national tutoring system.

Decentralisation Component of The Project

The decentralisation component of the project aims primarily at sharing technical experience, empowering the HC staff, and improving their awareness about the impact the services have on the patient’s life. MSF does not provide direct medical services but focuses on capacity building as well as punctual support in logistics and medical supply in 10 selected HC in Beira town (Nhaconjo, Chingussura, Inhamizua, Ponta-Gea, Macurungo, Manga Loforte, Mascarenhas, Cerâmica, Nhangau, and Marrocanhe). AHD consultation per month varied between 10 to 80 in 2023, between the different HC. From 2022 to mid-2023, a total of 6 346 women received SRH services.²¹ KP-specific data about service use are not available so far.

²⁰ MISAU 2022. Guião de manejo do paciente com doença avançada por HIV.

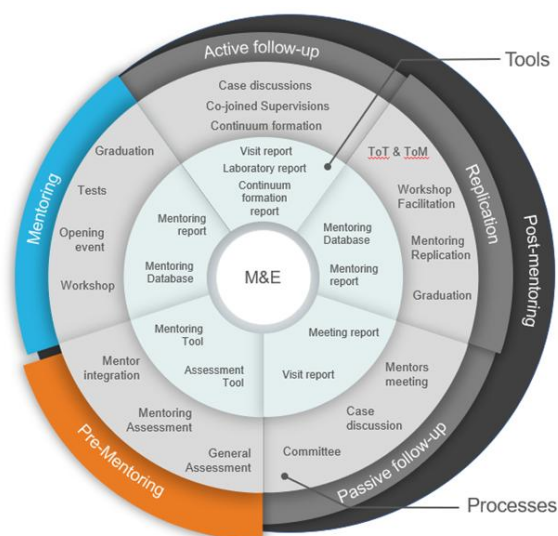
²¹ MSF Beira project document 2023

Mentoring Program

Capacity building has been a central element in all components of the project with the aim of achieving continuity of quality services. Nevertheless, little success in influencing health worker's skills and performance has been observed before the reorientation towards decentralisation. Current evidence points strongly towards the need for teaching and learning to happen in the workplace to be effective, far more than in a classroom setting. Clinical mentoring programs are designed to this educational approach. MSF therefore decided to develop a proper mentoring program including training, mentoring, and supervision of health care workers, aiming to influence knowledge, skills, and attitude while using a staff-oriented, adult-learning approach.

The mentoring program consists of training packages on KVP-friendly, SRH, and AHD services and was implemented stepwise from May 2021 to September 2023 in all 10 HC. The program spanned over 6 months in each HC, passing five phases, and targeted mainly clinical and patient support health care staff. Since its start, about 150 health care staff were fully involved in the program, becoming so-called mentees.

The five phases include a *pre-mentoring phase* (2-4 weeks) to assess needs and resources. A *training phase* (3-5 days) then transmits specific training packages on SRH, KVP, AHD and additionally on laboratory. The *mentoring phase* (4-14 weeks) consists of a daily companionship of the mentees to support the implementation of the gained knowledge and to create a learning environment. In the *follow-up phase* (3-6 months) mentees are continuously supervised through the conduction of weekly case discussion, monthly feedback sessions and support by phone if needed. Finally, in the *replication phase* prospective mentors are selected within the mentees, to attend a training-of-trainer workshop. These mentors will then start the replication.



With the end of the mentoring program, the decentralisation component of the project will have completed its activities by mid-2024. On-demand support for the 10 HCs will continue and collaboration with community actors will be maintained. MSF will further support MISAU in the implementation of the AHD, SRH and KVP guidelines on primary health care level.

PURPOSE AND INTENDED USE

PURPOSE. The evaluation will assess the overall results of the decentralisation component with a specific focus on the mentoring program. It should further document lessons learned and elaborate recommendations for other decentralisation initiatives through mentoring in MSF contexts.

INTENDED USE. The evaluation findings will be used by MSF and possibly other actors (e.g. MISAU) to inform decentralisation efforts in MSF contexts. The evaluation process and its recommendations will further provide guidance for possible adaptations of Beira project's strategy.

EVALUATION QUESTIONS

1. *To what extent is decentralisation through mentoring relevant and appropriate?*

- a. Was the decentralisation component appropriately responding to the needs of the target population?
 - b. How was the decentralisation component aligned with priorities of relevant stakeholders?
 - c. Which opportunities could have improved appropriateness of the decentralisation component?
- 2. To what extent was decentralisation through mentoring effective?**
 - a. What were the expected results of the decentralisation component?
 - b. To what extent was improved knowledge, skills, and attitude of the targeted healthcare staff achieved? In what way were expected patient's health outcomes achieved?
 - c. How could the decentralisation component have increased its effectiveness?
- 3. To what extent has decentralisation through mentoring influenced larger contributions (impact), perceived by different stakeholders?**
 - a. What unforeseen positive or negative consequences did the decentralisation component influence?
 - b. How could a wider positive (systemic) change have been increased?
- 4. To what extent is decentralisation through mentoring coherent within its broader context?**
 - a. In what ways were synergies with local resources and interventions considered and interlinkages (internal and external) established?
 - b. What could have improved coherence?
- 5. To what extent is decentralisation through mentoring replicable?**
 - a. In what ways was replicability of the project's component considered in its implementation?
 - b. To what extent is the decentralisation component replicable by MISAU?
 - c. To what extent is the decentralisation component replicable by MSF?

EXPECTED DELIVERABLES

- 1. Inception Report.** Based on conducting initial document review and preliminary interviews, the inception report should include a detailed evaluation proposal, including methodology and analysis.
- 2. Development of a Theory of Change.** This is advised to be done in parallel with or before the finalisation of the inception report. It should provide a visual on the causal links and assumptions of the project's elements in relation to its main objectives.
- 3. Draft Evaluation Report.** The report should answer the evaluation questions addressing the set objectives and intended use of the evaluation. It should include analysis, findings, and conclusions and, where applicable, lessons learned and recommendations.
- 4. Working Session.** As part of the report writing process, the evaluator will present the findings, collect attendees' feedback and will facilitate discussion on lessons learned with the attendance of commissioner and consultation group members in one or more working sessions.
- 5. Final Evaluation Report.** The final report should consider comments and feedback received during the working session.
- 6. Dissemination.** To be defined in a separate dissemination plan, can include presentations, learning sessions, sensemaking exercises, or other communication materials with partners, communities, or patients.

We expect the evaluator(s) to be flexible in considering additional deliveries that might be necessary to successfully proceed in the evaluation process. Each deliverable is reviewed by the SEU and approved by the Evaluation Commissioner.

TOOLS AND METHODOLOGY PROPOSED

In addition to the initial evaluation proposal submitted as part of the application, a detailed evaluation protocol will be prepared by the reviewers during the initial phase, following access to the documentation and initial discussions with the evaluation Consultation Group (CG). The initial report will include a detailed explanation of the proposed methods and their rationale based on validated theories. It will be reviewed and validated as part of the creation phase in coordination with the SEU.

RECOMMENDED DATA SOURCES

- Routinely collected medical data (raw and aggregated data from MSF, ECHO or MISAU).
- MSF and OCB strategic and project documents (project descriptions, logical frameworks, operational strategies, annual reports, capitalisation reports, evaluations, research and similar).
- National, regional, and global strategies, thematic documentation, and guidelines.
- External literature, research, and documentation.

PRACTICAL IMPLEMENTATION OF THE EVALUATION

Number of evaluators	TBD
Timing of the evaluation	March – July 2024

The SEU engages a Consultation Group (CG) in this assessment process with the goal of increasing understanding, buy-in, process learning, and the quality and utility of the evaluation. The CG is headed by a commissioner. They contribute to the finalisation of this ToR.

PROFILE/REQUIREMENTS FOR EVALUATOR(S)

Requirements:

- Proven evaluation competencies;
- Degree in public health, health service management, epidemiology, or related area;
- Experience in HIV patient care, service provision or similar;
- Experience in capacity building, mentoring or similar educational approaches; and
- Fluency in Portuguese, and English.

Assets:

- Experience and/or understanding of MSF.
- Experience in Southern Africa region, specifically Mozambique.
- Expertise in Advanced HIV Disease service management/provision.
- Experience working with Key Vulnerable Population (FSW, MSM, or others).
- Expertise in SRH service management/provision.
- Expertise in participatory approaches.

APPLICATION PROCESS

The application should consist of a technical proposal, a budget proposal, CV(s), and a previous work sample. The proposal should include a reflection on how adherence to ethical standards for evaluations will be

considered throughout the evaluation. In addition, the evaluator(s) should consider and address the sensitivity of the topic at hand in the methodology as well as be reflected in the team set-up. Offers should include a separate quotation for the complete services, stated in Euros (EUR). The budget should present a consultancy fee according to the number of expected working days over the entire period, both in totality and as a daily fee. Travel costs, if any, do not need to be included as the SEU will arrange and cover these. Do note that MSF does *not* pay any per diem.

Applications will be evaluated based on whether the submitted proposal captures an understanding of the main deliverables as per this ToR, a methodology relevant to achieving the results foreseen, and the overall capacity of the evaluator(s) to carry out the work (i.e. inclusion of proposed evaluators' CVs, reference to previous work, certification et cetera).

Interested teams or individuals should apply to evaluations@stockholm.msf.org referencing **BEIDE** no later than **23:59hrs CET on March 26th, 2024**. We would appreciate the necessary documents being submitted as separate attachments (proposal, budget, CV, work sample and such). Please include your contact details in your CV. Please indicate in your email application on which platform you saw this vacancy.

MSF is committed to applying responsible data protection principles in all its activities, including assessments, respecting both humanitarian principles and the European GDPR. During the assessment process, you will potentially have access, collection, storage, analysis, and possibly disposal of MSF's and its patients' sensitive and personal data and information (SPDI). Please take particular note of the SEU's ethical guidelines when preparing your proposal, taking into account the tools and solutions you will use, how you will work to mitigate any data incidents, and how you will dispose of the data collected once the evaluation is complete.

>...<

ANNEX II: EVALUATION MATRIX

EVALUATION CRITERIA AND CORRESPONDING EVALUATION QUESTIONS	SPECIFIC INVESTIGATION QUESTIONS	INDICATORS	DATA SOURCES
<p>Relevance EQ 1: To what extent is decentralisation through mentorship relevant and appropriate?</p>	<p>From ToR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was the decentralisation component appropriately responding to the needs of the target population? ▪ How was the decentralisation component aligned with priorities of relevant stakeholders? ▪ Which opportunities could have improved appropriateness of the decentralisation component? <p>Added by evaluator (mentorship):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was the mentorship program relevant to contribute to the decentralisation? ▪ How the mentorship program aligned with needs and priorities for the decentralisation of HIV services at the PHC in Beira? ▪ As designed, does the mentorship capture attention of stakeholders as an appropriate intervention in the decentralisation? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alignment with national/regional HIV/AIDS strategic plans and policies; ▪ Coherence with primary healthcare strengthening and decentralisation initiatives; ▪ Extent to which the mentorship program addresses identified capacity gaps at the facility level; ▪ Degree of fit between the mentorship component and the needs of health workers; ▪ Level of engagement and ownership by local health authorities and facility managers; ▪ Feedback and satisfaction from participating health workers (mentees); ▪ Extent to which the mentorship program is tailored to the specific needs and realities of the participating facilities. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Document review ▪ Key informant interviews ▪ Beneficiary feedback ▪ Field observation
<p>Coherence</p>	<p>From ToR:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alignment with national/regional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Document

EVALUATION CRITERIA AND CORRESPONDING EVALUATION QUESTIONS	SPECIFIC INVESTIGATION QUESTIONS	INDICATORS	DATA SOURCES
<p>EQ 2: To what extent is decentralisation through mentorship coherent within its broader context?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In what ways were synergies with local resources and interventions considered and interlinkages (internal and external) established? ▪ What could have improved coherence? <p>Added by evaluator (mentorship):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Is the mentorship program designed as completing other strategies in the decentralisation of HIV services? ▪ Did the mentorship program include themes on AHD, KP, and SRH as they are the main targets for decentralisation at PHC? ▪ Is the mentorship designed as a complement or substitute to traditional training curricula or capacity strengthening of health staff in Mozambique) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ strategies for primary healthcare strengthening and health system decentralisation; ▪ Integration with existing HIV/AIDS service delivery frameworks and referral systems; ▪ Level of coordination and complementarity with other decentralisation or HIV service delivery projects; ▪ Extent of collaboration and information-sharing between the mentorship program and other stakeholders; ▪ Degree of integration of the mentorship program within the existing primary healthcare structures and management systems; ▪ Clarity of roles, responsibilities, and communication channels between the mentorship program and decentralised health facilities; ▪ Mechanisms for promoting collaboration, knowledge-sharing, and cross-learning among the 	<p>review</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Key informant interviews ▪ Beneficiary feedback <p>Field observation</p>

EVALUATION CRITERIA AND CORRESPONDING EVALUATION QUESTIONS	SPECIFIC INVESTIGATION QUESTIONS	INDICATORS	DATA SOURCES
		<ul style="list-style-type: none"> participating health facilities; • Feedback loops and adaptations made to the mentorship program based on lessons learned. 	
<p>Effectiveness EQ 3 revised: To what extent is the mentorship program effective and contributes to the outcomes of the decentralisation?</p>	<p>From ToR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • What were the expected results of the decentralisation component? • To what extent was improved knowledge, skills, and attitude of the targeted healthcare staff achieved? • In what way were expected patient’s health outcomes achieved? • How could the decentralisation component have increased its effectiveness? <p>Added by evaluator (mentorship):</p> <ul style="list-style-type: none"> • To which level has, the mentorship program contributed to the effectiveness of the decentralisation? • How was the mentorship effective in upskilling health staff and improve their practices in HIV healthcare at the PHC? 	<ul style="list-style-type: none"> • Improved knowledge, skills, and confidence of mentees in delivering decentralised HIV services; • Changes in the competence and attitudes of mentees in providing quality, responsive care; • Increased availability, accessibility, and utilisation of HIV and sexual/reproductive health services; • Enhanced quality of service provision, including for key populations and vulnerable groups; • Improved facility-level planning, management, and coordination of service delivery; • Strengthened monitoring, reporting, and data use for decision-making; • Extent to which the mentorship program has contributed to the overall goals of the decentralisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Program monitoring data • Facilities assessments reports • Beneficiary feedback • Key informant interviews On-field observation

EVALUATION CRITERIA AND CORRESPONDING EVALUATION QUESTIONS	SPECIFIC INVESTIGATION QUESTIONS	INDICATORS	DATA SOURCES
		initiative; Positive changes in health outcomes and impact at the community level.	
Impact EQ 4: To what extent has decentralisation through mentorship influenced larger contributions, perceived by different stakeholders?	From ToR: <ul style="list-style-type: none"> ▪ What unforeseen positive or negative consequences did the decentralisation component influence? ▪ How could a wider positive (systemic) change have been increased? Added by evaluator (mentorship): <ul style="list-style-type: none"> ▪ How have the decentralisation been positively or negatively affected by the mentorship program in general? ▪ How mentorship has improved quality in HIV healthcare? ▪ What has been the benefit of the mentorship in improving health outcomes of PLHIV, KP, and SRH? ▪ In addition to mentorship and MSF support, what are other interventions and stakeholders contributing to the outcomes of the decentralisation? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceived contribution of the mentorship program to the overall decentralisation process by different stakeholders (e.g., health authorities, facility managers, service providers, community members); ▪ Stakeholder views on the significance and influence of the mentorship program relative to other interventions or factors; ▪ Extent to which the mentorship program has enabled or facilitated the mobilisation of additional resources (financial, human, or material) for the decentralisation efforts; ▪ Establishment of new partnerships or strengthening of existing collaborations as a result of the mentorship program; ▪ Adoption or replication of the approach of mentorship by other districts, regions, or programs; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Key informant interviews ▪ Focus group discussions ▪ Document review ▪ On-field observation Beneficiary feedback

EVALUATION CRITERIA AND CORRESPONDING EVALUATION QUESTIONS	SPECIFIC INVESTIGATION QUESTIONS	INDICATORS	DATA SOURCES
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efforts to expand the reach and coverage of the mentorship program within the broader decentralisation initiative; ▪ Impact of the mentorship program on shaping policies, strategies, or guidelines related to decentralisation and service delivery; ▪ Extent to which the mentorship program has informed or influenced decision-making processes at the local, regional, or national levels; ▪ Perceived improvements in access, utilisation, and quality of services at the decentralised health facilities, as observed by community members; <p>Community-level changes in health outcomes and indicators (e.g., HIV testing, linkage to care, viral suppression) that can be attributed to the mentorship program's contributions.</p>	
<p>Replicability QE 5: To what extent is decentralisation through mentorship replicable?</p>	<p>From ToR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In what ways was replicability of the project's component considered in its implementation? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extent to which the mentorship program model can be adapted to different geographic, socio-cultural, and health system contexts; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Program monitoring data ▪ Key informant

EVALUATION CRITERIA AND CORRESPONDING EVALUATION QUESTIONS	SPECIFIC INVESTIGATION QUESTIONS	INDICATORS	DATA SOURCES
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ To what extent is the decentralisation component replicable by MISAU? ▪ To what extent is the decentralisation component replicable by MSF? <p>Added by evaluator (mentorship):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ What are the success factors of the mentorship program as a decentralisation intervention component? ▪ Which specific learned lessons and experience on mentorship for decentralisation should be replicated on other projects or in other contexts? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification of key program components that are flexible and can be tailored to local needs and circumstances; ▪ Availability and accessibility of the required human, financial, and material resources for implementing the mentorship program; ▪ Cost-effectiveness and sustainability of the mentorship approach compared to other decentralisation interventions; ▪ Potential for the mentorship program to be scaled up within the existing decentralisation initiative or replicated in new settings; ▪ Factors that enable or hinder the scaling up or replication of the mentorship program; ▪ Presence of supportive policies, strategies, and guidelines that facilitate the implementation of the mentorship program; ▪ Level of commitment and buy-in from key stakeholders (e.g., health authorities, facility managers, service 	<p>interviews</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comparative analysis (with programs implemented elsewhere like in DRC, Guinea, and Kenya) ▪ Cost-benefit and sustainability assessments ▪ Document review

EVALUATION CRITERIA AND CORRESPONDING EVALUATION QUESTIONS	SPECIFIC INVESTIGATION QUESTIONS	INDICATORS	DATA SOURCES
		<p>providers) for the approach of mentorship component of decentralisation;</p> <ul style="list-style-type: none"> Availability of training, tools, and resources to support the capacity development of mentors and the replication of the mentorship program; <p>Mechanisms for documenting and disseminating lessons learned, best practices, and success stories from the mentorship program.</p>	

ANNEX III: INTERVIEW QUESTIONS

INTRODUCTION

Present yourself: My name is, and I am working as an external evaluator of the decentralisation through mentorship of the MSF Beira project.

The purpose of the evaluation is to assess the relevance, coherence, effectiveness, impact, and replicability of the decentralisation of HIV services through the mentorship project.

The purpose of my visit today is to conduct a confidential interview, which typically lasts between 30 and 45 minutes. I kindly request your consent to engage in a discussion that will help me in gaining a better understand of how mentorship is contributing to the decentralisation of HIV services in Beira. The insights gathered will support MSF in improving the intervention and potentially replicating its success elsewhere if proven effective.

You are free to participate and can stop your participation at any moment during the interview without needing to provide an explanation and any negative consequences. May we begin if I have your consent?

QUESTIONS TO THE PROJECT TEAM

Background and Context

- Can you provide an overview of the HIV service delivery landscape in Beira City prior to the decentralisation and mentorship project?
- What were the key drivers and rationale behind the decision to decentralise HIV services in the city?
- How was the mentorship project conceptualised and designed as a project to support the decentralisation process?

Relevance & Appropriateness

- How do you assess the relevance and appropriateness of the mentorship project in addressing the specific needs and challenges of decentralising HIV services in the city?
- How did you assess the specific needs and challenges of the primary healthcare facilities and health workers in the context of decentralising HIV services? How did this assessment inform the design of the mentorship project?
- Can you explain the rationale behind the selection of the key thematic areas covered by the mentorship project (e.g., clinical, M&E, procurement, sanitation and hygiene)? How were these areas prioritised based on the local context?
- What mechanisms were put in place to ensure the mentorship project was aligned with the broader health system strategies and policies related to the decentralisation of HIV services? How did you navigate any potential gaps or misalignments?
- How did you engage with the local stakeholders, including health facility managers, HIV service providers, and community representatives, to understand their perspectives on the relevance and appropriateness of the mentorship project? How were their inputs incorporated into the project design and implementation?

- What steps have you taken to ensure the mentorship project is tailored to the specific needs and capacities of the health workers at the decentralised facilities? How do you monitor and adapt the project to maintain its relevance over time?
- To what extent does the logistics component address the specific needs and challenges of decentralising HIV and SRH services in Beira, Mozambique and specifically in the MSF supported health centres?

Coherence

- How does the mentorship project align with and complement other initiatives or interventions that are part of the decentralisation of HIV services in the city? Can you explain the synergies and coordination mechanisms in place?
- What steps have you taken to ensure the mentorship project is well-integrated within the existing primary healthcare system and structures? How have you addressed any potential institutional or administrative barriers to effective integration?
- Can you describe the coordination and communication mechanisms established between the mentorship project, the decentralised HIV service delivery points, and the central/regional HIV project management units? How do these mechanisms facilitate coherence and information-sharing?
- What strategies have you implemented to foster collaboration and cross-learning between the mentors and the different primary healthcare facilities participating in the mentorship project? How do these strategies contribute to the overall coherence and effectiveness of the project?
- How well does the logistics component align with and complement the mentorship project and other components of the decentralisation process?

Implementation of the Mentorship Project

- Can you walk us through the process of rolling out the mentorship project across the 10 primary healthcare facilities?
- What were the key components of the mentorship project (e.g., training, supervision, coaching, peer-to-peer learning)?
- How were the mentors and mentees selected, and what were the criteria used for their recruitment and capacity-building?
- What mechanisms were put in place to ensure coordination and integration between the mentorship project and the wider health system?

Assessing Effectiveness and Impact

- How do you monitor and evaluate the effectiveness of the mentorship project in supporting the decentralisation of HIV services?
- Can you share any data or evidence on the key outcomes and impacts of the mentorship project, such as improvements in service quality, access, and uptake?

- What have been the most significant successes and challenges encountered in implementing the mentorship project?
- How have you engaged with local stakeholders, including health workers, community representatives, and policymakers, to understand their perspectives on the mentorship project?
- How effectively has the logistics component of the MSF Beira project contributed to the successful decentralisation of HIV (AHD) and SRH services in Beira, Mozambique?
- What measurable impact has the logistics component had on improving the accessibility, quality, and utilisation of decentralised HIV and SRH services in MSF support health centres?
- *Sustainability and replicability:*
- What strategies have been put in place to ensure the sustainability of the mentorship project beyond the current project cycle?
- What key lessons have you learned that could inform the replication and scale-up of the mentorship model in other contexts?
- What are the critical factors that you believe have contributed to the mentorship project's success in supporting the decentralisation of HIV services?
- To what extent can the logistics component and its approach be replicated in other regions or countries facing similar challenges in decentralising HIV and SRH services?

QUESTIONS TO THE MENTORS

- Can you describe your role and responsibilities as a mentor in the decentralisation project?
- How were you selected and trained to be a mentor? What were the key aspects of the mentorship training?
- What are the main thematic areas in which you provide mentorship (e.g., clinical, M&E, procurement, hygiene, and sanitation)?
- How do you assess the needs of and tailor mentorship support to the specific requirements of the mentees?
- What have been the key challenges and successes in your mentorship role?
- How do you measure the effectiveness of your mentorship in contributing to the decentralisation of HIV services?
- In your opinion, what are the most important factors for the sustainability and replicability of the mentorship project?

QUESTIONS TO MENTEES (HEALTH STAFF, HEALTH CENTRES MANAGERS, M&E STAFF)

- Can you describe your role and responsibilities in the decentralised HIV service delivery?
- What has been your experience with the mentorship project? How has it supported your work?
- As a health worker participating in the mentorship project, how has the support and guidance provided by the mentors been helpful in strengthening your capacity to deliver decentralised

HIV services? Can you provide specific examples of how the mentorship has impacted your knowledge, skills, and confidence?

- Can you provide specific examples of how the mentorship has improved your knowledge, skills, and practices?
- What has been your experience in terms of the relevance and appropriateness of the mentorship content and approach to addressing the specific challenges you face in providing HIV services at the decentralised facility? How well has the project been tailored to your needs and the local context?
- What are the key challenges you have faced in implementing the decentralised HIV services, and how has the mentorship project helped address them?
- How do you think the mentorship project could be improved to better support the decentralisation of HIV services?
- What are your suggestions for ensuring the sustainability and scalability of the mentorship project?
- What technical capacity in terms of equipment, drugs supply, etc. Did your facility have prior to the implementation of the mentorship project?
- Do you think the mentorship only should have been sufficient to improve the availability and performance of HIV and SRH services in your health centre without any external logistics support? In other words, are there any pre-requisites that should be put in place prior to the implementation of the mentorship project or subsequently to ensure the decentralisation of HIV and SRH services is successful?

QUESTIONS FOR MISAU OFFICIALS (PROVINCIAL & DISTRICT DEPARTMENTS / HIV CONTROL PROJECT)

- Can you explain the rationale and objectives behind the decentralisation of HIV services in Beira City?
- How does the mentorship project fit into the broader strategy for decentralising HIV services?
- What policy and regulatory frameworks support the decentralisation and mentorship initiatives?
- What are the key coordination and integration mechanisms between the mentorship project and the wider health system?
- How do you assess the relevance and coherence of the mentorship project in achieving the decentralisation goals?
- What are the key factors you consider for the scalability and replicability of the mentorship project in other regions?

PLHIV - KPSKP – BENEFICIARY OF SGBV SERVICES - AND PATIENTS ASSOCIATIONS / CBO

General questions

- Have you experienced any changes in HIV service delivery since the decentralisation and mentorship component was implemented? Can you comment on those changes?

- Have you noticed any differences in the accessibility, quality, and responsiveness of the HIV services at the decentralised facilities? (Include a brief definition for ‘accessibility’, ‘quality’ and ‘responsiveness’)
- What are your perspectives on the engagement and participation of the community in the decentralisation process?
- How would you participate or be involved in the process to have closer access to services?
- What are the key challenges or barriers that you or your community members still face in accessing the decentralised HIV services?
- Decentralisation in HIV is making available healthcare services at the lower level of the health systems like health centres; Mentorship is all what contributes to upskilling health staff and psychosocial support assistants for taking care of patients at health centres. Do you have any suggestions for how the decentralisation and mentorship project can be improved to better meet the needs of the community and patients?

Specific questions for People Living with HIV

- As a person living with HIV/AIDS, can you tell me a little bit about your experience with the healthcare service in this clinic **before** the mentorship project started? And did anything change **after** the mentorship project? (Prompts: if not mentioned, ask about the accessibility and quality of services, how easy/difficult it is to make an appointment, receive medications, lab exams etc., and how friendly healthcare professionals are...)
- What has been your perception of the competence and responsiveness of the health workers at the decentralised facilities in providing HIV care and support? To what extent do you feel the mentorship project has contributed to improving the capacity and attitudes of the providers?

Specific questions for beneficiaries of sexual and reproductive health services (including SGBV survivors)

- Do you usually access sexual and reproductive health services at this specific clinic? Can you tell me a little bit about your experience with the SRH service in this clinic **before** the mentorship project started? And did anything change **after** the mentorship project? (Prompts: if not mentioned, ask about the accessibility and quality of services, how easy/difficult it is to make an appointment, receive medications, lab exams etc., and how friendly healthcare professionals are...)
- How accessible and accommodating have you found the sexual and reproductive health services, including services for survivors of SGBV, at the decentralised health centres? To what degree do you feel these services have become more available and responsive to the needs of the community?
- Have you observed any improvements in the way health workers at the decentralised facilities engage with and support survivors of SGBV? If so, what changes have you noticed, and how do you think the mentorship project may have contributed to these improvements?

Specific questions for Key Vulnerable Populations

Generic questions for All

- As a member of the MSM community/PWID/sex worker, can you tell me a little bit about your experience with the healthcare service in this clinic **before** the mentorship project started? And did anything change **after** the mentorship project? (Prompts: if not mentioned, ask about the accessibility and quality of services, friendly/unfriendly staff/healthcare professionals, how easy/difficult it is to make an appointment, receive medications, lab exams, etc., and how friendly healthcare professionals are...)
- What has been your perception of the competence and responsiveness of the health workers at the decentralised facilities in providing HIV care and support? To what extent do you feel the mentorship project has contributed to improving the capacity and attitudes of the providers?
- For Men who have Sex with Men (MSM):
- Since the decentralisation efforts and the mentorship project, have you noticed any changes in your ability to access HIV prevention services, such as condoms, lubricants, and HIV testing? Can you describe any improvements or challenges you have experienced?
- Have you observed any changes in the attitudes and practices of healthcare workers towards MSM individuals seeking HIV testing, treatment, or other services? How has this impacted your willingness to utilise these services?

For People Who Inject Drugs (PWID)

- How has the decentralisation of services and the mentorship project affected your access to harm reduction services, such as needle/syringe exchange, opioid substitution therapy, and overdose prevention? Have you noticed any improvements or barriers?
- Do you feel that healthcare workers are now more responsive to the unique needs and challenges of people who inject drugs when it comes to HIV testing, linkage to care, and adherence to treatment? Can you share any specific experiences or changes you have observed?
- For Sex Workers:
- Since the decentralisation efforts and the mentorship project, have you noticed any changes in your ability to access HIV testing, counselling, and prevention services, such as condoms and lubricants? Can you describe any improvements or ongoing challenges you have faced?
- Have you observed any shifts in the attitudes and practices of healthcare workers towards sex workers seeking HIV-related services? How has this impacted your comfort and willingness to utilise these services?

CONCLUSION ON THE INTERVIEW

“Is there anything else you wish to add? Is there any question I haven’t asked that you think I should have asked”?

Thank you.

ANNEX IV: EXAMPLE OF MENTORSHIP EVALUATION GRIDS

MENTEE COMPETENCY GRID - HAEMATOLOGY

HAEMATOLOGY	
LEARNING CATEGORY	On successful completion of this topic you will be able to:
KNOWLEDGE	To define a practical approach a patient with anaemia.
	List the common causes of anaemia, and the useful investigations and management.
	Recognise the indications for blood transfusion.
PROCEDURE	Perform a POC Hb
ATTITUDE or BEHAVIOUR	None

Questions and concerns that need to read up or would like to raise with my mentor

New lessons learnt during a mentoring session or from my own study

MENTEE OBSERVATION GRID - MENTOR

Recommended use of this document

The grading in this document should not be completed in the presence of the mentee. Mentees should merely be caringly informed of the areas that they need to read up on, or work on, with a view to discussing the outstanding topics at a later stage.

1 – below standard

2 - satisfactory

3 – above average

DOMAIN	TOPIC and LEARNING OUTCOMES	DATE 1	DATE 2	DATE 3
Session 1	TOPIC			
KNOWLEDGE				
PROCEDURE				
ATTITUDE or BEHAVIOUR				
ADDITONAL COMMENTS				
Session 2	TOPIC			
KNOWLEDGE				
PROCEDURE				
ATTITUDE or BEHAVIOUR				
ADDITONAL COMMENTS				
Session 3	TOPIC			
KNOWLEDGE				
PROCEDURE				
ATTITUDE or BEHAVIOUR				
ADDITONAL COMMENTS				

DOMAIN	TOPIC and LEARNING OUTCOME	DATE 1	DATE 2	DATE 3
--------	----------------------------	--------	--------	--------

Session 4	TOPIC			
KNOWLEDGE				
PROCEDURE				
ATTITUDE or BEHAVIOUR				
ADDITONAL COMMENTS				
Session 5	TOPIC:			
KNOWLEDGE				
PROCEDURE				
ATTITUDE or BEHAVIOUR				
ADDITONAL COMMENTS				
Session 6	TOPIC:			
KNOWLEDGE				
PROCEDURE				
ATTITUDE or BEHAVIOUR				
ADDITONAL COMMENTS				

ANNEX V: MENTORSHIP PROGRAM CONTENT PER TOPIC

CLINICAL MENTORSHIP PROGRAMME FOR ADVANCED HIV

GENERAL OBJECTIVES	
1	Improve the quality of management of patients with TB / advanced HIV disease at CS level
2	Improve TB screening and detection at CS level
3	Improve management of high viral load and treatment failure at CS level
4	Reduce morbidity and mortality in patients with advanced HIV disease

Week 0 - Contract and pre-test mentoring / opening event

Week 1-2 Advanced HIV / POC test

Week 1 - Introduction to advanced HIV

- Define advanced HIV according to WHO / MSF;
- Describe the clinical characteristics of HIV disease progression according to the WHO staging system.
- List the danger signs of advanced HIV
- List the common causes of mortality in advanced HIV
- Recognise patients presenting the danger signs

Week 2 - Point-of-care testing

- Recognise the importance of determining the CD4 count
- Mention the eligibility criteria for CD4, Crag and TB LAM (according to the WHO)
- Interpret CD4, Crag and LAM TB count results
- Record the LAM TB, Crag and CD4 count results in the patient's file
- Obtain informed consent to perform POC tests in a supportive manner

Week 3 - Detecting and managing treatment failure

- Define three different types of treatment failure, according to WHO guidelines
- List criteria for diagnosing virological treatment failure (rule 123A)
- List 5 situations in which a doctor may be responsible for a high viral load
- List the necessary investigations to be carried out before switching to 2nd line
- Explain the relationship between low dosage or failure to take medication and resistance mutation
- List the common side effects of second-line drugs

- Choose the correct second-line regimen for the Hep BsAg positive patient with first-line failure
- List the second-line regimen in adults and children

Week 4 - General approach to common OIs

- Defining an opportunistic infection
- Systematically document WHO stage at clinic visits
- Demonstrate the ability to correctly stage patients during the consultation
- Perform a complete physical examination on patients with advanced HIV
- General approach to infectious skin diseases in HIV-positive patients.
- Explain the need to ask patients about specific symptoms

Week 5 - Respiratory diseases

- List the 'big 3' respiratory diseases (TB / PCP / Bacterial Pneumonia)
- Explain the diagnosis and treatment of the three major respiratory diseases
- Carry out a respiratory examination (including RR and chest auscultation)
- Start pre-referral (empirical) treatment for 'the big 3' when indicated and necessary

Week 6 - Neurological diseases

- List the 'big 3' CNS diseases (TB/Neurotoxoplasmosis/Cryptococcal meningitis)
- Explain the diagnosis and treatment of the three major neurological diseases
- Carry out a neurological examination on a patient with neurological symptoms
- Initiate pre-referral (empirical) treatment for 'the big 3' when indicated and necessary
- Carry out post-discharge follow-up of patients with cryptococcal meningitis/ CNS TB/ Neurotoxoplasmosis

Week 7 - Gastrointestinal System Conditions + Kaposi's disease + Ca of the uterus

- List the main causes of acute diarrhoea in HIV patients
- List the main causes of chronic diarrhoea in HIV patients
- Screening for visceral Kaposi's disease in HIV patients
- Carry out regular screening for cervical cancer and list the referral criteria

Week 8 - TB in HIV

- List 6 specific questions about TB screening
- Name at least 5 techniques for diagnosing TB

- Identify suspected TB patients
- Explain the management of positive GeneXpert results - Rif-sensitive and Rif-resistant
- List drug treatment regimens for TB S and their interactions with ART
- Switch correctly from the intensive phase to the maintenance phase
- Prescribe IPT in HIV+ patients with negative TB screening
- Systematically document the duration of IPT in the patient's master file

Week 9 - HIV in paediatrics

- Screening and diagnosis of HIV in children;
- OI screening (TB, severe bacterial infection)
- OI prophylaxis in paediatrics
- Assessment of signs of severity;
- ART in paediatrics (Build a correct ARV regimen and dosage according to weight)

Week 10- Detection and management of treatment failure in paediatrics / TB in paediatrics

- Diagnosis and treatment of TB in paediatrics;
- Identifying resistance to ART in children;

Week 11 Post-test and Graduation

LABORATORY MENTORSHIP PROGRAMME FOR ADVANCED HIV

GENERAL OBJECTIVES	
1	Improve the quality of laboratory services for advanced HIV patients
2	To improve the organisation and working environment in the laboratory.
3	Improve the safety of laboratory staff and equipment.
4	Ensure good stock management of laboratory supplies.

Week 0 - Mentoring contract and pre-test / opening event

Week 1 - HIV advanced, documents and records

- Disseminate the importance of keeping documents and records up to date in the laboratory;
- Create a master file index to keep track of common documents used in the lab.
- Updating the lab's existing documentation and creating the documents needed for the lab to function properly.

Week 2 - Work area and sample management

- Learn good laboratory practices for a safe and healthy workflow;
- Maintaining a clean, safe and functional working environment
- Observation of the main stages of laboratory sample management
- Collecting and caring for specimens appropriately (accepting and rejecting samples).

Week 3- Carrying out laboratory tests and quality assurance

- Providing accurate and validated test results on time (pre-analytical, analytical and post-analytical phases)
- Ensure accurate and reliable testing processes
- QC must be consistently carried out, monitored, analysed and considered essential. For an efficient quality control (QC) management system

Week 4 - Inventory management and equipment maintenance

- My lab monitors inventory
- Create a Supply List for a Test Run
- Maintain equipment to provide uninterrupted service.
- Keep equipment records and make them available to document proper maintenance of equipment and quality control (QC).

Week 5 - Post-test

MENTORING CURRICULUM: KEY POPULATION - PS

GENERAL OBJECTIVES	
1	To improve quality of psycho-social care of beneficiaries
2	To improve the psycho-social care / management of KP & AHD beneficiaries through correct use of counselling tools

Week 1 - Pretest and Mentoring agreement / Opening Event

Week 2 - Introduction of the key population

- List key and vulnerable populations
- Describe how risk behaviour is screened during counselling sessions
- Conduct risk assessment tool during all counselling sessions
- Provide KP sensitisation health education sessions at the SAAJ; utilising the session guide

Week 3 – KP Friendly Services (at the completion of this mentoring period, the mentee expected to be able to):

- Describe and understand the impact of stigma and discrimination on Key Population beneficiaries
- Conduct KP risk assessment tool during all counselling sessions – making use of the recommended tool in the KP Guideline
- Provide KP sensitisation health education sessions at the SAAJ or other patient waiting areas as decided upon by the HC management; utilising the session guide
- Visit the community sites where MSF implements KP services, to practice the counselling sessions (with special focus on KP-relevant sessions, e.g. PrEP counselling and follow-up for Key Population)

Week 4,5 & 6 – Pre-Exposure Prophylaxis (at the completion of this mentoring period, the mentee expected to be able to):

- Define PrEP (What is PrEP, how it works, Adherence) and eligibility criteria
- Describe differences between PrEP and PEP
- Conduct PrEP Initiation Counselling session using the session guide
- Assess beneficiary's comprehension about PrEP and motivation to be on PrEP

Week 7 – Mid-term mentoring evaluation

- Completion of outstanding mentoring sessions
- Mentee & Mentor - Review of portfolios of mentees
- Preparation of upcoming mentoring period

Week 8 & 9 - Advanced HIV Counselling (at the completion of this mentoring period, the mentee expected to be able to):

- Explain concepts related to Advanced HIV Disease
- List the danger signs that indicate that a beneficiary might have AHD
- Conduct Advanced HIV Counselling session using the session guide
- Conduct sensitisation health education sessions on AHD danger signs in the waiting area / SAAJ

Week 10: Catch-up

- Catch-up on sessions that might have been missed in previous weeks
- Complete mentorship dashboard

Week 11 and 12: Post-mentorship evaluation & Certification

- Completion of outstanding mentoring sessions
- Mentee & Mentor - Review of portfolios of mentees

- Presentation of mentee dashboard
- End of mentorship and certification

MENTORING PROGRAMME FOR KEY POPULATION AND VULN.

GENERAL OBJECTIVES	
1	To humanise consultations with key and vulnerable populations by promoting non-discrimination and good communication practices.
2	Improve the quality of management and screening for STI, Hep B, HIV and TB.
3	Improve management of GBV, CANCUM screening
4	Promote PrEP.

Week 0 - Mentoring contract and pre-test / opening event

Week 1 - Introduction to the concept of key population

- Define key and vulnerable populations
- Describe how to screen for risk behaviour during clinical care
- List the causes of poor PC adherence in health services
- List some of the implications for the user's health when they are identified as PC during care vs. when they are not identified
- Recognise patients who present danger signs

Week 2 - PC-friendly services

- Define gender and sexuality
- Describe the impact of stigma and discrimination
- List some legal and para-legal entities that protect CP rights
- List the role of the community in PC-friendly services
- Mention measures to empower users

Week 3 - Point-of-care testing

- Recognise the importance of prompt HIV testing and follow-up
- List criteria for HIV testing
- Carry out the HIV test properly
- Testing for syphilis and hepatitis B

Week 4 - HIV prophylaxis

- List the importance of PEP and PrEP
- Mention the criteria for starting PEP
- List the criteria for starting PrEP
- Describe how to follow up patients taking PrEP

Week 5 - Integrated care packages for PC

- PC disease screening
- STI screening and management
 - § List the components of active STI screening;
 - § Diagnose and manage STIs;
 - § Mention the risks that the PC has of contracting STIs, severe STIs and recurrent STIs;
- Screening for CANCUM
 - § Define cervical and breast cancer and means of diagnosis;
 - § List the criteria for CANCUM screening in HIV-positive and HIV-negative PC;
 - § List the advantages of screening for CANCUM in PC;
- TB screening
 - § Mention the means of TB screening in HIV-positive and negative PC;
 - § List the differences in the risks of contracting TB in PC and the general population. General (Including MDR);

Week 6 - Integrated care packages for PC

- GBV in PC (Sexual)
- List the differences in the risks of sexual GBV in PC vs. pop. General;
 - List possible barriers to accessing appropriate services (paralegal and health);
 - Mention the screening and prevention packages for victims of sexual violence;
 - List the possible complications of not accessing GBV services;
- HepB in PC
 - Describe the pathology;
 - List the preventive methods;
 - Mention the complications of Hepatitis B.

POST-ABORTION CARE MENTORING PROGRAMME

GENERAL OBJECTIVES	
1	Offer awareness-raising activity, health education and friendly services between the community and the health centre, the key and general population.

2	Offer quality services without discrimination in health facilities for high-risk and general population.
3	Offer a package of adapted care, contextualised in relation to family planning, post-abortion care.
4	Provide post-abortion care to the high-risk and general population.
5	Support the disuse of manual aspiration for post-abortion care and the use of Misoprostol for post-abortion care in patients requiring care with gestational age below 12 weeks.
6	Support the use of lidocaine to minimise pain during manual aspiration for patients requiring care at gestational age over 12 weeks.

Week 0 - Training and mentoring

Week 1 - Post-abortion care

- Know the importance of manual aspiration?
- Know the objectives of manual aspiration?
- Know the criteria for manual aspiration and misoprostol?
- Know the advantages and disadvantages of abortion care with Misoprostol and Aspiration?

Week 2 - Diagnosis and Differential Diagnosis

- Do you know the signs and symptoms of post-abortion care?
- Know the differential diagnosis?
- Know the signs and symptoms to differentiate the diagnosis?

Week 3 - Procedures to follow when using misoprostol for post-abortion care

- Define procedures according to diagnosis?
- How to prioritise procedures for the use of misoprostol?
- Know the route of administration, frequency and time of effectiveness of misoprostol for post-abortion care.
- Know the actions of misoprostol for post-abortion care

Week 4 - Post-abortion care by aspiration

- Learn the 10 steps for starting aspiration
- Practice

Week 5 - Continuation of the 10 steps to start an aspiration and practice

Week 6 - Post MVA care

- Post MVA procedures
- Patient follow-up
- Complications
- Contraception

Week 7 - When you go home

- What are the danger signs
- Safety of medical abortion and the steps for taking the medicine
- Effects of medication during medical abortion
- Warning signs

Week 8 - Follow-up and complications

- Follow-up care
- Confirmation of successful abortion
- Problems, complications and emergencies
- Risk of foetal malformations
- Uncommon but emerging complications

Week 9 - Abortion and mental health

- Patient-centred counselling
- How to validate and normalise the situation
- Identifying other support needs

Week 10 - Retained abortion

- Assessing the risks
- Treatment of abortion

Week 11 - Contraindications and debates

- Intrauterine evacuation methods

Week 12 - Post-test and graduation

SAFE ABORTION MENTORING PROGRAMME

GENERAL OBJECTIVES	
1	Offer awareness-raising activity, health education and friendly services between the community and the health centre, key and general population.
2	Offer quality services without discrimination in health facilities for high-risk and general population.
3	Offer a package of adapted care, contextualised in relation to abortion and family planning.
4	Clarification of the law on abortion.
5	Reduce the number of unsafe abortions

Week 0 - Training and framing of mentors

Week 1 - Sexual reproductive health

- Know the importance of sexual reproductive health?
- Know whose responsibility sexual reproductive health is?
- Know what men's responsibility is in relation to sexual reproductive health.
- Know sexual reproductive health rights for men and women
- Know how to reconsider women's rights during decision-making.

Week 2 - maternal mortality

- Define the context of maternal mortality
- Describe the causes of maternal mortality
- List the common devastating causes that happen to a woman that can cause her harm.
- Get to know some of the assistance that can save women's lives

Week 3-Abortion

- Define abortion and its classification
- Define the signs and symptoms of each type of abortion
- Learn why women have abortions
- Knowing the role of the health professional when dealing with a woman having an abortion
- Patient-centred counselling

Week 4 - Patient care for medical abortion

- Clinical examination before the procedure
- Know the criteria for safely administering medical abortion

- Know the steps of a simple clinical assessment for medical abortion.
- Know the contraindications for medical abortion

Week 5 - Medical history

- Evaluation of the medical history and signs and symptoms of the differential diagnosis of a pregnancy
- Precautions to take during medical abortion and their readability
- Definition of gestational age

Week 6 - Medical abortion process

- The role of medical abortion
- Safety of medical abortion and the steps for taking the medicine
- Effects of medication during medical abortion
- Warning signs

Week 7 - Follow-up and complications

- Follow-up care
- Confirmation of successful abortion
- Problems, complications and emergencies
- Risk of foetal malformations
- Uncommon but emerging complications

Week 8 - Abortion and mental health

- Patient-centred counselling
- How to validate and normalise the situation
- Identifying other support needs

Week 9 - Treatment of Its

- Assessing the risks of transmitting Its
- Treatment of TIs in the safe abortion process

Week 10 - Post-abortion contraception

- Family planning counselling
- When to start family planning after abortion
- What to do to prevent future pregnancies