

ÉVALUATION DE

L'INITIATIVE DE DECENTRALISATION DE MSF À BANGUI, RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SSR ET DE VIH

JUILLET 2025

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

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

Ce rapport a été préparé de manière indépendante par Cambridge Reproductive Health Consultants, États-Unis.

Cady Nyombe Gbomosa, Rosemary Tazinya Asong, Rachel Lawerh et Angel M. Foster

Avertissements

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

Cette version française du rapport d'évaluation est une traduction par la SEU de la version originale en anglais. Nous invitons les lecteurs/lectrices à se référer à la version anglaise qui peut refléter plus justement les nuances et formulations voulues par l'équipe d'évaluation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	3
LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES FIGURES	5
RÉSUMÉ.....	6
INTRODUCTION.....	8
QUESTIONS D'ÉVALUATION ET CADRE CONCEPTUEL.....	17
MÉTHODE.....	18
RÉSULTATS	26
Étendue des interventions mises en œuvre dans le cadre de l'initiative de décentralisation	26
Pertinence de l'initiative de décentralisation	28
Cohérence de l'initiative de décentralisation	31
Efficacité de l'initiative de décentralisation	35
Efficience.....	69
Engagement et appropriation par les parties prenantes.....	74
Impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité	76
Renforcement des capacités et durabilité	78
ANALYSE DES PRINCIPALES CONSTATATIONS POUR CHAQUE CRITÈRE D'ÉVALUATION	80
PRINCIPAUX POINTS À RETENIR ET RECOMMANDATIONS.....	85
LIMITES ET DÉFIS.....	90
CONCLUSION.....	92
REMERCIEMENTS ET CONTREPARTIES.....	93
RÉFÉRENCES.....	94
ANNEXES	94
Annexe 1 : Liste des intervenants interrogés.....	97
Annexe 2 : Établissements de santé soutenus par MSF dans le cadre de l'initiative de décentralisation de 2022 à 2025	98
Annexe 3 : Outils de collecte de données (guides d'entrevue, instruments d'enquête).....	99
Annexe 4 : Données complémentaires (indicateurs de santé, ventilation budgétaire).....	138
Annexe 5 : Matrice d'analyse des données	140

LISTE DES ACRONYMES

ARV	Antirétroviraux
ASC	Agents de santé communautaires
BEmOC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
CEmONC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
CHUC	Centre Hospitalier Universitaire Communautaire
CRHC	Cambridge Reproductive Health Consultants
CSU	Couverture sanitaire universelle
ERB	Comité d'éthique
IDI	Entretien approfondi
IO	Infections opportunistes
IST	Infection sexuellement transmissible
KII	Entrevue avec un informateur clé
LTFU	Perdu de vue
MoH	Ministère de la Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
MSF-OCB	Médecins Sans Frontières - Centre Opérationnel de Bruxelles
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PICT	Counseling et dépistage à l'initiative du prestataire
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/sida
OMS	Organisation mondiale de la santé
RCA	République centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
SEU	Unité d'Évaluation de Stockholm
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SOP	Procédure opérationnelle standard
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TdR	Termes de Référence
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Eau, assainissement et hygiène

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Centres de santé soutenus dans le cadre de l'initiative de décentralisation et présentation de l'ensemble des services de santé qu'ils fournissent (en mars 2025)	14
Tableau 2: Cliniques mobiles communautaires dans le cadre de l'initiative de décentralisation et leur ensemble de soins.....	16
Tableau 3: Données démographiques des participants à l'enquête (N = 134)	35
Tableau 4: Disponibilité de services de santé essentiels en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH/sida dans les deux centres de santé évalués (N=18).....	37
Tableau 5: Facteurs influençant les clients à contourner les installations à proximité au profit des sites soutenus par MSF (N=60 participants)	46
Tableau 6: Nombre de services consultés par client lors de la dernière visite dans un établissement de santé (N = 134)	47
Tableau 7: Sources d'information sur les services de santé déclarées par les répondants (N = 134)	50
Tableau 8: Impact du counseling sur la décision d'initier la planification familiale	51
Tableau 9: Prestation de services à la suite d'un counseling en matière de contraception (n=25).....	51
Tableau 10: Décision de subir un test de dépistage du VIH après avoir suivi un counseling (n = 123).....	53
Tableau 11: Évolution de la mortalité maternelle au CHUC (2022-2024)	55
Tableau 12: Évolution de la mortalité néonatale de 2022 à 2024 dans les structures de santé soutenues par MSF	57

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Evolution du projet Bangui — Du lancement à la décentralisation	12
Figure 2: Justification de la décentralisation et de l'intégration de l'appui de MSF dans le système de santé de Bangui	14
Figure 3: Décentralisation des services de SSR et de VIH à Bangui : Voies d'intervention et résultats	28
Figure 4: Satisfaction globale à l'égard de l'environnement physique des centres de santé évalués.....	41
Figure 5: Références annuelles vers le CHUC par centre de santé	43
Figure 6: Motifs de référence vers le CHUC	44
Figure 7: Counseling sur le VIH lors de la visite du client.....	52
Figure 8: Initiation de discussions de counseling sur le VIH lors des visites dans les centres de santé.....	53
Figure 9: Principal canal par lequel les participants ont entendu parler des services VIH	54
Figure 10: Taux de mortalité maternelle dans les centres de santé soutenus par MSF	56
Figure 11: Taux de mortalité néonatale dans les structures de santé soutenues par MSF	58
Figure 12: Taux annuel de vaccination des nouveau-nés.....	59
Figure 13: Nombre de personnes sous TAR, ventilé par établissement au T4 2024 et T1 2025.....	60
Figure 14: Nombre de personnes sous TAR, ventilé par sexe, pour 2023, 2024 et 2025 (T1)	60
Figure 15: Nombre de personnes sous TAR, ventilé par âge, pour 2024 et 2025 (T1).....	62
Figure 16: Couverture et Suppression de la charge virale par centre de santé en 2023 et 2024	63
Figure 17: Couverture de la charge virale et taux de suppression par âge en 2023 (T4).....	64
Figure 18: Couverture de la charge virale et taux de suppression selon l'âge en 2024 (T4)	64
Figure 19: Couverture de la charge virale et taux de suppression par âge et par sexe au (T4) 2023	65
Figure 20: Taux de couverture et de suppression de la charge virale selon l'âge et le sexe au (T4) 2024..	65
Figure 21: Proportion de patients séropositifs dépistés positifs pour la tuberculose.	66
Figure 22: Taux d'achèvement du TPI chez les patients séropositifs en 2024	67
Figure 23: Nombre de clients séropositifs inscrits à un traitement antituberculeux en 2024.....	67
Figure 24: : % de patients coinfectés par la tuberculose et le VIH ayant terminé leur traitement antituberculeux par centre de santé.....	68
Figure 25: Réengagement des patients absents au traitement par les Agents psychosocial (APS).....	73
Figure 26: Taux mensuel moyen de retour aux soins des patients absents du traitement	74

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Cette évaluation a porté sur la décentralisation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), mise en œuvre de mi-2021 à début 2025 dans le cadre de l'initiative du Projet MSF-OCB de Bangui en République centrafricaine. Le projet visait à rapprocher la prestation de services des communautés en renforçant les centres de santé primaires et en réduisant la dépendance à l'égard de l'hôpital central. Structurée autour des critères d'évaluation de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'évaluation a exploré sept domaines clés : pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact, durabilité et engagement et appropriation des parties prenantes. Chaque critère était lié à des questions d'évaluation précises décrites dans les termes de référence. Le rapport évalue comment les services décentralisés de SSR et de VIH ont été mis en œuvre, comment ils ont été vécus par les clients et dans quelle mesure les résultats en matière de santé et d'intégration du système se sont améliorés au cours de la période de mise en œuvre.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons utilisé une approche mixte pour collecter et analyser les données. L'évaluation comprenait un examen documentaire des rapports et des données quantitatives sur l'utilisation des services qui ont permis de saisir les tendances en matière de santé maternelle, de vaccination néonatale, de dépistage et de traitement du VIH et d'adoption des services de contraception. Les observations du flux de clients (n=150) ont également été entreprises et suivies d'enquêtes de sortie (n=134) et d'entretiens approfondis (IDI) avec des clients (n=12), des agents de santé de première ligne dans deux sites d'étude de cas (n=9) et de l'initiative de décentralisation plus large (n=8) à Bangui. Le sondage et les IDI auprès des clients ont permis de recueillir les profils sociodémographiques, la satisfaction à l'égard du service, l'accessibilité perçue et les expériences d'interaction avec les prestataires de services, tandis que les IDI auprès des travailleurs de première ligne ont exploré divers aspects de la prestation des services, y compris les défis auxquels font face les prestataires, la capacité de la main-d'œuvre et les stratégies de participation des patients. L'évaluation a également comporté des entretiens avec des intervenants de MSF (n=7) et du ministère de la Santé (n=3) afin d'explorer leurs points de vue sur la pertinence, la durabilité et le potentiel de réplcation de l'initiative.

RÉSULTATS

Les résultats ont été présentés par critère d'évaluation et questions respectives, en intégrant les résultats qualitatifs et quantitatifs. En termes de portée, l'initiative de décentralisation soutient six établissements de santé et points de soins communautaires sélectionnés à Bangui pour mettre en œuvre un ensemble ciblé d'interventions en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH. L'initiative a prouvé à la fois sa pertinence contextuelle et son adéquation en répondant directement aux besoins médicaux critiques de la population en matière de VIH/sida et de SSR. L'analyse des données secondaires et l'enquête de sortie dans les sites d'étude de cas indiquent également que les éléments fondamentaux nécessaires à

une prestation efficace de services de SSR et de VIH étaient en grande partie en place. Cependant, l'initiative a montré une cohérence mitigée avec le cadre national de santé publique et l'évolution des priorités pour relever les défis critiques du VIH et de la SSR, y compris la santé maternelle et infantile à Bangui. D'une part, elle fait preuve d'un alignement stratégique intentionnel avec les objectifs nationaux et internationaux en matière de santé, tandis que d'autre part, ses choix opérationnels intègrent partiellement les services et s'appuient sur des mécanismes de prestation fragmentés, ce qui limite considérablement sa cohérence globale. En termes d'efficacité, l'initiative soutient la disponibilité de services de santé maternelle et néonatale essentiels, le diagnostic et le traitement de la maladie à VIH avancée et les complications de la SSR. Cependant, la présence d'un système de rapportage parallèle pour le reporting et la supervision compromet l'efficacité. En outre, les résultats indiquent un engagement limité et une faible appropriation de l'initiative par les principales parties prenantes, y compris le ministère de la Santé (à la fois dans la conception et la mise en œuvre), limitant ainsi les perspectives de durabilité et de reproductibilité. Enfin, en termes de résultats, malgré des améliorations dans divers aspects des soins de santé maternelle, les tendances indiquent une potentielle augmentation persistante des décès maternels indésirables.

RECOMMANDATIONS

Pour renforcer la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation, les recommandations suivantes sont à prendre en considération :

- 1) Renforcer la réactivité géographique et programmatique de l'initiative de décentralisation afin d'en améliorer la pertinence.
- 2) Renforcer les systèmes de rétention et de suivi pour améliorer l'efficacité des soins du VIH dans les centres de santé soutenus.
- 3) Améliorer la qualité et la rapidité des soins obstétricaux d'urgence afin de réduire les décès maternels précoces.
- 4) Plaider en faveur de l'institutionnalisation des éléments clés de l'initiative de décentralisation afin d'assurer la durabilité et de permettre la réplique.

INTRODUCTION

SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ET DÉFIS DU VIH/SIDA EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

La République centrafricaine (RCA) connaît un conflit armé prolongé depuis plus d'une décennie, qui a eu des effets dévastateurs sur la santé et le bien-être de sa population (OCHA, 2024). Bien que la situation en matière de sécurité se soit relativement stabilisée ces dernières années, le pays continue de faire face aux conséquences à long terme du conflit, notamment à un système de santé fragile qui peine à se remettre d'années de perturbations. Ces insuffisances, aggravées par la détérioration des déterminants sociaux de la santé dans le pays, ont eu un impact négatif sur la prestation et l'accès aux soins de santé essentiels, ce qui a entraîné de mauvais résultats en matière de santé pour la population.

Plus précisément, le pays est l'un des plus touchés par la pandémie de VIH/sida en Afrique de l'Ouest et du Centre, avec un taux de prévalence de 3,4 % en 2023 (ONUSIDA, 2024), et Bangui a signalé le taux le plus élevé avec 6,2 % (UNICEF, 2023). Pourtant, parmi les 10 000 personnes testées positives au VIH en 2024 dans le pays, 76 % suivaient un traitement antirétroviral (TAR) et moins de 30 % ont réussi à supprimer leur charge virale (ONUSIDA, 2024 ; Banque mondiale, 2024). La situation est encore plus préoccupante pour les enfants de moins de 15 ans, les femmes enceintes et leurs nourrissons exposés. Parmi les personnes de moins de 15 ans qui connaissaient leur statut VIH en 2024, moins de 35 % suivaient un traitement (ONUSIDA, 2024). De même, on estime que seulement 54 % des femmes enceintes testées positives au VIH ont reçu un traitement cette année-là (ONUSIDA, 2024 ; Banque mondiale, 2024). Les nourrissons exposés font face à des défis importants en raison du suivi limité de la naissance à 18 mois, ce qui entraîne des taux élevés de séroconversion au VIH (Songo-Kette et coll., 2023). Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant reste alarmant à 4 %, ce qui souligne le besoin urgent de renforcer les interventions et le soutien pour atteindre l'engagement du pays d'atteindre l'objectif de zéro transmission d'ici 2030 (ONUSIDA, 2024).

D'autre part, le pays est confronté à des défis critiques en matière de santé maternelle et néonatale. En 2023, le taux de mortalité maternelle s'établissait à 835 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit une baisse notable par rapport aux 1 315 décès pour 100 000 naissances vivantes de 2000 (République centrafricaine, Ministère de la Santé et de la Population, 2023). Cependant, ce chiffre reste le deuxième plus élevé au monde (République Centrafricaine, ministère de la Santé et de la Population, 2024). Le taux de mortalité néonatale en 2023 s'élevait à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes, tandis que le taux de mortalité infantile atteignait 99 décès pour 1 000 naissances vivantes, soulignant les lacunes persistantes dans les services de santé pour les mères et les nouveau-nés (République Centrafricaine, Ministère de la Santé et de la Population, 2023).

Par ailleurs, en 2023, l'utilisation de contraceptifs modernes chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) de 14,4 % en RCA (MICS 2018-2019) est restée inférieure à la moyenne régionale de 34 %, limitant les progrès en matière d'objectifs de santé maternelle et de planification familiale dans le pays (UNFPA, 2024). De même, le besoin non satisfait en matière de contraception était élevé (27 %), ce qui indique que près d'un tiers des femmes qui souhaitent éviter une grossesse n'ont pas accès aux méthodes

contraceptives (UNICEF, 2019). Les femmes rurales et les populations déplacées sont confrontées à des obstacles encore plus importants en raison des interruptions de services, des normes culturelles omniprésentes et des contraintes financières (Médecins sans frontières, 2023). Dans le même temps, les préjugés des prestataires, les ruptures de stock de contraceptifs et l'omniprésence des normes de genre continuent d'entraver l'accès (Lerch, 2024).

EFFORTS NATIONAUX DE LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE DE VIH ET DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE : PRIORITÉS ET OBSTACLES A LA MISE EN ŒUVRE

Pour faire face à l'épidémie de VIH et aux principaux défis en matière de santé maternelle et infantile, la RCA a mis en œuvre plusieurs politiques et cadres stratégiques visant à renforcer la santé maternelle et infantile et la riposte au VIH/sida et les résultats sanitaires connexes. Le pays a approuvé les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA pour l'élimination du VIH/sida, qui visent à faire en sorte que 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, que 95 % des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral durable et que 95 % des personnes sous traitement atteignent une suppression virale (Centre National de Lutte contre le VIH-SIDA [CNLS], 2023). Le Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida donne la priorité à la prévention, au diagnostic précoce et aux soins complets, en mettant particulièrement l'accent sur l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (Ministère de la Santé de la République centrafricaine, 2022). De plus, la nouvelle loi sur le VIH promulguée en 2022 comprend des dispositions visant à éliminer l'obligation d'obtenir le consentement parental pour que les adolescents puissent accéder au dépistage du VIH, réduisant ainsi l'âge du consentement de 18 à 12 ans (République centrafricaine, 2022).

En ce qui concerne les défis urgents pour les mères et les enfants, le gouvernement centrafricain a adopté des politiques et des engagements visant à réduire la mortalité maternelle et infantile. Le pays a approuvé les objectifs de développement durable (ODD), en particulier l'objectif 3.1, qui comprend des cibles visant à réduire la mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale à moins de 12 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2030 (UNICEF, 2023). En outre, la RCA a adopté les principes de la couverture sanitaire universelle (CSU) afin d'améliorer l'accès aux services de santé essentiels, en particulier pour les populations marginalisées. Les principes de la CSU, décrits dans le cadre du « Dossier d'Investissement 2024-2026 », mettent l'accent sur l'accès équitable à des soins de santé de qualité, à une protection financière et à des services complets pour les mères, les enfants de moins de cinq ans et les adolescentes (Dossier d'Investissement pour la SRMNIA-N 2024-2026).

Malgré ces engagements politiques, plusieurs obstacles structurels et systémiques continuent d'entraver la mise en œuvre efficace des services de santé maternelle et infantile et du cadre de riposte au VIH en RCA. Le sous-financement chronique du système de santé limite l'expansion et la qualité des soins de santé maternelle et infantile, ce qui entraîne des lacunes dans les services essentiels tels que les soins prénatals, l'accouchement assisté par du personnel qualifié et le suivi postnatal (OMS, 2020). L'instabilité politique et les difficultés économiques ont exacerbé la pénurie de professionnels de santé qualifiés, en particulier

de sage-femmes et d'obstétriciens, ce qui a limité l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (FNUAP, 2021).

L'insuffisance des infrastructures de santé et les ruptures fréquentes de fournitures essentielles, notamment d'ocytocine, de sulfate de magnésium et d'équipements de réanimation néonatale, compromettent la capacité des établissements à gérer efficacement les urgences obstétricales et les complications néonatales (Médecins Sans Frontières [MSF], 2020). De nombreuses maternités et centres de santé ruraux fonctionnent dans des conditions déplorables, sans services essentiels d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) nécessaires à des accouchements en toute sécurité (UNICEF, 2019).

Des obstacles géographiques et financiers limitent encore l'accès aux soins maternels et néonataux, en particulier pour les femmes dans les zones reculées et touchées par les conflits. Bien qu'ils soient officiellement gratuits dans tout le pays, les services de santé maternelle entraînent souvent des coûts indirects, notamment des paiements au noir, des frais de transport et des pertes de revenus dues aux absences du travail. Ces coûts indirects créent d'importants obstacles financiers et logistiques qui découragent de nombreuses femmes d'accéder aux soins prénatals, d'accouchement et postnatals, augmentant ainsi le risque de complications maternelles et néonatales (Banque mondiale, 2020). De plus, les facteurs individuels qui contribuent à ces trois retards – les retards dans la reconnaissance des signes de danger et la décision de se faire soigner, les retards dans l'accès à un établissement de santé et les retards dans l'obtention de soins appropriés à l'arrivée – exacerbent ces défis (Thaddeus et Maine, 1994). La dépendance excessive de la population à l'égard des accoucheuses traditionnelles entrave encore plus l'accès en temps opportun aux interventions vitales (OMS, 2021).

De même, plusieurs obstacles structurels, communautaires et individuels continuent d'entraver les progrès dans la lutte contre le VIH/sida. L'insuffisance des infrastructures de santé, le manque de personnel qualifié et la disponibilité irrégulière des produits de laboratoire et médicaments pour le VIH entravent l'accès au diagnostic et au traitement en temps opportun (ONUSIDA, 2021). La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) découragent les individus de rechercher rapidement un dépistage et des soins, tandis que les croyances traditionnelles et les idées fausses sur la transmission du VIH renforcent l'hésitation à se faire traiter (OMS, 2020). Les contraintes financières, la peur de la divulgation et le manque de connaissances en matière de santé empêchent de nombreuses personnes de prendre des mesures préventives et d'adhérer au traitement (Pulerwitz et al., 2019).

Face au besoin urgent d'améliorer les services de santé et de droits sexuels et reproductifs et de lutte contre le VIH à Bangui, Médecins Sans Frontières - Centre Opérationnel de Bruxelles (MSF-OCB) met en œuvre le Projet de Bangui pour renforcer le système de santé fragile de la RCA. À Bangui, MSF fournit une expertise technique et un soutien opérationnel à certains centres de santé publique, renforçant ainsi leur capacité à fournir des soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de VIH/sida de qualité et à fort impact. Dans le cadre de ces efforts, MSF collabore avec les autorités sanitaires locales pour renforcer la prestation de services de santé sexuelle et reproductive et de VIH/sida au sein du système de santé de Bangui.

ÉVOLUTION DU PROJET BANGUI : D'UNE RÉPONSE D'URGENCE À UN APPUI DÉCENTRALISÉ ET INTÈGRE AU SYSTÈME DE SANTÉ PRIMAIRE DE BANGUI

MSF-OCB est présent en RCA depuis 1997 (voir Fig. 1). En 2013, elle a lancé le Projet Bangui pour fournir une aide médicale d'urgence aux populations touchées par le conflit, suite au coup d'État mené par la Séléka. Au fur et à mesure que la crise s'intensifiait, les femmes enceintes étaient de plus en plus privées de soins essentiels, ce qui a incité MSF à mettre en place une unité obstétricale d'urgence sur le tarmac de l'aéroport de Bangui. Cette installation temporaire a fourni des soins obstétricaux et néonataux vitaux, jetant les bases de ce qui allait devenir plus tard le Projet SSR de Bangui en 2014. En 2016, MSF-OCB a élargi son champ d'action en lançant officiellement des activités de réponse au VIH/sida, répondant ainsi aux besoins croissants des PVVIH.

Suite à la fermeture du camp de déplacés près de l'aéroport de Bangui en 2015, et en collaboration avec les autorités sanitaires centrafricaines, MSF-OCB a transféré ses services obstétricaux et néonataux de l'aéroport à la maternité du Centre de Santé Urbain pour consultations externes (OPD) Castors (dans le district sanitaire 3). En parallèle, reconnaissant les obstacles spécifiques rencontrés par les femmes musulmanes pour accéder aux services de maternité, en particulier celles résidant dans la zone PK5, MSF a également mis en place une unité de maternité au centre de santé de Gbaya Ndombia. Cet établissement a été stratégiquement choisi pour offrir des services d'accouchement respectueux, accessibles et culturellement appropriés aux femmes de la communauté majoritairement musulmane qui étaient confrontées à des restrictions de mobilité et à une vulnérabilité accrue en raison de l'insécurité et de la marginalisation sociale. En exploitant deux sites complémentaires, MSF visait à élargir l'accès à des soins néonataux et à des accouchements assistés par des professionnels qualifiés, tout en s'attaquant aux obstacles géographiques et socioculturels aux soins. Par la suite, le projet a élargi la portée de son intervention pour inclure la gestion de la violence sexuelle et la fourniture de services de contraception complets, y compris des préservatifs, des implants, des pilules contraceptives orales et la ligature des trompes. En 2019, les structures soutenues par MSF dans le cadre du projet Bangui avaient fourni des soins à 4 000 survivantes de violences sexuelles et assisté 11 000 accouchements dans des établissements. Au fil du temps, ce qui a commencé comme une initiative de soins maternels a progressivement évolué vers un projet complet de SSR, reflétant l'engagement de MSF à répondre aux besoins de santé divers et croisés des femmes et des filles à Bangui.

En plus des services de SSR, MSF a lancé en 2016 des activités liées au VIH pour soutenir la réponse nationale au VIH/sida. Cependant, elle a temporairement retiré son soutien aux activités liées au VIH pendant une période de collaboration limitée avec les autorités locales. Ce retrait a créé une lacune dans la prestation de services qui a été particulièrement ressentie chez les populations vulnérables. En 2019, alors que la demande de traitements avancés contre le VIH augmentait, MSF-OCB a relancé une initiative de lutte contre le VIH/sida au Centre Hospitalier Universitaire Communautaire (CHUC), un hôpital tertiaire de Bangui, afin de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité chez les PVVIH. La détérioration de la situation sécuritaire a gravement perturbé l'accès aux soins du VIH, avec de fréquentes ruptures de stock de médicaments antirétroviraux dans les établissements de santé et l'insécurité empêchant de nombreux patients de rechercher rapidement un traitement. En conséquence, de nombreuses personnes vivent avec

le VIH ont progressé vers des stades avancés de la maladie (3 et 4), ce qui a entraîné une aggravation de l'état de santé. Au CHUC, où MSF-OCB a soutenu le service de médecine interne et le laboratoire pour les soins liés au VIH, près de la moitié de toutes les admissions à l'hôpital étaient des patients séropositifs, et un patient hospitalisé sur cinq est décédé de complications liées au VIH.

Pour relever ces défis, MSF-OCB a fourni un soutien technique et logistique au CHUC, notamment du matériel médical, la formation du personnel et une supervision technique, assurant ainsi un accès continu à des soins gratuits contre le VIH. Les services comprenaient le traitement médical des patients atteints du VIH/sida à un stade avancé, dont beaucoup étaient coïnfectés par la tuberculose, ainsi que le dépistage du VIH, les consultations et l'initiation du traitement antirétroviral (TAR) pour les patients nouvellement diagnostiqués.

Initialement gérée comme un projet autonome, la riposte au VIH a été mise en œuvre parallèlement à une initiative distincte en matière de SSR. Cependant, en 2022, MSF a opéré un virage stratégique en fusionnant ces deux programmes verticaux en un seul projet intégré, connu sous le nom de « Projet Bangui ». Cette fusion visait à renforcer la continuité des soins et à améliorer la prestation des services en répondant aux besoins de santé interdépendants des patients, en particulier des femmes, des nouveau-nés, des PVVIH et des populations clés, grâce à une approche holistique qui combine le dépistage et le traitement du VIH, les soins maternels, la contraception et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) au niveau des centres de santé. En complément de cet effort, MSF a également renforcé ses activités de promotion de la santé communautaire afin de sensibiliser et d'accroître l'utilisation des services de SSR et de VIH/sida, en particulier parmi les populations mal desservies et à risque.

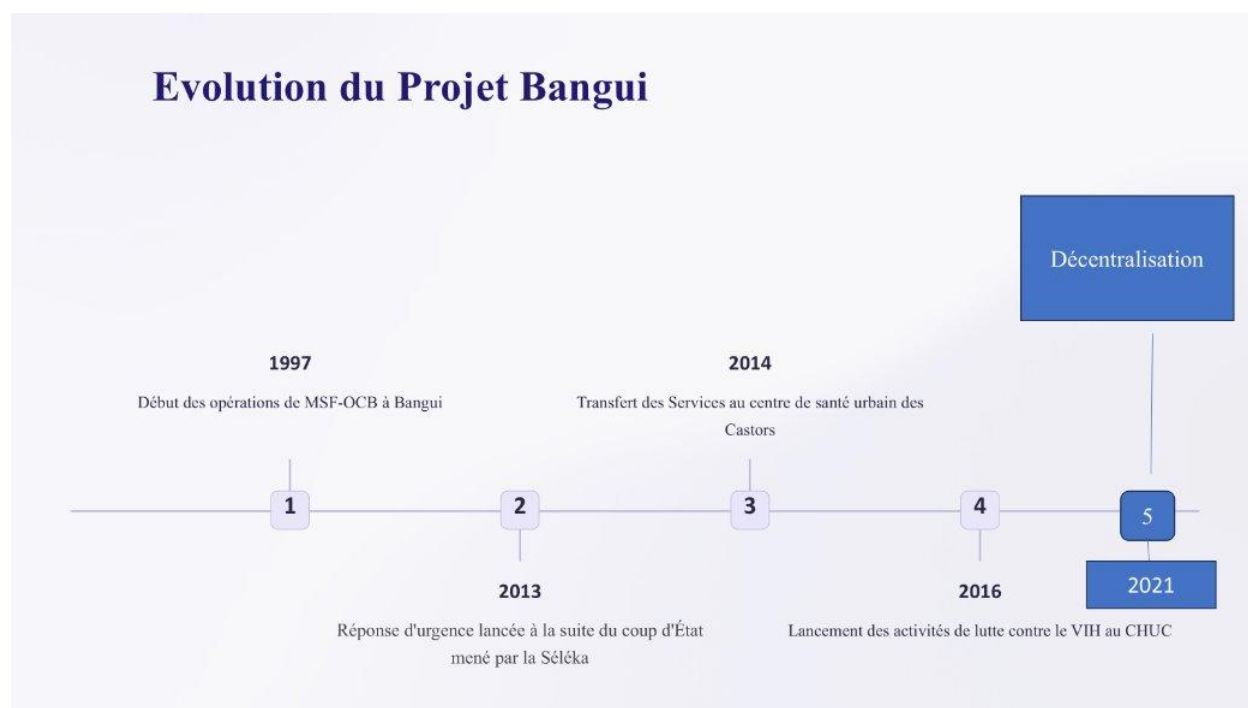


Figure 1: Évolution du projet Bangui — Du lancement à la décentralisation

JUSTIFICATION DE LA DÉCENTRALISATION DU SOUTIEN DE MSF AU SYSTÈME DE SANTÉ PRIMAIRE À BANGUI, RCA

Des considérations opérationnelles ont principalement motivé la décentralisation de MSF et l'intégration du soutien au système de santé primaire à Bangui, *ci-après dénommée l'initiative de décentralisation*. Il s'agit notamment de la nécessité d'optimiser les services de SSR et l'accessibilité des soins de santé liés au VIH/sida, ainsi que la prestation globale des services. Plus précisément, elle visait à réduire la charge des patients au Centre de santé OPD Castor, qui était submergé en raison d'une demande constamment élevée. Le centre de santé OPD Castor, géré uniquement par MSF à Bangui, a servi de plaque tournante pour les services médicaux essentiels, y compris les soins obstétricaux. Les patients venaient de toute la ville pour y chercher un traitement. De plus, le CHUC, que MSF soutient partiellement, a été conçu comme un hôpital de référence mais est également devenu un établissement de soins primaires pour beaucoup. Un nombre important de personnes vivant avec des PVVIH ont contourné les centres de santé locaux qui leur étaient assignés et ont cherché à se faire soigner directement au CHUC. Elles ont été attirées par la perception d'une meilleure qualité des soins, d'une plus grande confidentialité et de l'accès à des services spécialisés. Ce phénomène de contournement a contribué à l'encombrement des services au CHUC et a exacerbé les obstacles géographiques et logistiques pour les patients vivant dans des zones périphériques ou mal desservies.

Pour relever ces défis, le projet Bangui a mis en place une initiative de décentralisation. Comme dans d'autres situations de crise où MSF-OCB intervient, cette approche visait à réduire la surpopulation au Centre de Santé OPD Castor et au CHUC en renforçant les centres de santé primaires à proximité, soutenant ainsi la fourniture de services de santé de qualité au plus près de la population dans le besoin. MSF a mis en œuvre avec succès des modèles similaires dans des pays tels qu'Haïti, le Soudan du Sud et la République démocratique du Congo (RDC), où le volume élevé de patients dans les établissements de santé gérés par MSF a souvent entraîné des retards dans les soins, de longues distances à parcourir et des inefficacités dans la prestation des services (MSF, 2022a).

Le projet Bangui visait à améliorer l'accès aux services vitaux de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive, y compris la santé maternelle et infantile, en décentralisant et en intégrant le soutien de MSF à des centres de santé spécifiques dans la ville, rapprochant ainsi les soins des communautés qui en ont le plus besoin. Il visait à optimiser la prestation des services et à promouvoir une réponse plus durable et ancrée localement aux défis actuels de la santé maternelle, infantile et du VIH/sida en République centrafricaine. La figure 2 ci-dessous illustre la raison d'être de l'initiative de décentralisation.

Justification de la décentralisation du soutien de MSF



Figure 2: Justification de la décentralisation et de l'intégration de l'appui de MSF dans le système de santé de Bangui

À l'heure actuelle, dans le cadre de son initiative de décentralisation, le projet soutient six centres de soins de santé primaires, en mettant l'accent sur les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de lutte contre le VIH/sida, comme décrit dans le tableau 1 ci-dessous. En plus de soutenir les établissements de santé, l'initiative de décentralisation renforce également la sensibilisation communautaire en déployant des équipes mobiles et des agents de promotion de la santé formés qui dispensent une éducation porte-à-porte sur le VIH et les IST. De plus, des préservatifs et d'autres contraceptifs sont disponibles dans les points de soins communautaires soutenus (voir le tableau 2 ci-dessous). Ces efforts de sensibilisation sont conçus pour atteindre les populations mal desservies, notamment les adolescents, les femmes en âge de procréer et les populations clés à haut risque.

Tableau 1: Centres de santé soutenus dans le cadre de l'initiative de décentralisation et présentation de l'ensemble des services de santé qu'ils fournissent (en mars 2025)

Nom de l'établissement de santé	Services de santé sexuelle et reproductive	Services de santé liés au VIH
1. Centre de santé Boy Rabe	<ul style="list-style-type: none"> - Services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (BEmONC) pour gérer les complications courantes de l'accouchement et assurer un accouchement et des soins néonataux en toute sécurité. - Dépistage du VIH lors de la première visite de soins prénatals (ANC1) pour 	Aucun soutien pour les services liés au VIH

	<p>assurer une liaison précoce avec le traitement et prévenir la transmission de la mère à l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins des complications liées à l'avortement - Services de planification familiale (PF) /contraception - Références et contre-références en ambulance 24 heures sur 24 vers le CHUC pour les urgences compliquées (CEmONC) 	
2. Centre de santé Castors	Pas de soutien pour les services liés à la SSR	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage index pour les contacts des clients séropositifs et conseil et dépistage à l'initiative du prestataire - Consultation initiale et instauration d'un traitement antirétroviral - Approvisionnement en médicaments contre le VIH/sida - Prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH - Tests de laboratoire pour la surveillance du VIH/sida - Références vers le CHUC pour des soins avancés
3. Centre de santé des combattants de Bédé	<ul style="list-style-type: none"> - BEmONC - Dépistage du VIH à l'ANC1 - Planification familiale/Contraception : Nouveaux cas : après accouchement, avortement et sur demande - Accouchements assistés - Soins des complications liées à l'avortement - Références et contre-références en ambulance 24 heures sur 24 vers le CHUC pour les urgences compliquées (CEmONC) 	
4. Centre de santé de Begoua	<ul style="list-style-type: none"> - BEmONC - Dépistage du VIH à l'ANC1 - Planification familiale/Contraception : Nouveaux cas : après accouchement, avortement et sur demande - Accouchements assistés - Soins des complications liées à l'avortement - Références et contre-références en ambulance 24 heures sur 24 vers le CHUC pour les urgences compliquées (CEmONC) 	
5. Centre de santé Les Amis d'Afrique	- Aucun service lié à la SSR dans cet établissement	
6. Centre de santé de Ouango	- Pas de soutien pour les services liés à la SSR	

Tableau 2: Cliniques mobiles communautaires dans le cadre de l'initiative de décentralisation et leur ensemble de soins

Nom du site communautaire	Forfait d'activités offertes	Établissement de santé correspondant	Quartier sanitaire
Site com. KOKOLO 3	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation à la planification familiale, aux IST et aux violences sexuelles, et promotion MSF - Activités de planification familiale (toutes les méthodes sauf les implants et les DIU) - Référence vers OPD Castors pour les cas de violence sexuelle et méthodes contraceptives avancées. - Référence vers l'établissement de santé correspondant pour les cas d'IST. - Prise en charge des IST, dépistage du VIH et référence pour la prise en charge des cas de séropositivité, PF et sensibilisation. 	CDS MAMADOU MBIKI	Bangui 2
Site com. BEGOUA	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation à la planification familiale, aux infections sexuellement transmissibles et aux violences sexuelles, et promotion de MSF - Activités de planification familiale (toutes les méthodes sauf les implants et les DIU) - Référence vers OPD Castors pour les cas de violence sexuelle et méthodes contraceptives avancées. - Référence vers l'établissement de santé correspondant pour les cas d'IST. 	HÔPITAL DE BEGOUA	BEGOUA
Site com. GBAKASSA		CDS KOKORO BOEING	BIMBO
Site com. CTE SINAI		CEMD GUITANGOLA	BIMBO
Site com. 92 LOGEMENTS		CEMD PETEVO	BANGUI 2

OBJECTIFS ET JUSTIFICATION DE L'ÉVALUATION

Le projet de Bangui a commandé cette évaluation à mi-parcours afin d'évaluer les progrès et la pertinence de son initiative de décentralisation par rapport à l'atteinte des objectifs visés. Ces objectifs visent principalement à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé sexuelle et reproductive, y compris les services de santé maternelle et infantile et les services liés au VIH, ainsi qu'aux IST pour les populations cibles à Bangui. En fin de compte, l'initiative vise à réduire la morbidité et la mortalité liées à la santé maternelle et infantile et aux affections liées au VIH.

Selon les Termes de référence (TdR) de l'évaluation (voir annexe 4.1), les résultats de cette évaluation à mi-parcours pourraient aider l'équipe du projet de Bangui à mieux comprendre les défis et les opportunités liés à l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé maternelle et infantile, ainsi que des soins et du soutien en matière de VIH, dans le contexte spécifique de Bangui. Plus précisément, le projet de Bangui pourrait utiliser les résultats pour éclairer les discussions stratégiques sur l'orientation du projet.

QUESTIONS D'ÉVALUATION ET CADRE CONCEPTUEL

À partir des questions soulevées dans les Termes de référence de l'évaluation et des informations recueillies lors des entrevues initiales avec le commissaire et les principaux membres du personnel de MSF au cours du processus de démarrage, l'équipe d'évaluation a adopté le cadre d'évaluation de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour structurer et éclairer cette évaluation (OCDE, 2019). À partir de ces questions d'évaluation précises, l'équipe d'évaluation a sélectionné et appliqué les critères suivants de l'OCDE :

1. **Pertinence** : Ce critère permet d'évaluer si l'initiative de décentralisation répond aux besoins médicaux de la population cible à Bangui. Il examine également s'il existe des besoins non satisfaits en matière de SSR ou de VIH au sein de groupes de population spécifiques (**question d'évaluation 1, comme indiqué dans les TdR**).
2. **Cohérence** : Ce critère évalue l'alignement de l'initiative de décentralisation avec le contexte et les politiques existantes en matière de SSR et de VIH, ainsi que les cadres de santé publique. Il examine également si le programme manque des opportunités (**question d'évaluation 2, comme il est indiqué dans les TdR**).
3. **Efficacité** : Ce critère mesure le succès de l'initiative de décentralisation dans la réalisation de ses objectifs, en particulier l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des principaux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH dans les centres de santé soutenus à Bangui. En améliorant ces services, l'initiative vise à réduire les taux de mortalité et de morbidité liés au VIH/sida et aux événements indésirables maternels et infantiles. Il examine également si des éléments de soins, des stratégies ou des groupes au sein de la population cible

ont été exclus de l'initiative décentralisée et l'impact de ces exclusions (**question d'évaluation 4, comme indiqué dans les TdR**).

4. **Impact** : Ce critère évalue la contribution de l'initiative de décentralisation et du volet d'appui à l'intégration à la capacité des partenaires de MSF (MSP, établissements de santé individuels et communautés) à progresser vers les objectifs à long terme du projet de réduction de la morbidité et de la mortalité (**question d'évaluation 5, comme indiqué dans les TdR**).
5. **Durabilité** : Ce critère évalue si l'approche adoptée pour fournir le volet de soutien décentralisé aux services de SSR et de VIH peut être reproduite par le ministère de la Santé ou en partenariat avec un autre acteur (**question d'évaluation 6, comme indiqué dans les TdR**).
6. **Efficience** : Dans quelle mesure l'initiative de décentralisation a-t-elle amélioré la prestation des services en optimisant les ressources disponibles ? (**question d'évaluation 7, telle qu'elle est décrite dans les TdR**).
7. De plus, cette évaluation **évalue l'implication des autorités sanitaires locales** et des partenaires (MSP, Communautés) dans la conception et la mise en œuvre du programme. La question de savoir si ces parties prenantes ressentent un sentiment d'appropriation et d'appartenance, facteurs clés de la reproduction réussie de l'initiative de décentralisation par les autorités sanitaires locales (**question d'évaluation 3, comme indiqué dans les TdR**)

MÉTHODE

CONCEPTION DE L'ÉTUDE

Nous avons utilisé une approche mixte pour évaluer de manière exhaustive l'initiative de décentralisation, en combinant des techniques de collecte de données qualitatives et quantitatives. Plus précisément, l'équipe d'évaluation a utilisé les sources de données suivantes pour assurer une évaluation solide de l'initiative :

EXAMEN DOCUMENTAIRE

Nous avons examiné les politiques, les lignes directrices et les documents pertinents à l'échelle locale, nationale et internationale. Cette revue comprenait des politiques, des procédures, des cadres et des documents pertinents liés à la SSR et au VIH ainsi que des documents pertinents de l'initiative de décentralisation (voir la liste des principaux documents examinés à l'annexe 4). L'examen documentaire a contextualisé l'initiative de décentralisation de MSF dans les politiques nationales de santé et les meilleures pratiques internationales, fournissant une compréhension fondamentale de sa pertinence et de sa cohérence avec les objectifs et les feuilles de route plus larges du secteur de la santé. Cette revue a d'abord permis d'éclairer notre compréhension de l'initiative de décentralisation, y compris sa portée d'intervention, son approche de mise en œuvre, ses défis et son cadre logique. En examinant ces aspects, la revue a mis en évidence la manière dont l'initiative s'intègre aux systèmes de santé existants et répond aux besoins spécifiques de la population cible. Elle a également identifié les principaux domaines à

améliorer et les obstacles potentiels à une mise en œuvre efficace et à la réussite, offrant des informations précieuses pour optimiser l'impact de l'initiative sur la prestation des soins de santé.

ANALYSE SECONDAIRE DES DONNÉES DE ROUTINE

Nous avons analysé les données de routine des centres de santé soutenus par MSF dans le cadre de l'initiative de décentralisation, en utilisant Tier.Net pour les indicateurs liés au VIH et la base de données SSR pour les données de santé sexuelle et reproductive. Cette analyse visait à générer des informations quantitatives sur l'efficacité, l'efficacité et l'impact potentiel de l'initiative. Elle comprenait, entre autres, une évaluation des tendances d'utilisation des services et de l'amélioration des résultats pour les mères, les enfants et le VIH/sida au fil du temps.

ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

Nous avons mené des entretiens semi-structurés avec des parties prenantes clés, notamment du personnel de MSF, des représentants du ministère de la Santé, de l'équipe de direction du district sanitaire et des prestataires de soins de santé des centres de santé soutenus par MSF. Ces entretiens ont permis de recueillir le point de vue d'experts sur la pertinence, la durabilité et le potentiel de réplication de l'initiative au sein du système de santé au sens large de Bangui. De plus, ces entrevues ont permis de mieux comprendre les principaux défis rencontrés et les leçons apprises tout au long de la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation.

ÉTUDE DE CAS : ANALYSE DE DEUX CENTRES DE SANTÉ

Une étude de cas détaillée a été utilisée pour examiner la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation au **centre de santé Boy Rabe** et au **centre de santé Bédé Combattant**. Cette analyse a permis de mieux comprendre la prestation des services, l'allocation des ressources et l'expérience des patients. L'étude de cas comprenait :

- a) **Analyse secondaire des données sur l'utilisation des services** : Il s'agissait d'examiner les tendances du volume de patients, de la prestation de services et des résultats en matière de santé au fil du temps. En analysant les données existantes, l'équipe d'évaluation a pu identifier des tendances et des changements dans la façon dont les services étaient utilisés et leur impact sur la santé des patients.
- b) **Entrevues approfondies avec des prestataires de soins de santé** : Ces entrevues ont permis d'explorer divers aspects de la prestation de services, y compris les défis auxquels font face les prestataires, la capacité de la main-d'œuvre et les stratégies de mobilisation des patients. Les prestataires de soins de santé ont partagé leurs expériences et leurs points de vue, offrant des informations précieuses sur les aspects opérationnels de l'initiative.
- c) **Observation du flux des patients** : Cette méthode a permis d'évaluer l'accessibilité des services, les temps d'attente et l'efficacité des processus de références. L'observation du flux des patients a permis de mesurer avec quelle efficacité les services étaient délivrés et de cerner les domaines d'amélioration s'agissant de l'efficacité de la prestation des services.
- d) **L'enquête de sortie des clients** a utilisé des techniques quantitatives et qualitatives. Le volet quantitatif comprenait des entrevues structurées avec un sous-ensemble de participants issu de l'observation du flux de clients, afin de recueillir des informations sur la prestation des

services. Cette approche a fourni des renseignements mesurables sur les tendances en matière de soins aux patients et de prestation de services. À la suite de ces entrevues, un sous-ensemble de participants a été sélectionné pour des entrevues qualitatives approfondies, qui ont exploré leurs expériences, leurs perceptions et les défis liés aux services de santé qu'ils ont reçus. L'approche qualitative a permis de mieux comprendre les soins aux patients, en capturant des histoires personnelles et des informations que les données quantitatives seules ne pouvaient pas révéler. Cette approche multidimensionnelle a permis d'évaluer en profondeur si l'initiative de décentralisation avait amélioré la disponibilité et l'accessibilité des services de santé maternelle et infantile, ainsi que des soins liés au VIH.

POPULATION ETUDIÉE, CRITÈRES DE SÉLECTION ET MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE

La population étudiée était composée de trois groupes clés : les clients (bénéficiaires des services de SSR et de VIH), les prestataires de soins de santé et les agents de santé communautaires des sites étudiés. De plus, nous avons interagi avec des informateurs clés du ministère de la Santé et de MSF.

Nous avons utilisé une approche d'échantillonnage non probabiliste pour sélectionner à la fois les sites d'étude de cas et les répondants, afin d'obtenir les informations les plus pertinentes pour l'évaluation. Les centres de santé de Boy Rabe et de Bédé Combattant ont été choisis à dessein pour permettre une compréhension diversifiée et approfondie de la mise en œuvre et de l'impact de l'initiative de décentralisation (Crowe et al., 2011). Ces sites ont été sélectionnés en fonction de leur offre complète de services en matière de SSR et de VIH. Ils s'attendaient à ce qu'il y ait un flux élevé de clients, fournissant un échantillon représentatif des participants à l'étude et reflétant les principales dynamiques de la prestation des services.

Dans les sites étudiés, tous les clients âgés de 15 ans et plus qui ont accédé à des services de santé maternelle et infantile et de lutte contre le VIH pendant la période de collecte de données étaient admissibles à l'étude, ainsi que tous les prestataires de soins de santé. Les informateurs clés de MSF et du ministère de la Santé ont été ciblés en fonction de leur capacité à offrir des informations plus approfondies sur nos questions d'évaluation

PROCÉDURES DE COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données primaires pour cette évaluation a été effectuée du 17 au 27 mars 2025. Deux membres de l'équipe d'évaluation se sont rendus à Bangui pour recueillir des données au cours de cette période. De plus, les données programmatiques collectées de mi-juin 2021 à avril 2025 ont été extraites des ensembles de données du projet pour leur analyse secondaire.

ANALYSE DES FLUX DE CLIENTS ET SONDAGES DE SORTIE

L'analyse du flux de clients a impliqué l'observation directe de 150 patients accédant aux soins de SSR et de VIH/sida dans les deux sites d'étude de cas. Afin d'éviter de perturber la prestation des services et de

préserver la confidentialité des clients, ce sont des prestataires de soins de santé formés, plutôt que les membres de l'équipe d'évaluation, qui ont rempli les formulaires d'observation. Cette approche a également permis d'atténuer les déséquilibres de pouvoir potentiels entre les patients et les observateurs externes, car les prestataires étaient déjà des figures de confiance dans le cadre de l'établissement de santé. Les participants représentaient un mélange d'utilisateurs de services, notamment des femmes enceintes, des mères avec enfants, des adolescentes et des personnes vivant avec le VIH. Les caractéristiques démographiques de base, telles que le groupe d'âge, le sexe et le point d'entrée dans le service, ont été notées dans la mesure du possible, sans compromettre l'anonymat du patient.

Les prestataires de soins de santé ont enregistré les déplacements de chaque patient à travers divers points de prestation de services, en recueillant des données sur les temps d'attente, les services reçus et les références internes. L'analyse visait à évaluer la disponibilité et l'accessibilité des services, tout en cernant les goulets d'étranglement, les inefficacités et les lacunes qui peuvent entraver la prestation efficace des services. En utilisant un processus d'observation anonyme dirigé par le prestataire, l'analyse a permis d'assurer des garanties éthiques et de minimiser l'influence de l'observation sur le comportement des patients ou la performance du personnel.

Après avoir reçu des soins, les participants ont été invités à répondre à un sondage de sortie évaluant leur satisfaction, la qualité perçue des soins et les obstacles à l'accès aux services. Les sondages ont été administrés dans un cadre privé sur les sites d'étude de cas par deux assistants de recherche locaux, qui ont reçu une formation sur les procédures d'évaluation et l'éthique de la recherche afin d'assurer la confidentialité et de minimiser les biais. L'enquête a été menée à l'aide de la version hors ligne de la boîte à outils KOBO®, a duré environ 30 minutes et a été administrée en sango ou en français, selon la préférence de chaque participant. Nous avons atteint un total de 134 clients dans les deux sites d'étude de cas.

En plus de l'enquête de sortie quantitative, l'équipe de l'étude a mené des entretiens approfondis avec un sous-ensemble de 12 participants à l'enquête sélectionnés à dessein afin d'obtenir des informations plus approfondies sur leurs expériences. Ces participants représentaient un mélange diversifié d'utilisateurs de services, y compris des femmes enceintes (n = 5), des mères en post-partum (n = 2), des adolescentes (n = 2) et des adultes vivant avec le VIH (n = 3), reflétant l'éventail des clients accédant aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH/sida dans les deux centres de santé étudiés de cas. Des efforts ont été faits pour assurer la diversité en termes d'âge, de sexe et de type de service (par exemple, soins prénatals, planification familiale, traitement du VIH).

Les entrevues ont exploré les perceptions des participants à l'égard de la qualité des soins reçus, la nature de leurs interactions avec les prestataires de soins de santé et les obstacles auxquels ils ont été confrontés dans la recherche ou la poursuite de soins. Cette composante qualitative était essentielle pour comprendre les expériences des clients au-delà des mesures quantitatives, offrant une vision plus nuancée de l'accessibilité, de la réceptivité et de l'orientation humaine des services fournis dans le cadre de l'initiative de décentralisation.

Les entrevues, guidées par un outil spécialement développé pour cette évaluation, ont été réalisées en sango ou en français, selon la préférence du participant, enregistrées avec son consentement et d'une durée moyenne de 30 minutes.

PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ ET AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Nous avons mené des entretiens semi-structurés en personne avec des informateurs clés dans leur milieu de travail, à l'aide d'un guide semi-structuré spécialement élaboré pour la présente évaluation. Les membres de l'équipe d'évaluation ont mené toutes les entretiens en français, les ont enregistrés sur bande audio (avec consentement verbal) et elles ont duré environ 30 minutes.

Neuf entretiens ont été menés, cinq à Boy Rabe et quatre au Centre de santé de Bédé Combattant respectivement. Ces entretiens ont impliqué deux (n=2) médecins, trois (n=3) sage-femmes et infirmières, deux (n=2) prestataires de services VIH/TB et quatre (n=4) agents de soutien psychosocial.

ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

L'équipe d'évaluation a mené un total de douze (n=12) entretiens approfondis avec des informateurs clés. Il s'agissait de deux représentants du ministère de la Santé, l'un du Programme national de lutte contre le VIH/sida et l'autre du Programme de santé familiale, ainsi que d'un représentant de l'équipe de gestion de la santé du district. En outre, neuf membres du personnel de MSF ont été interrogés, représentant des perspectives globales, régionales et au niveau des projets.

Ces entretiens ont été menés auprès des participants dans leur milieu de travail ou virtuellement, au besoin, à l'aide d'un guide élaboré explicitement pour la présente évaluation. Chaque entretien a duré environ 30 minutes et a été enregistré sur bande audio avec le consentement verbal des participants.

ANALYSE DES DONNÉES

ANALYSE DE DONNÉES QUANTITATIVES

L'équipe d'évaluation a utilisé des statistiques descriptives, y compris la fréquence et les pourcentages, pour analyser les caractéristiques des répondants et évaluer un éventail de variables reflétant l'efficacité et l'impact de l'initiative de décentralisation. Il s'agit, entre autres, de la disponibilité des services de SSR et de VIH/sida, de l'accessibilité, de la qualité et des changements dans les résultats de santé des clients. Nous avons construit des indices composites de disponibilité, d'accessibilité et de qualité en attribuant des scores non pondérés à plusieurs composantes de services (voir l'annexe 4 pour une description détaillée de l'approche d'analyse des données). Nous avons évalué l'évolution des résultats en matière de santé des clients au fil du temps (de juin 2021 à avril 2025) à l'aide d'indicateurs clés tirés du cadre de performance de l'initiative de décentralisation et des normes mondiales sur le suivi des programmes de lutte contre le VIH (voir l'annexe 3). D'autres variables liées à l'efficacité de la prestation des services, à la satisfaction des utilisateurs et à la réceptivité perçue du système ont également été prises en compte afin de fournir une évaluation plus complète de l'initiative de décentralisation.

Les données quantitatives, y compris les données programmatiques, les données d'observation des flux de clients et les données quantitatives de l'enquête de sortie, ont été analysées à l'aide de Microsoft Excel, adapté pour répondre à des exigences analytiques spécifiques. Les variables continues ont été résumées à l'aide de moyennes, de médianes ou de plages, selon leur type. Les tableaux croisés ont permis d'examiner les relations entre les variables clés et des facteurs tels que les caractéristiques

démographiques des clients (p. ex., âge, sexe, lieu de résidence) et les caractéristiques des centres de santé (p. ex., volume de patients, emplacement).

Nous utilisons des tableaux, des graphiques et des diagrammes circulaires, le cas échéant, pour représenter visuellement nos constatations quantitatives, ce qui garantit la clarté et la facilité d'interprétation. Plus précisément, nous utilisons des tableaux pour comparer les indicateurs clés et suivre les variations entre les catégories et les périodes. Parallèlement, nous nous appuyons sur des diagrammes circulaires pour illustrer les proportions et les distributions au sein d'indicateurs spécifiques, représentant clairement la part relative de leurs composantes respectives.

ANALYSE QUALITATIVE DES DONNÉES

Deux membres de l'équipe d'évaluation ont transcrit textuellement les entrevues réalisées en français. En revanche, les deux assistants de recherche locaux ont retranscrit mot pour mot les entretiens réalisés en sango, tout en assurant leur traduction en français. Les données qualitatives, y compris les transcriptions d'entretiens, les notes de terrain et les mémos, ont été importées dans NVivo pour le codage et l'organisation des données. Deux membres de l'équipe d'évaluation ont analysé les données à l'aide d'un livre de codes prédéfini. Ce livre de codes comprenait des codes a priori basés sur les critères d'évaluation de l'OCDE et de nouveaux codes qui ont émergé de nos données. Nous avons utilisé des techniques d'analyse thématique déductive et inductive pour examiner les données codées (Braun et Clarke, 2006).

Les informations provenant de diverses sources (données quantitatives et qualitatives) ont été triangulées afin d'assurer la fiabilité de nos conclusions.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

APPROBATION ÉTHIQUE

Ce protocole d'évaluation a reçu l'approbation éthique du Conseil d'éthique de la Faculté des sciences de la santé de Bangui (décembre 2024). Il a également été examiné et formellement exempté par le comité d'éthique interne de MSF, car l'évaluation s'est concentrée sur l'amélioration de la qualité d'un projet en cours de mise en œuvre et présentait un risque minime pour les participants.

PRINCIPES ÉTHIQUES GUIDANT L'ÉVALUATION

Comme l'évaluation comprenait la collecte de données empiriques auprès de sujets humains, y compris des utilisateurs de services de santé et des informateurs clés, l'équipe d'évaluation a strictement respecté les exigences des trois Conseils canadiens en matière d'éthique de la recherche (Instituts de recherche en santé du Canada, 2022). Ces exigences comprenaient le respect de l'autonomie des participants, de la justice et du principe de ne pas nuire.

Plus précisément, nous avons appliqué les principes d'autonomie en nous assurant que tous les participants étaient pleinement informés des objectifs de l'étude, de leurs droits et du caractère volontaire de leur participation. Nous avons maintenu l'autonomie en obtenant un consentement éclairé verbal, permettant aux participants de décider de participer ou non à l'étude sans coercition.

Pour les entretiens individuels avec des adolescents âgés de 15 à 17 ans, nous avons d'abord obtenu le consentement d'un parent, d'un tuteur ou d'un aidant, puis le consentement de l'adolescent. L'équipe d'évaluation n'a pas inclus les enfants de moins de 15 ans et les personnes incapables de donner un consentement éclairé (en raison d'une maladie, d'un handicap mental ou d'un refus).

Nous avons informé tous les participants que leur participation était volontaire, anonyme et confidentielle. Ils ont également été informés de leur droit de refuser de répondre aux questions et de se retirer de l'étude à tout moment et sans conséquence.

Nous avons assuré la justice en sélectionnant les participants de manière juste et équitable, en veillant à ce qu'aucun groupe ne soit exclu ou accablé de manière disproportionnée. Le principe de non-préjudice a été appliqué en concevant des méthodes de collecte de données qui minimisent la détresse psychologique ou émotionnelle, maintiennent la confidentialité et garantissent que les sujets sensibles sont abordés avec soin et professionnalisme (Lalando et coll., 2020).

De plus, l'équipe d'évaluation s'est conformée aux lignes directrices en matière d'éthique de la SEU en respectant les principes fondamentaux de l'intentionnalité, de l'intégrité, du respect de la dignité et des droits et de la responsabilisation tout au long du processus d'évaluation. Il s'agissait notamment de s'assurer que l'évaluation avait été conçue et menée avec un objectif clair, offrant des avantages tangibles aux intervenants. L'équipe a fait preuve d'honnêteté, de transparence et d'indépendance dans toutes les activités d'évaluation et les communications. Une attention particulière a été portée à la protection de la dignité, de la vie privée et du bien-être des participants, en insistant sur le consentement éclairé et à la confidentialité. De plus, l'équipe est restée redevable de la qualité, de l'utilité et de la conduite éthique de l'évaluation, y compris de la diffusion responsable des résultats (MSF SEU Ethical Guidelines for Evaluations, 2022b).

RISQUES POTENTIELS POUR LES PARTICIPANTS

Bien que cette évaluation présente un risque minime, les clients, y compris les personnes séropositives, ont été invités à partager leurs expériences en matière de SSR et de soins du VIH, ce qui a pu causer un malaise psychologique lors de discussions sur des sujets délicats. Pour minimiser ces risques, l'équipe d'évaluation a adopté des approches axées sur le client (Lalando et coll., 2020) :

1. Concevoir le processus d'entrevue pour privilégier le confort des participants.
2. Insistant sur le caractère volontaire de la participation et le droit de se retirer à tout moment.
3. Rassurer les participants sur le fait que leur participation n'affectera pas leur admissibilité aux services de santé actuels ou futurs.
4. Fournir un accès à un soutien psychologique, le cas échéant, aux participants en détresse.

AVANTAGES POTENTIELS

Les participants n'ont tiré aucun avantage direct de cette évaluation. Cependant, ses résultats pourraient contribuer à améliorer les services de SSR et les interventions contre le VIH, ce qui profiterait en fin de compte à toutes les populations cibles de l'initiative de décentralisation.

CONFIDENTIALITÉ ET PROTECTION DES DONNÉES

L'équipe d'évaluation a mis en œuvre des mesures rigoureuses de protection des données afin d'assurer une stricte confidentialité et de protéger la vie privée de tous les participants. Nous n'avons pas recueilli d'informations personnelles ou identifiables, y compris les noms, les numéros de téléphone ou les adresses. Au lieu de cela, seules des données anonymisées et agrégées ont été collectées, analysées et signalées afin d'éviter toute violation de la confidentialité.

Nous avons pris des précautions supplémentaires pour préserver l'anonymat des entretiens qualitatifs. Toutes les citations utilisées dans ce rapport ont été soigneusement examinées et anonymisées afin d'éliminer tout détail potentiellement identifiable, tel que les noms, les postes spécifiques, les noms d'organisations ou tout marqueur contextuel qui pourrait révéler par inadvertance l'identité d'une personne. Ces mesures s'alignent sur les normes de recherche éthique et les meilleures pratiques en matière de sécurité des données, garantissant que la vie privée de tous les participants est soigneusement préservée tout au long du processus d'évaluation (Orb, Eisenhauer et Wynaden, 2001).

Nous avons fait preuve d'impartialité en employant une approche rigoureuse et impartiale de collecte de données, en veillant à ce que les divers points de vue, en particulier ceux des populations vulnérables, soient adéquatement représentés. L'équipe a également utilisé des outils standardisés et des méthodes de vérification pour recouper les résultats et minimiser les biais potentiels. Toutes les données ont été soigneusement documentées pour en assurer l'exactitude, puis analysées à l'aide de méthodologies validées et, au besoin, examinées par des membres de l'équipe qui n'avaient pas participé au processus de collecte de données. De plus, les résultats ont été partagés avec les principaux intervenants à des fins de validation, ce qui leur a permis de fournir des commentaires et de s'assurer que les conclusions tirées reflétaient les réalités sur le terrain.

Enfin, l'équipe d'évaluation n'a déclaré aucun conflit d'intérêts et a respecté les normes d'éthique professionnelle les plus élevées tout au long du processus d'évaluation.

RÉSULTATS

Nous avons d'abord défini l'étendue des interventions liées à la SSR et au VIH mises en œuvre dans le cadre de l'initiative de décentralisation. Ensuite, nous avons présenté les résultats par critère d'évaluation et leurs questions respectives à l'aide d'une approche de tissage (Fetters, Curry et Creswell, 2013), où les données qualitatives et quantitatives sont intégrées tout au long du narratif pour aborder chaque critère. Les informations issues de la composante qualitative sont présentées et complétées par des preuves quantitatives le cas échéant, ou vice versa, en fonction de la force et de la disponibilité des données. Cette méthode permet une triangulation continue, ce qui renforce la crédibilité et la profondeur de l'analyse et fournit une compréhension complète de la performance de l'initiative de décentralisation à travers de multiples dimensions.

ÉTENDUE DES INTERVENTIONS MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DE L'INITIATIVE DE DÉCENTRALISATION

Dans le cadre de sa stratégie de mise en œuvre, l'initiative de décentralisation soutient six établissements de santé sélectionnés à Bangui (voir tableau 1 ci-dessus) pour mettre en œuvre un ensemble ciblé d'interventions en matière de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH. Ces efforts visent à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de SSR, y compris les services de planification familiale, les soins post-avortement, la prise en charge des IST, les services de santé maternelle et infantile de qualité, tout en renforçant la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH. Dans le cadre de l'appui à la PTME de l'initiative de décentralisation, toutes les femmes enceintes qui reçoivent leur premier soin prénatal (CNA1) subissent un dépistage systématique du VIH, et celles qui sont séropositives sont orientées vers l'initiation du traitement antirétroviral et un suivi continu. Les nourrissons nés de mères séropositives reçoivent également une prophylaxie antirétrovirale et un test de dépistage du VIH par PCR environ 6 à 8 semaines après l'accouchement. L'initiative soutient également les accouchements dans les établissements afin d'assurer une assistance qualifiée aux accouchements, ainsi que la vaccination des mères et des nouveau-nés. Elle intègre un mécanisme structuré de référence des centres de santé primaires vers le CHUC pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (CEmONC).

En ce qui concerne les services de lutte contre le VIH, l'initiative soutient la mise en œuvre du dépistage et du counseling à l'initiative des prestataires (PITC) et l'approche de dépistage index afin d'améliorer la détection des cas et le lien vers les soins. Les patients diagnostiqués séropositifs sont mis sous ART avec un suivi continu, un traçage actif des clients dont le traitement a été interrompu (ITT) – définis comme des patients qui ont manqué un contact clinique prévu et qui ne sont pas revenus dans les 28 jours, sans être enregistrés comme étant décédés, transférés ou officiellement arrêtés le traitement – et des perdus de vue (LTFU), qui désignent les patients séropositifs sous ART qui ne sont pas retournés à la clinique ou à la pharmacie pendant ≥ 90 jours après leur date prévue de dernier contact sans qu'ils ne présentent de résultat documenté tel que le transfert, le décès ou l'arrêt des ART.¹ L'initiative soutient également les

¹ Lignes directrices consolidées de l'OMS pour 2021

établissements de santé en leur fournissant des procédures opérationnelles normalisées et des outils permettant d'offrir des conseils psychosociaux aux clients au début du traitement et de renforcer l'adhérence thérapeutique. La surveillance biologique de routine comprend des tests sur place pour la co-infection tuberculeuse, PIMA pour la numération des CD4 et des tests de charge virale effectués à l'Institut Pasteur de Bangui. De plus, les patients atteints du VIH/sida à un stade avancé sont orientés vers le CHUC pour des soins spécialisés, y compris la prise en charge de la co-infection VIH/tuberculose et d'autres infections opportunistes (IO).

Au-delà de la prestation directe de services, l'initiative renforce le système de santé grâce à des efforts de renforcement des capacités, y compris des programmes de formation et de mentorat pour les prestataires de soins de santé. Un stock régulateur de produits médicaux essentiels est maintenu afin d'améliorer la continuité des services et d'atténuer les ruptures de stock de médicaments essentiels fournis par le biais du mécanisme national de la chaîne d'approvisionnement. En outre, l'initiative investit dans l'amélioration des infrastructures des établissements de santé, en mettant l'accent sur les équipements WASH et les efforts de rénovation pour créer un environnement de soins de santé plus sûr et plus fonctionnel.

L'initiative comprend également des activités de sensibilisation communautaire visant à améliorer l'utilisation des services et à renforcer les liens entre les établissements de santé et les communautés qu'ils desservent. L'initiative a formé et soutenu un réseau d'agents de santé communautaires (ASC) qui jouent un rôle clé dans la sensibilisation aux services de SSR et de VIH, la promotion de la participation aux soins prénatals, l'encouragement des accouchements en établissement et l'adoption de la planification familiale. L'équipe de promotion de la santé fournit également des méthodes essentielles de planification familiale aux femmes de la communauté, notamment des contraceptifs injectables, des contraceptifs sous-cutanés autogérés, des pilules contraceptives d'urgence et d'autres méthodes contraceptives à courte durée d'action qui peuvent être administrées en dehors du cadre des soins de santé par des prestataires de soins de santé non professionnels.

Les initiatives de sensibilisation communautaire visent à réduire la stigmatisation et la désinformation entourant les services de VIH/sida et de SSR et à fournir des méthodes de planification familiale. Grâce à des dialogues communautaires et à des campagnes de sensibilisation, les ASC renforcent la confiance dans le système de santé et donnent aux individus les moyens de se faire soigner en temps opportun. En intégrant la sensibilisation communautaire aux interventions dans les établissements, l'initiative de décentralisation vise à combler les lacunes en matière d'accessibilité des services et à améliorer les résultats en matière de santé tout au long du continuum de soins pour la SSR et le VIH. Le diagramme ci-dessous illustre les voies d'intervention et les résultats attendus de l'initiative de décentralisation.

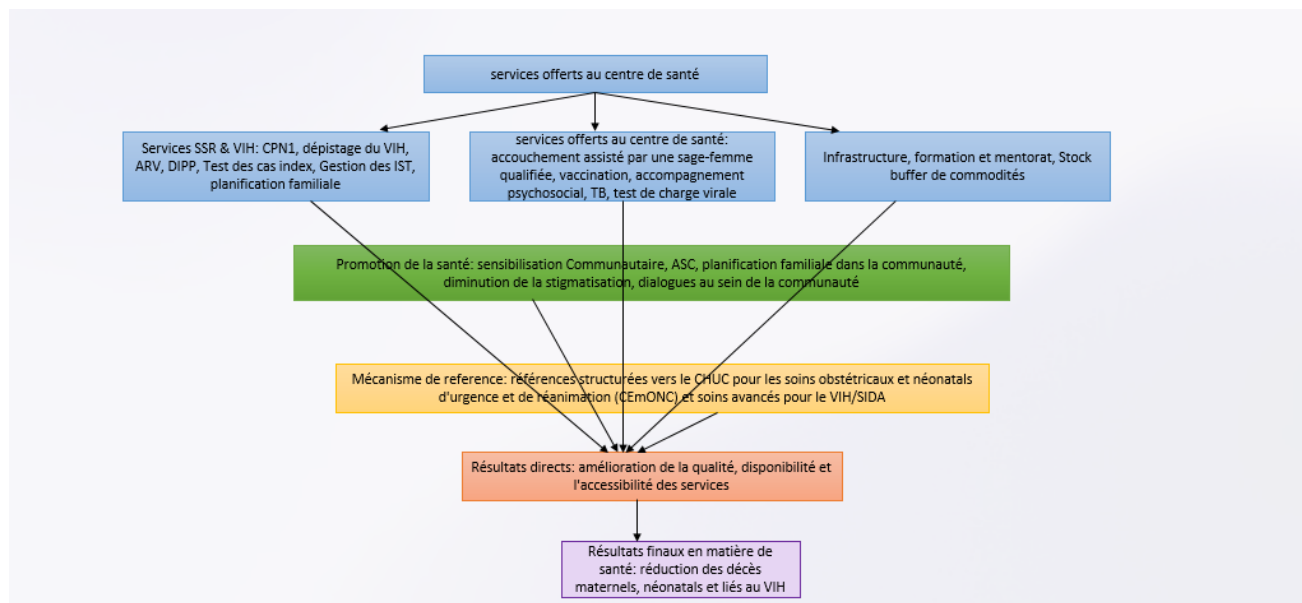


Figure 3: Décentralisation des services de SSR et de VIH à Bangui : Voies d'intervention et résultats

PERTINENCE DE L'INITIATIVE DE DÉCENTRALISATION

Ce critère permet d'évaluer la pertinence de l'initiative de décentralisation par rapport aux besoins médicaux de la population cible à Bangui. Il cherche à déterminer s'il existe des besoins non satisfaits en matière de SSR ou de VIH au sein de cette population et, le cas échéant, à identifier les besoins spécifiques qui restent non satisfaits. (Question d'évaluation 1, telle qu'elle est décrite dans le cadre de référence).

La RCA continue de faire face à de graves défis dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive et du VIH/sida. Les taux de mortalité maternelle et infantile restent alarmants, l'accès à la planification familiale est limité et le pays affiche la prévalence du VIH la plus élevée d'Afrique de l'Ouest et centrale, particulièrement concentrée dans la capitale, Bangui. Les obstacles structurels, notamment le manque de ressources en infrastructures de santé, les pénuries persistantes de personnel de santé qualifié, les ruptures fréquentes de fournitures essentielles et la faiblesse des systèmes de référence, entravent considérablement la prestation de soins de qualité (OMS, 2022 ; ONUSIDA, 2023). Au niveau communautaire, la stigmatisation, les connaissances limitées en matière de santé, les croyances traditionnelles enracinées et l'accès restreint dans les zones rurales, reculées ou touchées par des conflits limitent davantage l'utilisation des services essentiels de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH/sida. Les femmes, les adolescents et les enfants sont touchés de manière disproportionnée, ce qui met en évidence les inégalités persistantes en matière d'accès et de résultats en matière de santé.

L'engagement du gouvernement à l'égard des cibles internationales en matière de santé reste inégal, notamment les ODD, les cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA et les principes de la couverture sanitaire universelle (CSU). Bien qu'il existe des politiques nationales visant à améliorer la santé maternelle et néonatale, la riposte au VIH/sida et l'accès à la planification familiale, les résultats sur des indicateurs clés

tels que la couverture en ART, la suppression de la charge virale, la demande de PF satisfaite par les méthodes contraceptives modernes et la mortalité maternelle et néonatale restent sous-optimaux. Cela suggère des écarts persistants entre les engagements stratégiques et leur incidence sur la prestation des services et les résultats en matière de santé de la population.

Compte tenu de ces lacunes persistantes, l'initiative de décentralisation s'est avérée à la fois contextuellement pertinente et adaptée aux besoins médicaux de la population cible de Bangui en matière de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH/sida. L'initiative s'attaque directement aux défis critiques de la prestation de services en renforçant la capacité des établissements de santé primaires à fournir gratuitement des services de santé maternelle et infantile de qualité et essentiels, ainsi que des soins et un soutien en matière de VIH, aux populations cibles de Bangui. L'initiative améliore également la réceptivité et l'accès aux soins du système de santé en combinant des interventions en établissement et des activités de sensibilisation communautaire, atténuant ainsi les obstacles systémiques, sociaux et individuels aux soins. Un prestataire de soins de santé local a souligné la pertinence et l'importance de cette initiative :

« MSF offre des incitations mensuelles au personnel et des fournitures. S'il y a un problème, nous appelons nos collègues du CHUC [l'hôpital de référence désigné à Bangui] et ils nous aident. Nous demandons à MSF de continuer à nous aider car nous ne savons pas ce qui arriverait aux femmes sans elles. Le soutien financier, médical et matériel de MSF a été inestimable. » [Répondant du ministère de la Santé]

Un autre informateur clé a souligné la pertinence de l'initiative de décentralisation en disant :

« (...) Ce projet est ce dont nous avons besoin en ce moment. L'épidémie de VIH à Bangui s'aggrave et trop de personnes n'ont pas accès au traitement (...) Cette initiative a le potentiel de changer des vies. » [Répondant du ministère de la Santé]

Tandis qu'un autre a commenté dans la même veine comme suit :

« Il y a aussi beaucoup d'autres choses, y compris certains tests qui n'étaient pas accessibles aux patients, comme le compte de CD4. MSF a fourni des appareils PIMA pour effectuer des tests de CD4 sur place au centre de santé » [soutenu par l'initiative de décentralisation à Bangui]. [Répondant MSF]

Ces témoignages mettent en évidence le rôle essentiel de l'initiative de décentralisation pour permettre l'accès à des soins de maternité et à des services de santé contre le VIH/sida de qualité en temps opportun pour les populations cibles à Bangui. De plus, en établissant un système de référence solide, l'initiative de décentralisation fournit des services de transport essentiels, relie les patients à des services spécialisés et, en fin de compte, améliore l'accès rapide aux soins d'urgence pour ceux qui en ont besoin.

« En ce qui concerne les références et contre-références, de nombreux centres de santé [à Bangui] n'avaient initialement pas d'ambulances. Les patients étaient transportés à l'hôpital à moto ou en transports en commun. [Maintenant], les centres de santé peuvent appeler, et l'ambulance viendra chercher le patient et le transporter [au CHUC] dans des conditions idéales. » [Répondant du ministère de la Santé]

Malgré l'opinion globalement positive exprimée par la majorité des répondants concernant la pertinence de l'initiative de décentralisation, certains informateurs clés ont remis en question la pertinence de son orientation géographique. **Ils ont souligné que si l'initiative renforce la disponibilité et l'accessibilité de**

services de santé de qualité pour le VIH, la mère et l'enfant dans les districts sanitaires urbains de Bangui, elle laisse les zones reculées et périphériques mal desservies, où les lacunes dans la prestation de services et les besoins en matière de santé sont souvent plus critiques. Comme l'a fait remarquer un informateur clé :

« Le projet est trop concentré dans le centre de Bangui. Mais les véritables lacunes se trouvent dans les zones périphériques, comme à Bimbo, où certaines de ces zones n'ont toujours pas de services fonctionnels de maternité ou de dépistage du VIH. » [Répondant du ministère de la Santé]

« Une autre difficulté que nous rencontrons, c'est la distance entre les centres de santé et certains villages où il n'y a pas de services » [Client répondant]

Cela met en évidence un décalage perçu entre l'endroit où le soutien est dirigé et les domaines où les défis les plus aigus en matière de prestation de services persistent. De plus, plusieurs répondants se sont dit préoccupés par le fait que l'initiative ne répondait pas suffisamment aux besoins des groupes les plus vulnérables, en particulier les adolescents, les femmes enceintes séropositives et les nourrissons exposés au VIH. Un informateur clé a souligné les lacunes persistantes dans la disponibilité et la continuité des services pour les femmes enceintes séropositives et leurs enfants, notant :

« Le projet vise à renforcer les services de lutte contre le VIH, mais nous constatons toujours des défis critiques pour les femmes enceintes et leurs nouveau-nés. De nombreuses mères séropositives ont du mal à accéder à des soins prénataux cohérents et complets, et le projet ne suit pas les nourrissons exposés avant 18 mois, ce qui augmente le risque de transmission de la mère à l'enfant. »

D'autres informateurs clés ont souligné le manque de services adaptés aux adolescents, soulignant que ce groupe est confronté à des défis distincts pour accéder aux services de SSR et aux soins et soutien liés au VIH/sida, notamment la stigmatisation, la discrimination, la confidentialité limitée et l'absence de stratégies de communication adaptées. Ils ont en outre souligné que de nombreux adolescents, en particulier les filles et les jeunes femmes, se heurtent à des obstacles sociaux et culturels qui les découragent de recourir à des services de planification familiale, tels que la peur d'être jugés par les prestataires de soins de santé ou les membres de la communauté. De plus, les heures et les lieux de prestation des services ne sont souvent pas adaptés aux besoins des jeunes, ce qui rend encore plus difficile pour eux l'accès à des soins et à un suivi cohérents. Par conséquent, leurs besoins ne sont pas pris en compte de manière adéquate, comme l'a déclaré un répondant :

« Les adolescents ne sont pas seulement de jeunes adultes. Ils ont besoin d'intimité, de conseils et de services qui leur parlent. À l'heure actuelle, le système n'est pas conçu pour cela. La plupart évitent les tests ou les soins parce qu'ils se sentent jugés ou incompris. »

En outre, ils ont signalé des attitudes négatives persistantes de la part des prestataires de soins de santé et une stigmatisation des PVVIH au sein des centres de santé évalués.

« Les services sont disponibles et gratuits, mais l'accès est problématique. Une véritable discrimination au sein des services et une stigmatisation des personnes infectées. » [Client infecté par le VIH]

Ces idées soulignent la nécessité d'une approche plus inclusive et adaptée aux adolescents dans l'initiative de décentralisation. Ce faisant, l'initiative peut faire en sorte que des services de santé de qualité soient

non seulement accessibles, mais aussi adaptés aux besoins spécifiques des adolescents. Il s'agit de concevoir des interventions délibérément adaptées à l'âge, à la culture et attrayantes pour les jeunes. Une telle approche aidera à relever les défis uniques des adolescents, ce qui se traduira par une plus grande satisfaction à l'égard des services fournis et un meilleur accès.

En outre, ces informations soulignent la nécessité d'améliorer la réactivité géographique de l'initiative de décentralisation. Alors que l'initiative de décentralisation vise à rapprocher les services de santé sexuelle et reproductive de qualité et de lutte contre le VIH de la population cible, sa concentration actuelle dans le centre de Bangui laisse les zones périphériques et mal desservies avec un accès limité. Ce déséquilibre spatial sape l'objectif central de l'initiative de prestation de services équitables et risque d'exclure les populations vulnérables, en particulier les adolescents vivant dans des quartiers périphériques, qui peuvent être confrontés à des obstacles croisés tels que les coûts de transport, le faible pouvoir de décision lié à la SSR et la stigmatisation sociale. Pour combler cet écart, il faut étendre délibérément les services et le soutien aux zones périphériques, en veillant à ce que la décentralisation se traduise véritablement par la proximité, l'équité et l'inclusion pour tous les segments de la population.

COHÉRENCE DE L'INITIATIVE DE DÉCENTRALISATION

Ce critère évalue l'alignement et la cohérence de l'initiative de décentralisation avec les politiques, stratégies et objectifs mondiaux nationaux existants en matière de SSR et de VIH (question d'évaluation 2, comme indiqué dans les Termes de Référence).

L'initiative de décentralisation a montré une **cohérence mitigée** avec le cadre national de santé publique et l'évolution des priorités pour lutter contre le VIH et les défis urgents en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la santé maternelle et infantile à Bangui. D'une part, il fait preuve d'un alignement stratégique intentionnel sur les objectifs de santé nationaux et internationaux, en particulier dans son soutien à la santé maternelle et néonatale, ainsi que dans ses contributions à la riposte au VIH. Cependant, les choix opérationnels de l'initiative, à savoir l'intégration partielle des services et le recours à des mécanismes de prestation fragmentés, limitent considérablement sa cohérence globale. Ces lacunes dans la mise en œuvre nuisent à l'harmonisation avec les principaux cadres stratégiques, y compris l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (EMTCT) du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B, et révèlent un décalage entre la conception de l'initiative et la vision nationale plus large de services de santé complets et intégrés.

Les résultats de l'examen documentaire et des entretiens confirment que **la portée de la mise en œuvre** de l'initiative s'aligne bien sur les efforts nationaux visant à réduire la mortalité maternelle et infantile, en particulier à la lumière des engagements mondiaux, tels que l'ODD 3.1, et le plan national pour améliorer la santé des mères, des enfants et des adolescents. Les parties prenantes interrogées ont apprécié l'impact de l'initiative s'agissant de sauver des vies, affirmant qu'elle était bien adaptée aux besoins urgents de Bangui en matière de santé maternelle et infantile.

« Elle [l'initiative de décentralisation] est particulièrement cohérente dans notre contexte où les taux de mortalité maternelle et néonatale restent alarmants en raison d'infrastructures de santé

inadéquates, de pénuries de prestataires formés et d'obstacles financiers.» [Extrait d'une entrevue avec un informateur clé]

Un autre prestataire de soins de santé a souligné sa cohérence avec la réponse du pays à l'épidémie de VIH :

« Cette initiative a joué un rôle déterminant dans l'amélioration de notre capacité à fournir des services complets de lutte contre le VIH, en veillant à ce que même les populations les plus vulnérables reçoivent les soins dont elles ont besoin. »

Pourtant, malgré ces points forts, de nombreux répondants ont signalé **certain désalignements**. La **portée limitée des interventions de l'initiative**, qui ne couvre que certains aspects des services prénatals et infantiles, a été largement citée comme affaiblissant sa cohérence avec les visions nationales pour des soins de santé maternelle et infantile complets. Les répondants ont souligné que la fragmentation de la prestation des services nuit non seulement à la qualité des soins, mais aussi à l'efficacité des réformes plus larges du système de santé. Comme l'a dit un informateur clé du ministère de la Santé :

« La santé maternelle ne peut pas être abordée en plusieurs parties. Les femmes ont besoin de soins complets et continus, des consultations prénatales à l'accouchement, jusqu'au suivi postnatal. Toute prestation en-deçà est incomplète. »

« Cette approche fragmentée sape l'impact des interventions (...) Si l'on ne s'attaque pas à ce problème, l'initiative risque de renforcer les inefficacités structurelles que les stratégies nationales de santé s'efforcent de surmonter », a souligné un informateur clé du ministère de la Santé.

Les répondants de MSF ont souligné que la décision de soutenir un ensemble ciblé d'interventions n'était pas arbitraire mais enracinée dans un alignement stratégique avec les réalités opérationnelles et les priorités épidémiologiques. Ils ont souligné que, compte tenu des contraintes de ressources et de la nécessité de maximiser l'impact, l'initiative privilégiait les interventions à haut rendement pour lesquelles les preuves étaient les plus solides pour réduire la mortalité maternelle, infantile et liée au VIH. Selon eux, cette approche ciblée reflète un équilibre pragmatique entre l'ambition et la faisabilité, en veillant à ce que les ressources limitées soient dirigées vers les interventions ayant le plus grand potentiel de sauver des vies.

Un informateur clé de MSF a commenté comme suit :

"C'est un choix... soutenir l'ensemble des soins de la grossesse à l'accouchement est une bonne chose, cependant, nous [MSF] risquons d'avoir un très grand volume d'activités, au-delà de nos ressources. Nous [MSF] voulions également que les structures de santé soient autonomes et qu'elles gèrent certains aspects, et les soutenir seulement en cas de besoin. Il s'agit d'un choix opérationnel compte tenu des contraintes de ressources et de la nécessité de créer un impact.

De plus, le **modèle opérationnel de l'initiative contribue à un désalignement structurel**. Comme l'ont souligné les responsables et les prestataires de services de santé, le recours par MSF à des agents de promotion de la santé recrutés et gérés indépendamment du système de santé local exacerbe encore plus la déconnexion. Tout en comblant les principales lacunes en matière de services, ces acteurs opèrent **parallèlement** aux structures existantes des zones de santé, ce qui limite la coordination, la supervision et l'appropriation de la composante communautaire de l'initiative de décentralisation.

« Au niveau de la communauté, leurs activités [les activités de MSF], nous [le district] ne les connaissons pas, ce qui est un problème. Nous [le district] sommes censés être au courant. Ils [MSF] ne peuvent pas aller dans la communauté comme ça sans informer le district de leurs activités. Nous [le district] avons des agents de promotion de la santé dans la communauté du ministère ; ils [MSF] ne peuvent pas recruter d'autres agents dans le même but. S'il y a une activité communautaire dans le district, elle doit être menée par les agents de promotion de la santé du district. [Informateur clé du ministère de la Santé]

Une autre lacune importante soulignée par certains informateurs clés est le manque d'alignement de l'initiative de décentralisation avec l'engagement du pays à l'égard de la EMTCT du VIH, de la syphilis et du VHB. Ils ont noté que l'initiative ne comprend pas de stratégies intentionnelles pour s'attaquer à cette feuille de route pour la triple élimination, qui est actuellement une priorité nationale et mondiale majeure en matière de santé, ce qui compromet la cohérence globale de l'initiative. Comme l'a fait remarquer un informateur clé du ministère de la Santé :

« Si nous visons la triple élimination, nous ne pouvons pas nous permettre de traiter le VIH de manière isolée. Les mêmes mères et les mêmes bébés sont à risque de contracter les trois infections –ne pas les traiter ensemble n'est ni efficace ni efficient. »

« ... les femmes continuent de payer pour le dépistage de l'hépatite B et de la syphilis même si nous parlons de traitement gratuit, ce qui empêche le pays d'atteindre la triple élimination. Si MSF pouvait également subventionner ces services [dépistage de l'hépatite B et de la syphilis] ou fournir des kits de dépistage, ce serait formidable. »

À l'inverse, les répondants ont souligné un décalage entre les directives cliniques de MSF et les protocoles nationaux dans la mise en œuvre des principales stratégies de dépistage et de prévention du VIH. Plus précisément, ils ont noté que les clients des établissements soutenus par MSF, mais où MSF ne soutient pas la prise en charge du VIH, commencent la prophylaxie des nourrissons exposés au VIH tard après l'accouchement, alors que les protocoles nationaux et la disponibilité des médicaments ne soutiennent pas cette initiation tardive. Un informateur clé du ministère de la Santé l'a exprimé ainsi :

« ... Nous [le ministère de la Santé] observons un problème de diagnostic précoce des nourrissons exposés au VIH, malgré la forte prévalence de la transmission verticale du VIH à 4 % en RCA, le soutien de MSF ne respecte pas le calendrier et la durée de la prophylaxie [ARV] pour ces nourrissons exposés... »

« ... Nous observons un retard dans les tests PCR initiaux et le début de la prophylaxie ARV chez les femmes qui accouchent dans des sites soutenus par MSF [qui n'intègrent pas de soins contre le VIH] parce que ces femmes doivent être orientées vers un autre établissement de santé, ce qui crée des retards et des opportunités manquées et n'aide pas notre lutte pour éliminer la transmission verticale du VIH. » [Répondant du ministère de la Santé]

Les répondants ont noté que MSF a mis en place son propre ensemble d'indicateurs et de systèmes de rapportage adaptés pour suivre la performance du programme. Bien que ces indicateurs et systèmes améliorent le suivi interne et permettent de générer des rapports spécifiques aux projets, nos répondants ont souligné qu'ils ne sont pas totalement alignés sur le Système national d'information sanitaire (DHIS2) du ministère de la Santé. En conséquence, ils ont exprimé leurs inquiétudes quant aux défis rencontrés pour harmoniser les informations de santé de MSF avec les systèmes nationaux. Bien que l'on utilise les

mêmes sources de données primaires, telles que les registres de santé, les différences entre les indicateurs et les plateformes de rapportage entraînent souvent des divergences. Ce décalage limite non seulement l'intégration et l'utilité des informations générées par MSF dans la planification et la prise de décision nationales en matière de santé, mais risque également de renforcer des systèmes de rapports parallèles. Comme l'ont expliqué deux répondants :

« L'un des grands défis auxquels nous sommes confrontés est que nous avons souvent des difficultés à harmoniser nos données [MSF] avec celles du ministère de la Santé. Les données que nous [MSF] collectons proviennent des mêmes registres que les données du ministère de la Santé, ce qui signifie que techniquement, il devrait s'agir des mêmes données, mais ce n'est pas le cas. En effet, certains indicateurs peuvent être couplés, mais d'autres ne peuvent pas être couplés, entre nos logiciels. » [Répondant MSF]

« Pour le volet maternité, MSF a recruté une sage-femme, qui est une sage-femme-superviseuse. Elle collabore avec la major de la maternité, agent du ministère de la Santé, pour collecter ensemble des données. Ils partagent également cela avec MSF. Mais pour la composante VIH, c'est différent. MSF dispose d'une base de données appelée « Tiernet » et MSF a également recruté des gestionnaires de données pour mettre à jour régulièrement les données de cette base de données, et c'est là qu'il y a un petit problème, car les données que nous avons ne correspondent parfois pas à celles de MSF » [répondant du ministère de la Santé]

Dans l'ensemble, l'initiative de décentralisation reflète un effort bien intentionné pour s'aligner sur les priorités nationales et mondiales en matière de santé, en particulier dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et l'amélioration des services de lutte contre le VIH. Ses contributions ont été reconnues par les parties prenantes comme salvatrices et adaptées au contexte, en particulier dans un contexte où la disponibilité des services et les écarts de qualité sont importants.

Cependant, le modèle opérationnel de l'initiative révèle des limites importantes pour atteindre une cohérence complète avec le système national de santé publique. L'intégration partielle des services, les structures de dotation parallèles, le manque d'harmonisation avec les protocoles cliniques nationaux et les incompatibilités des systèmes de données ont affaibli la capacité de l'initiative à soutenir un modèle de soins véritablement intégré et durable. Ces lacunes entravent non seulement la coordination entre MSF et les acteurs de la santé publique, mais risquent également de fragmenter la prestation des services, en particulier pour les services maternels, néonataux et liés au VIH qui nécessitent une continuité et une intégration tout au long de la cascade de soins.

Le manque d'alignement avec la feuille de route de l'EMTCT, la mise en œuvre fragmentée des stratégies de dépistage du VIH et l'interopérabilité limitée avec le système national d'information sanitaire (DHIS2) suggèrent que si l'initiative est réactive dans ses intentions, elle ne parvient pas à s'harmoniser avec des réformes structurelles plus larges. En l'absence de mécanismes d'intégration plus solides, en particulier au niveau communautaire et dans les fonctions courantes du système de santé, l'initiative de décentralisation pourrait renforcer par inadvertance les approches verticales, réduisant ainsi sa contribution à long terme au renforcement du système de santé national.

EFFICACITÉ DE L'INITIATIVE DE DÉCENTRALISATION

Le critère d'efficacité évalue si l'initiative de décentralisation réduit effectivement la mortalité et la morbidité parmi les populations cibles. Il examine également si des éléments de soins, de stratégies ou de groupes au sein de la population cible ont été exclus de l'initiative de décentralisation et si ces exclusions ont eu un impact significatif sur la réduction de la morbidité et de la mortalité parmi ces groupes exclus. (Question d'évaluation 5).

Pour évaluer l'efficacité de l'initiative de décentralisation, nous avons analysé les données secondaires du projet de Bangui et de la composante spécifique de la décentralisation afin d'examiner les changements dans la prestation des services, l'accès et les résultats de santé des patients au fil du temps. Cette analyse s'est appuyée sur des données de surveillance des programmes de lutte contre le VIH (exportation Tier.net) et des ensembles de données sur la SSR, en se concentrant sur les indicateurs clés liés à l'utilisation des services de lutte contre le VIH, à la santé maternelle et néonatale, à l'utilisation de contraceptifs et aux résultats cliniques pour les patients.

Nous avons également triangulé les données habituelles du programme avec les résultats du sondage de sortie afin d'obtenir des informations supplémentaires sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services, ainsi que sur la satisfaction et l'expérience des soins du client.

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS À L'ENQUÊTE

Tableau 3: Données démographiques des participants à l'enquête (N = 134)

Caractéristiques	Catégories	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Sexe	Féminin	132	98.5
	Masculin	2	1.5
Âge	15-19	16	11.9
	20-24	42	31.3
	25-29	29	21.6
	30-34	21	15.7
	35+	26	19.4
Niveau d'éducation	Secondaire ou supérieur	101	75.3
	Primaire	26	19.4
	Pas d'éducation formelle	7	5.2
Occupation	Employé (travail temporaire/occasionnel, travailleur indépendant, salarié)	71	52.6
	Sans emploi	42	31.1
	Etudiant Autres/Formation professionnelle	22	16.3
Situation de famille	Marié(e)/union libre	121	90.3
	Célibataire/Jamais marié	8	5.9
	Divorcés/séparés	2	1.5
	Veuf/ve	3	2.2
Religion	Protestant	53	39.3

Caractéristiques	Catégories	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
	Catholique	36	26.7
	Autres chrétiens (Apostoliques, Élim, Frères, Ufeb, Aneb, etc.)	46	34.0

Au total, 134 participants ont répondu à l'enquête. Parmi eux, **98,5 % étaient des femmes** et **1,5 % étaient des hommes**. Les participants étaient âgés de 17 à 54 ans, avec une moyenne d'âge de 27,6 ans. La majorité (75,3 %) avaient achevé des études secondaires ou supérieures, tandis que 19,4 % avaient achevé l'enseignement primaire et 5,2 % n'avaient fait aucune études formelles. En ce qui concerne l'état matrimonial, 90,3 % des participants étaient mariés ou vivaient en union libre, 5,9 % n'avaient jamais été mariés ou vécu en union libre, 2,2 % étaient veufs et 1,5 % étaient divorcés ou séparés. En ce qui concerne la profession, parmi les 134 participants, 52,6 % occupaient un emploi rémunéré, 30,4 % étaient sans emploi et 16,3 % étaient des étudiants poursuivant des activités de formation professionnelle.

DISPONIBILITÉ DES SERVICES DE SSR ET DE VIH/SIDA DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SOUTENUS

Pour évaluer la disponibilité des services de SSR et de VIH/sida sur les sites d'étude de cas, nous avons appliqué le cadre d'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services (SARA) DE L'OMS (OMS, 2025). L'évaluation s'est concentrée sur deux composantes principales : **a) la disponibilité** des services, y compris l'éventail des services offerts ainsi que leurs jours et heures d'ouverture ; et **b) les facteurs de mise en œuvre**, tels que les ressources humaines (sage-femmes, infirmières et agents de santé communautaires), les fournitures et la logistique (par exemple, l'environnement physique, les médicaments essentiels et les kits d'accouchement propres), et les informations clés pour les systèmes de références.

Disponibilité des services de SSR et de VIH

Pour déterminer si un service de santé est considéré comme *disponible*, nous avons évalué si les critères suivants étaient remplis pour les services essentiels de SSR et liés au VIH dans les établissements de santé évalués (OMS, 2017 ; FNUAP, 2019 ; Ministère de la Santé, 2021) :

- i. **Le service est fourni sur place et fonctionnel** pendant les heures régulières.
- ii. **Le personnel est formé** pour offrir le service.
- iii. **Les fournitures, les médicaments et l'équipement essentiels** sont en place.
- iv. **Au moins un point de service propose l'intervention de manière cohérente pendant les jours et les heures d'ouverture.**
- v. **Le système de références est fonctionnel** (pour les services qui ne sont pas entièrement disponibles au point de service).

Le tableau 4 ci-dessous présente la disponibilité de 18 services clés liés à la santé sexuelle et reproductive et au VIH dans les établissements de santé évalués, offrant un aperçu complet de l'accessibilité des services et identifiant les principales lacunes dans l'ensemble actuel des services. Les 18 services de SSR et de VIH sélectionnés ont été définis dans le cadre d'un examen structuré des orientations mondiales, régionales et nationales pour les services essentiels de SSR et de VIH dans les soins primaires (OMS 2017, OMS, 2021, OMS, FNUAP, CDH ET ONUSIDA, 2017) et de l'ensemble national de prestation de services de

la RCA, qui décrit un ensemble minimum d'interventions adaptées aux centres de santé primaires (Ministère de la Santé et de la Population, 2021). Cette sélection a été éclairée par des revues systématiques identifiant les interventions à fort impact comme étant efficaces pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile dans les contextes à faibles ressources (Chersich et coll., 2016 ; Singh et coll., 2018 ; Lindegren et coll., 2012).

Tableau 4: Disponibilité de services de santé essentiels en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH/sida dans les deux centres de santé évalués (N=18)

Service (N = 18)	Disponible	
	Centre de santé Boy Rabe	Centre de santé Bédé Combattant
Conseil sur toutes les méthodes contraceptives modernes (à courte durée d'action, à action prolongée, d'urgence)	Inconsistant	Inconsistant
Planification familiale : mise à disposition de méthodes (au moins trois options modernes)	Inconsistant	Inconsistant
Parcours de référence fonctionnel pour les méthodes à action prolongée/permanente (DIU, stérilisation)	Non	Non
Soins prénatals (ANC) : au moins quatre visites, dépistage de l'anémie, de la syphilis, du VIH, prévention du paludisme (TPIp), vaccination contre le tétanos	Oui	Oui
Accouchements assistés par des professionnels qualifiés : sage-femme ou prestataire formé gérant des accouchements normaux	Oui	Oui
Premiers soins obstétricaux d'urgence (stabilisation, préparation à la référence)	Oui	Oui
Soins du nouveau-né : protection thermique, soin du cordon, soutien à l'allaitement	Oui	Oui
Parcours fonctionnel pour les complications obstétricales et néonatales	Oui	Oui
Soins postnatals (PNC) : examens maternels et néonatales dans les 48 heures et jusqu'à 6 semaines	Oui	Oui
Vaccination : tétanos pour la mère, BCG et VPO pour les nouveau-nés	Oui	Oui
Services de dépistage du VIH : offre de routine lors des consultations de soins prénatals, tuberculeux et IST	Oui	Oui

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) : dépistage du VIH, prophylaxie antirétrovirale, conseils sur l'alimentation du nourrisson	Oui	Oui
Initiation et suivi des ART	Oui	Oui
Prise en charge syndromique des IST	Inconsistant	Inconsistant
Dépistage de la tuberculose (en particulier pour les personnes vivant avec le VIH)	Oui	Oui
Prise en charge clinique des victimes de viol (contraception d'urgence, prophylaxie des IST, PPE (prophylaxie post-exposition au VIH), soins des plaies, tests de grossesse, premiers secours psychologiques et orientation confidentielle vers une assistance psychosociale et juridique)	Non	Non
Dépistage du cancer du col de l'utérus	Non	Non
Système de références fonctionnel pour les cas complexes de VIH/tuberculose	Oui	Oui

Sur la base des normes de l'OMS et de l'UNFPA (OMS, 2017 ; FNUAP, 2019), un service a été considéré comme disponible « Oui » s'il était fourni sur place avec du personnel formé, des fournitures et des fonctionnalités uniformes. **Le niveau global d'accessibilité est de 72,2 %, ce qui indique qu'environ 7 services clés de SSR/VIH sur 10 étaient systématiquement disponibles dans les deux centres de santé évalués, avec des lacunes notables dans des domaines tels que la planification familiale globale, la réponse à la VBG, la gestion des IST et le dépistage du cancer.**

Parmi les services disponibles, l'initiative de décentralisation joue un rôle essentiel dans le renforcement de la mise en œuvre d'interventions ciblées dans les centres de santé évalués. Dans les deux sites d'étude de cas, l'initiative soutient des services clés de SSR tels que les soins de maternité, la planification familiale et les systèmes de références pour les complications obstétricales et néonatales. Notamment, au Centre de santé Bédé Combattant, elle facilite également la prestation de services complets de lutte contre le VIH/tuberculose, y compris le dépistage index et PITC, l'initiation et le suivi des ART, la surveillance et le traitement en laboratoire du VIH/tuberculose, et les références pour les cas avancés de VIH. Au Centre de santé Boy Rabe, l'initiative de décentralisation soutient le dépistage systématique du VIH lors de la première visite de soins prénatals (ANC).

En se concentrant stratégiquement sur ces domaines ciblés, l'initiative vise à renforcer la prestation de services dans des domaines directement liés aux principales causes de mortalité maternelle et néonatale au moment de l'accouchement et de décès liés au VIH/sida à Bangui. Un informateur clé de MSF a avancé ceci :

« Le choix des services proposés [par MSF] est un choix opérationnel stratégique à ne pas perdre dans les activités. Par exemple, aller soutenir l'ANC, c'est vrai que c'est une bonne chose, mais on risque d'avoir un très gros volume d'activités à gérer. Nous voulions également laisser certaines

activités aux structures de santé [MOH] à gérer, et lors des sessions de coordination, nous [MSF] voyons comment les aider à s'améliorer. »

L'initiative de décentralisation comprend également des activités de sensibilisation à la santé communautaire pour éduquer la population sur le VIH, la planification familiale et la santé maternelle. Ces efforts visent à améliorer la sensibilisation et à accroître la disponibilité et l'utilisation des services de planification familiale au niveau communautaire, en particulier dans les zones mal desservies. En impliquant les agents de santé communautaires et en favorisant une prise de décision éclairée, l'initiative vise à éliminer les obstacles à l'accès et à renforcer la demande de services de santé reproductive en dehors des établissements.

« Au niveau communautaire, notre travail [celui des agents de promotion de la santé de MSF] consiste à former les accoucheuses traditionnelles et à leur fournir les ressources et le matériel dont elles ont besoin pour fournir des contraceptifs dans les cliniques communautaires, ainsi qu'à éduquer les femmes qui fréquentent les cliniques communautaires sur la prévention du VIH et la contraception. Nous travaillons également avec les parties prenantes locales qui nous aident à identifier les endroits idéaux pour construire les cliniques locales, et MSF fournit la logistique..... Les activités que nous menons dans la communauté sont très acceptées et appréciées par les communautés. »

Présence et qualifications du personnel, et soutien technique

L'évaluation a révélé des niveaux de personnel adéquats et du personnel formé dans les deux établissements de santé évalués pour fournir des soins de qualité. Chaque établissement disposait d'au moins un médecin, d'une sage-femme formée, d'une infirmière et d'un conseiller en matière de VIH, ce qui répond aux normes de l'OMS et aux normes nationales pour la prestation de services essentiels de santé maternelle et de lutte contre le VIH, qui recommandent la présence de ces cadres clés pour garantir des soins intégrés et centrés sur la personne.

De plus, l'évaluation a révélé que le personnel recevait un soutien technique régulier, y compris une formation en cours d'emploi et un mentorat sur place. Cet appui, fourni par les équipes de MSF, visait à renforcer leurs compétences cliniques, à renforcer l'adhésion aux protocoles et aux directives cliniques en place, et à améliorer la qualité globale de la prestation des services maternels et liés au VIH.

De plus, des lignes directrices et des protocoles cliniques clés étaient également en place et mis en évidence pour assurer des soins et des procédures normalisés. Il s'agissait, entre autres, des procédures de protocole de dépistage du VIH pour le triage, des signes de danger de grossesse, d'un algorithme pour la prise en charge des patients ayant une charge virale élevée et des critères de transfert des patients au CHUC.

Cependant, nous avons constaté l'absence de procédures normalisées et de lignes directrices claires pour certaines interventions clés dans le cadre de l'initiative de décentralisation. Plus particulièrement, il n'y avait pas de SOP (procédure opérationnelle standard) pour le suivi systématique des clients séropositifs qui interrompent le traitement ou qui sont perdus de vue. Cette situation a été aggravée par l'absence d'un registre ou d'un outil numérique dédié pour documenter les actions de suivi et les résultats, ce qui rend difficile la responsabilisation et la continuité des soins. Ces lacunes étaient particulièrement

évidentes pour le suivi des adolescents séropositifs, des garçons et des nourrissons exposés, un groupe qui fait face à des obstacles uniques pour continuer à participer aux soins du VIH.

Une autre lacune importante identifiée au cours de l'évaluation est le manque de directives cliniques spécifiquement adaptées aux besoins des adolescents en matière de SSR. Bien que des protocoles généraux de SSR soient en place, ils négligent souvent les facteurs développementaux, émotionnels et sociaux uniques qui influencent le comportement des adolescents en matière de santé et leurs besoins en matière de soins. L'absence de directives cliniques adaptées à l'âge limite la capacité des prestataires de soins de santé à fournir des services sûrs, confidentiels et adaptés aux adolescentes, en particulier dans des domaines tels que le conseil en matière de contraception, la gestion des IST et la santé menstruelle.

Tout aussi préoccupant est le manque d'outils de communication adaptés aux adolescents. Les agents de santé ont signalé l'absence d'aides visuelles telles que des infographies, des documents de conseil illustrés et des tableaux de prise de décision simplifiés qui pourraient aider à impliquer plus efficacement les jeunes clients. Dans les contextes de faible alphabétisation ou où l'éducation à la santé est limitée, comme c'est le cas à Bangui, ces outils sont essentiels pour améliorer la compréhension, instaurer la confiance et encourager l'utilisation des services.

« Nous n'avons pas de matériel visuel ni d'outils pour aider à expliquer les choses aux adolescents, pas d'infographies, pas de guides illustrés. Il est difficile de les garder engagés, surtout lorsqu'ils sont timides ou qu'ils ne comprennent pas les termes médicaux. Nous avons vraiment besoin d'outils qui parlent leur langage. » [Prestataire de soins de santé]

Environnement physique

Pour évaluer l'environnement physique de l'établissement de santé, nous avons appliqué un cadre d'évaluation structuré axé sur les aspects clés essentiels à la prestation de soins de qualité. Plus précisément, on a demandé aux participants d'évaluer leur satisfaction à l'égard de trois éléments de base de l'infrastructure – la disponibilité de toilettes propres, d'eau potable et d'électricité – ainsi que leur expérience de la confidentialité et de la protection de la vie privée pendant la prestation des services.

Les résultats indiquent que l'établissement de santé évalué offre un environnement physique approprié et favorable, avec un accès adéquat à l'eau, à l'assainissement et à l'énergie. Les répondants ont souligné que ces conditions contribuaient au maintien de la confidentialité et de la vie privée pendant les consultations, ce qui favorisait une plus grande confiance entre les patients et les prestataires de soins de santé et encourageait l'utilisation des services.

Parmi les 130 participants qui ont répondu, une grande majorité (87,7 %) ont déclaré être très satisfaits de l'environnement physique de l'établissement, tandis que 9,2 % étaient plutôt satisfaits et seulement 3,1 % ont exprimé de l'insatisfaction. En ce qui concerne la confidentialité et la protection de la vie privée, 91,7 % des participants ont déclaré être très satisfaits, 6,1 % étaient plutôt satisfaits et 2,3 % ont indiqué qu'ils ne l'étaient pas. Ces résultats mettent en évidence l'impact positif d'un milieu clinique bien entretenu et privé sur l'expérience client et l'utilisation des services.

Des résultats similaires ont été obtenus lors des entretiens approfondis, où les participants ont exprimé leur satisfaction à l'égard de l'environnement de l'établissement de santé, du respect de la confidentialité par le personnel de santé, et de l'humanité. Cependant, certains participants ont nuancé en indiquant que tout le personnel présent ne respectait pas la vie privée des clients en tant que telle.

« Pour moi, le retour est vraiment satisfaisant. Parce qu'ils [le personnel de santé] nous parlent normalement, ils nous respectent, nous donnent de l'intimité et nous traitent comme si nous comptions pour nous. » [Utilisateur d'un service VIH]

« Il y a des [personnels de santé] qui nous accueillent bien et respectent notre vie privée, mais d'autres nous parlent grossièrement, par exemple, lorsque nous demandons quelque chose » [utilisateur du service ANC]

La figure 4 ci-dessous illustre la satisfaction globale des clients à l'égard de l'environnement physique dans l'établissement de santé évalué.

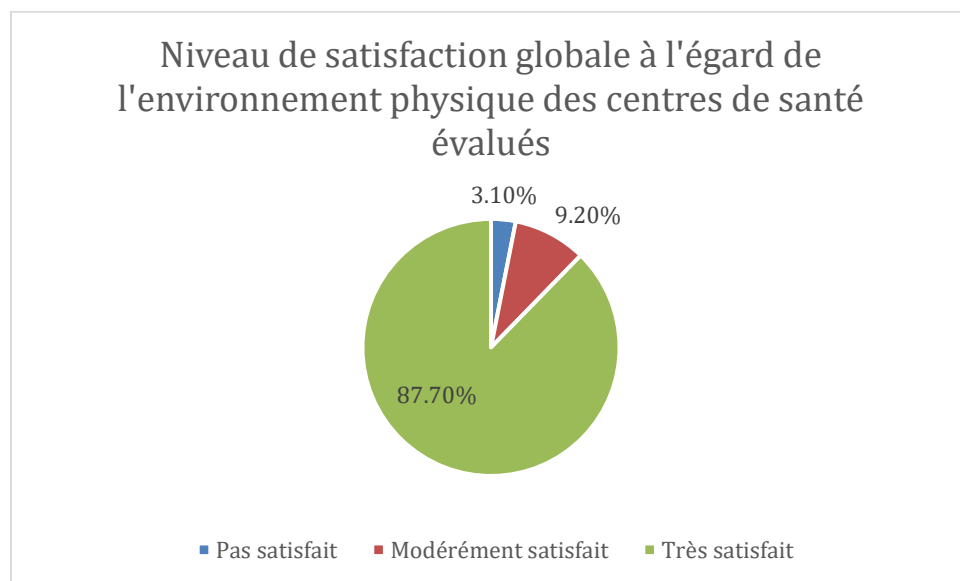


Figure 4: Satisfaction globale à l'égard de l'environnement physique des centres de santé évalués (N=130)

Matériel et fournitures

En outre, les deux établissements évalués disposaient d'équipements fonctionnels tels que des lits d'accouchement, un photomètre d'hémoglobine (pour mesurer les niveaux d'hémoglobine dans le sang), un glucomètre et un analyseur de créatinine (pour analyser les taux de sucre dans le sang et de créatinine). L'appareil PIMA pour le dépistage des CD4 était disponible à Boy Rabe et les appareils d'échographie cardiaque fœtale à Bédé Combattant, où l'initiative de décentralisation soutient un ensemble complet de services de santé sexuelle et reproductive et de VIH/sida. De plus, un système de transport a été mis en place pour acheminer les échantillons destinés au test de charge virale jusqu'à l'Institut Louis Pasteur de Bangui.

Des médicaments clés tels que l'ocytocine pour prévenir et traiter l'hémorragie post-partum, le sulfate de magnésium pour gérer la pré-éclampsie et l'éclampsie, et les suppléments de fer et d'acide folique pour

prévenir l'anémie pendant la grossesse ont été envisagés pour la santé maternelle. Parmi les autres médicaments essentiels pour la santé maternelle, citons **la sulfadoxine-pyriméthamine** pour la prévention du paludisme pendant la grossesse, **le misoprostol** pour la prise en charge des avortements incomplets et des hémorragies, et des antibiotiques tels que **l'ampicilline** et **la gentamicine** pour traiter les infections. Pour les services de lutte contre le VIH, l'évaluation a porté sur la disponibilité des médicaments antirétroviraux de première ligne tels que **le ténofovir**, **la lamivudine** et **le dolutégravir**, ainsi que des formulations pédiatriques, **la névirapine** ou **la zidovudine (AZT)** pour la PTME et **le cotrimoxazole** pour la prévention des infections opportunistes. **L'isoniazide** a également été inclus comme un médicament clé pour la prévention de la tuberculose chez les PVVIH.

Ces médicaments essentiels du VIH étaient essentiellement en stock dans les établissements évalués, avec des rapports minimes de ruptures de stock au cours du dernier mois précédant l'évaluation. Lorsque des ruptures de stock se sont produites, elles ont été de courte durée, généralement de moins de sept jours, ce qui indique une performance relativement stable de la chaîne d'approvisionnement au cours de la période de référence. Ces médicaments ont été dispensés gratuitement dans les deux établissements de santé évalués.

En revanche, des lacunes significatives et plus persistantes ont été observées dans la disponibilité des principaux médicaments essentiels de la SSR. Il y a notamment eu des pénuries récurrentes de sulfadoxine-pyriméthamine, utilisée pour la prévention du paludisme pendant la grossesse ; suppléments de fer et d'acide folique, essentiels pour prévenir l'anémie maternelle ; antibiotiques pour la prise en charge syndromique des IST ; et kits post-viol, qui sont essentiels pour fournir des soins en temps opportun aux survivantes de violences sexuelles. Ces ruptures de stock étaient non seulement plus fréquentes, mais avaient également tendance à durer plus longtemps, dépassant souvent une à deux semaines, perturbant ainsi la continuité des services essentiels de SSR. L'indisponibilité prolongée de ces produits compromet la qualité et la disponibilité des soins prénatals, du traitement des IST et de la réponse à la violence basée sur le genre, dans les deux centres de santé évalués.

Systèmes de référence et contre-référence en cas d'urgence

L'initiative de décentralisation permet de s'assurer que chaque femme, chaque nouveau-né et chaque malade du VIH/sida qui ne peuvent être traités efficacement avec les ressources disponibles dans les centres de santé évalués est orienté de manière appropriée.

Nous avons constaté qu'un système de référence fonctionnel était en place 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dans le cadre de l'initiative de décentralisation. Ce système de référence suit un plan préétabli qui peut être mis en œuvre sans délai, assurant le transfert des urgences au CHUC pour des soins spécialisés et la prise en charge des complications obstétricales.

« MSF a mis en place un système de référence pour les cas de complications lors de l'accouchement à orienter vers le CHUC [hôpital de référence]. Ils [MSF] ont formé le personnel sur les critères de référence et ont collé la SOP [procédure opérationnelle standard] sur le mur de la salle d'accouchement, et toutes les sage-femmes s'y conforment. » [Répondant du ministère de la Santé]

Les données programmatiques de l'initiative de décentralisation renforcent ces constatations, démontrant la fonctionnalité et la fiabilité constantes des mécanismes de références dans les établissements de santé soutenus. La figure 5 ci-dessous illustre cette situation, qui illustre la portée opérationnelle et la réactivité du système de référence.

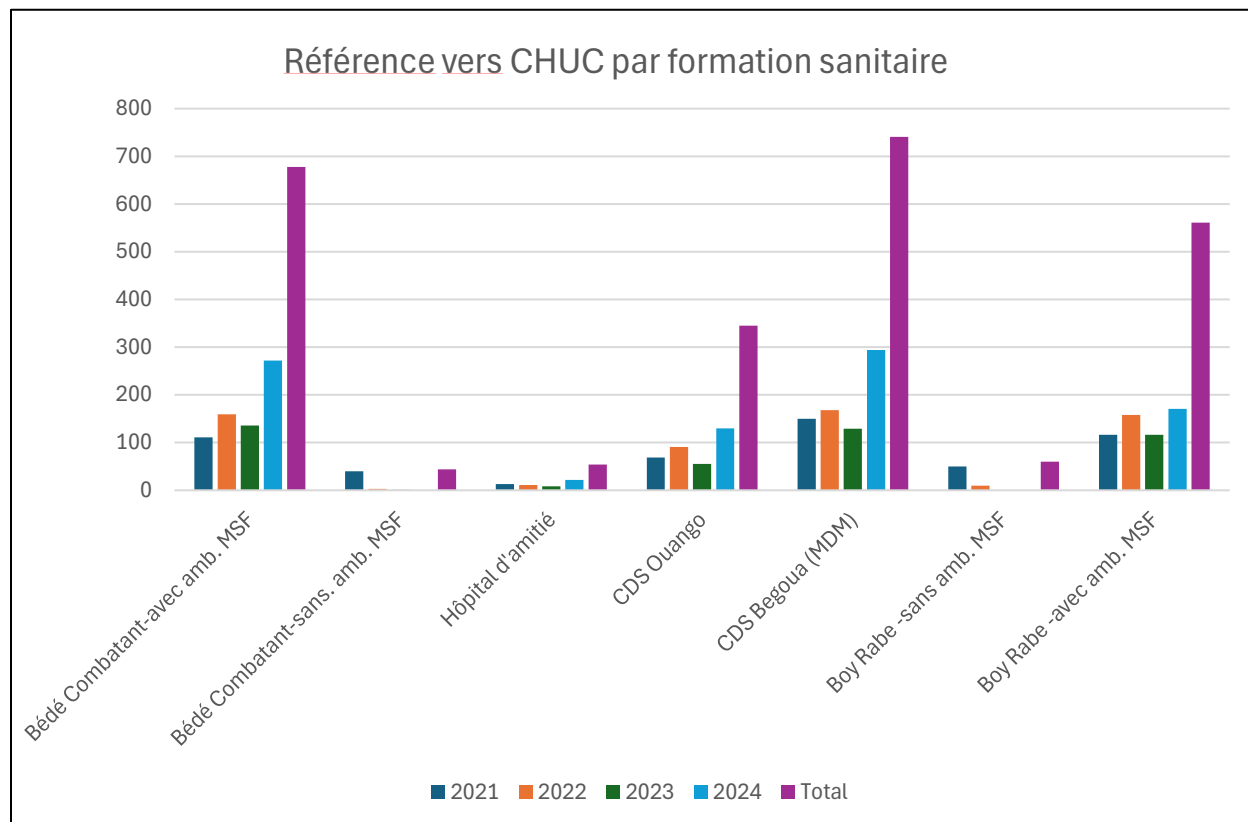


Figure 5: Références annuelles vers le CHUC par centre de santé

La figure 5 ci-dessus montre une augmentation progressive de la tendance annuelle de 2021 à 2024 du nombre de cas compliqués orientés vers le CHUC par établissement de santé. Les résultats montrent également que seule une faible proportion des références se fait sans l'utilisation de l'ambulance de MSF, et la tendance est à la baisse de 2021 à 2024.

Parmi les indications de références vers le CHUC, les complications obstétricales ont été parmi les principales causes de références au cours des trois années. Par exemple, en 2024, le travail prolongé représentait jusqu'à 35 % des références, et le travail dystocique représentait environ 10 % des références. Il a été suivi de près par le traitement de l'avortement, qui représentait également environ 10 % du total des références en 2024 (Fig. 6).

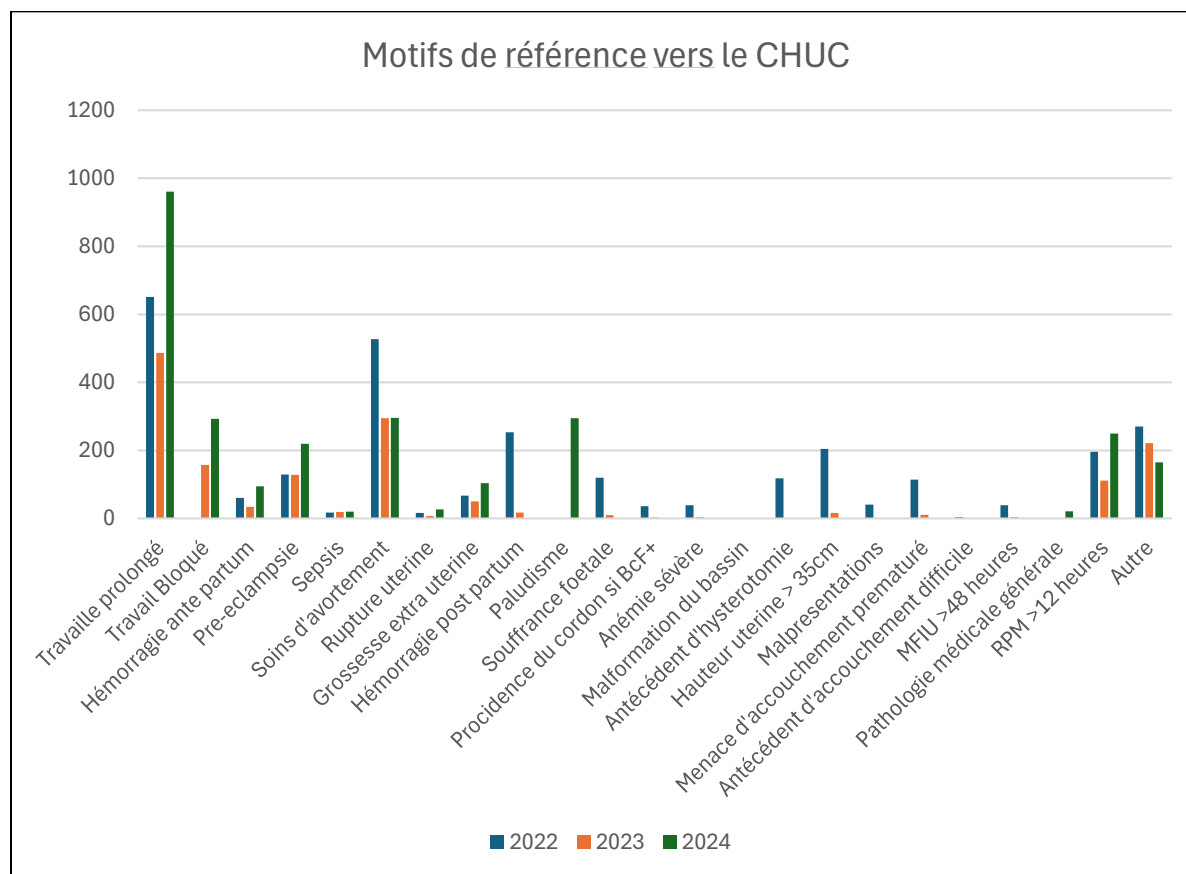


Figure 6: Motifs de référence vers le CHUC

Cependant, il existe peu de preuves de l'existence d'un système de contre-référence fonctionnel entre l'établissement de santé évalué et l'établissement de référence désigné (le CHUC). Dans la plupart des cas, il n'y avait aucune preuve de l'existence d'un mécanisme officiel d'échange d'information ou de rétroaction de la part du CHUC vers les établissements d'origine. Par conséquent, le personnel de santé de première ligne n'est souvent pas au courant des résultats des patients qu'il oriente, ce qui nuit à la continuité des soins, au suivi et à la prise de décisions cliniques partagées.

« MSF nous a formés sur les critères de référence, et cela [les SOPs] est collé dans la salle d'accouchement pour que chaque sage-femme puisse le voir, mais aucun document ne nous est envoyé après la référence. Habituellement, nous appelons le lendemain pour le savoir. Par exemple, on m'a dit ce matin par téléphone que la parturiente que nous avons référée hier était morte à son arrivée ».

Ce manque de mécanisme de communication croisée peut conduire à des soins fragmentés, à des diagnostics répétés, à des interventions retardées et à des occasions manquées de renforcer la confiance et la collaboration entre les différents niveaux du système de santé, en particulier pour les PVVIH, qui nécessitent un suivi continu.

Dans l'ensemble, ces résultats indiquent que les éléments fondamentaux nécessaires à une prestation efficace de services de SSR et de VIH étaient largement en place, permettant aux établissements de santé évalués de répondre aux besoins de leurs populations cibles. L'initiative de décentralisation a joué un rôle central, non seulement en soutenant la fourniture directe de services clés en matière de santé sexuelle et

reproductive et de VIH/sida, mais aussi en créant un environnement physique favorable et en renforçant les systèmes de prestation de services essentiels. Néanmoins, des lacunes importantes persistent dans des domaines tels que la planification familiale globale, la réponse aux violences basées sur le genre, la prise en charge des IST et le dépistage du cancer. En outre, il est nécessaire de renforcer le mécanisme de la chaîne d'approvisionnement, la communication entre les systèmes de référence à différents niveaux du système de santé à Bangui, ainsi que d'améliorer le suivi des clients perdus de vue afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SSR ET DE VIH

Pour évaluer l'accessibilité des services de SSR et de VIH dans les centres de santé évalués, l'évaluation a pris en compte plusieurs facteurs influençant la capacité des individus à obtenir les soins dont ils avaient besoin en temps opportun et de manière acceptable. Il s'agissait notamment (1) de la proximité physique des établissements de santé avec les communautés qu'ils servaient, et (2) de la prestation de soins sans temps d'attente prolongés. De plus, l'évaluation a examiné (3) si les services étaient offerts gratuitement ou si les coûts représentaient un obstacle financier à l'accès. On a également tenu compte (4) des facteurs culturels et liés au prestataire qui influencent le confort et l'acceptabilité des soins (p. ex., le sexe du prestataire, un traitement respectueux), (5) la connaissance des services disponibles et des sources d'information sur la santé, et (6) l'utilisation et la fréquentation des services, y compris la mesure dans laquelle le counseling a mené à des décisions. Ces critères reflètent la façon dont les services de santé sont organisés et offerts et la façon dont les clients comprennent et s'engagent dans ces services.

Proximité physique des établissements de santé avec les communautés desservies

Le temps de déplacement, le mode de transport et la proximité du domicile ont été utilisés pour examiner l'accessibilité physique des deux centres de santé évalués. Un peu plus de la moitié des participants (54,9 %) ont déclaré que l'établissement où ils recevaient des services était le plus proche de leur lieu de résidence, tandis que 45,1 % ont indiqué qu'ils avaient évité les établissements plus proches. Parmi les 133 répondants, 47,4 % ont déclaré avoir atteint l'établissement de santé en moins de 30 minutes et 41,4 % ont déclaré avoir atteint l'établissement de santé en 30 minutes à 1 heure. Seulement 11,3 % ont déclaré que le temps de déplacement dépassait l'heure. En ce qui concerne le transport, 57,5 % ont accédé aux soins à pied, ce qui suggère que **de nombreux clients vivaient à distance de marche des deux centres de santé évalués.**

Ces résultats sont généralement conformes aux normes mondiales, y compris les directives de l'OMS (OMS, 2017), qui considèrent que les services de santé sont raisonnablement accessibles s'ils sont situés à moins de 30 minutes de marche ou à moins de 5 kilomètres.

Cependant, le fait que près de la moitié des personnes interrogées n'aient pas utilisé l'établissement le plus proche et que 42,5 % aient eu recours à des transports payants suggère que les clients préfèrent systématiquement les établissements soutenus par MSF, même lorsqu'il ne s'agit pas des options les plus proches. Comme le montre le tableau 5, bien qu'ils vivent plus près d'autres établissements de santé, les participants (n = 60) ont choisi les sites soutenus par MSF en raison de facteurs tels qu'une meilleure qualité des soins, la disponibilité des médicaments, des temps d'attente plus courts et un traitement plus

respectueux, ce qui met en évidence une plus grande acceptabilité et une fiabilité perçue des soins dans les centres de santé évalués.

Tableau 5: Facteurs influençant les clients à contourner les installations à proximité au profit des sites soutenus par MSF (N=60 participants)

Raison	Fréquence	Pourcentage
Préfère les prestataires de cet établissement de santé	27	45%
Cette installation est plus confortable (p. ex., salle d'attente spacieuse, meilleure température)	13	22%
Moins d'encombrement / temps d'attente plus courts	11	18%
Plus près du travail/de l'école	7	12%
Plus éloigné mais plus facile d'accès (transports, conditions routières, etc.)	7	12%
Orienté vers cet établissement par un autre prestataire	3	5%
Plus susceptibles d'avoir besoin de médicaments	5	8%
Offre tous les services nécessaires en un seul endroit	3	5%
Il est moins probable que la famille soit au courant de la visite	1	2%
Plus susceptibles d'avoir l'équipement nécessaire (p. ex. imagerie, tests)	1	2%

De même, les clients ont exprimé leur satisfaction quant à l'attitude et à la prise en charge des prestataires de soins dans les structures de santé soutenues par MSF. Certains clients ont déclaré :

« J'aime venir ici [Bédé Combattant] parce que le personnel est très accueillant et respecte l'éthique de leur travail » [Client 1]

« J'aime ça à chaque fois que je viens ici [Boy Rabe] parce que les sage-femmes sont très accueillantes et maîtrisent leur travail » [Client 4]

Le personnel du ministère de la Santé a également affirmé qu'il reçoit des clients qui préfèrent contourner les structures de santé voisines pour se rendre dans les structures de santé soutenues par MSF.

« Certaines femmes enceintes que nous recevons quittent leur zone de santé pour venir ici [Boy Rabe]. Par exemple, j'ai reçu une femme qui était à 35 km de là et qui est venue ici [Boy Rabe], et quand je leur ai demandé, ils ont dit qu'ils étaient habitués à être ici et qu'ils se sentaient les bienvenus ici. Même s'il y a l'hôpital de Begoua qui est plus proche d'eux, ils le délaissent pour venir ici à cause de la qualité des soins. » [Répondant du ministère de la Santé]

Tendances d'utilisation des services et accessibilité perçue

Pour comprendre les tendances d'utilisation des services, les participants ont été invités à indiquer le nombre de services auxquels ils ont accédé lors de leur visite dans l'établissement de santé. La majorité (83,6 %) ont déclaré n'avoir accédé qu'à un seul service, tandis que de plus petites proportions ont accédé à deux (11,9 %), trois (2,2 %) ou quatre services (1,5 %). Fait notable, un seul participant (0,7 %) a déclaré

avoir reçu jusqu'à dix services. Ces résultats suggèrent que l'utilisation des services se limitait principalement à des visites à un seul service, ce qui indique un comportement ciblé et précis de recherche de soins ou un manque d'intégration de la prestation des services dans les établissements évalués.

Tableau 6: Nombre de services consultés par client lors de la dernière visite dans un établissement de santé (N = 134)

Service	Fréquence	Pourcentage
Soins prénatals	107	79.9%
Soins postnatals	9	6.7%
Services d'accouchement	12	9.0%
Counseling/dépistage du VIH	13	9.7%
Traitement et soins du VIH	12	9.0%
Services IST	6	4.5%
Planning familial	6	4.5%
Services de lutte contre la violence basée sur le genre	2	1.5%
PTME pour les enfants	1	0.7%
Pharmacie seulement	1	0.7%
Laboratoire uniquement	2	1.5%

Selon les prestataires de soins de santé des établissements évalués, l'intégration des services de lutte contre le VIH, en particulier le dépistage, les ART et la PTME, dans les soins de santé maternelle de routine reste limitée. Bien que des services essentiels tels que les consultations pré and postnatales et le dépistage du VIH soient systématiquement disponibles dans les deux sites, les prestataires ont signalé que la prestation de soins complets et intégrés est entravée par l'organisation distincte des services, une pénurie de personnel polyvalent et une disponibilité irrégulière des produits. Ils ont noté que cette fragmentation compromet la continuité des soins pour les femmes enceintes et constitue un obstacle à l'obtention de résultats clés, notamment une PTME efficace et un meilleur accès à la planification familiale.

« Un autre défi auquel nous sommes confrontés aujourd'hui concerne les ressources humaines. Vous savez, au départ, les projets VIH et SSR étaient des projets distincts qui ont été regroupés. Ce faisant, le nombre d'établissements de santé et d'interventions pour la SSR et la PCI (prévention et contrôle des infections) a augmenté. Pourtant, paradoxalement, le nombre de prestataires de soins de santé [personnel] de MSF a diminué, et on trouve maintenant une personne qui s'adapte à tous les domaines, ce qui compromet la qualité des services. Par exemple, certains aspects des soins, comme la PCI, sont complètement en sommeil dans certains établissements de santé, et on peut se demander s'ils existent. » [Répondant MSF]

« À MSF, nous avons connu des périodes de rupture de stock de médicaments, ce qui s'est étendu aux établissements de santé et a eu un impact négatif sur la disponibilité des services. C'était l'un de nos principaux défis, mais c'est un peu mieux aujourd'hui » [répondant MSF]

Satisfaction face au temps d'attente aujourd'hui et stigmatisation

On a demandé aux participants d'évaluer leur satisfaction à l'égard du temps d'attente avant de recevoir des services. La grande majorité (90,2 %) ont déclaré être très satisfaits, 9,1 % étaient plutôt satisfaits et seulement 0,8 % ont exprimé de l'insatisfaction. Les données du flux d'observation des clients ont montré qu'en moyenne, les clients attendaient environ une heure avant de recevoir des services. Cependant, pour les premières visites, en particulier les premiers rendez-vous de soins prénatals et l'initiation du traitement du VIH, le temps d'attente peut aller jusqu'à trois heures, en raison du temps supplémentaire nécessaire pour les évaluations complètes et les counselings. Malgré ces temps d'attente plus longs pour les visites initiales, la satisfaction globale à l'égard de la prestation des services est demeurée élevée.

Dans notre analyse qualitative, certains participants ont mentionné le ratio moins élevé d'infirmières par patient perçu comme une raison probable des longs délais d'attente.

"... parfois, nous arrivons et il y a beaucoup de patients, et les infirmières ne sont que deux, alors nous devons attendre » [client de consultation prénatale].

Alors que les prestataires de soins de santé ont souligné que l'intégration limitée du dépistage du VIH dans les soins prénatals était un goulot d'étranglement possible, d'autres discussions ont révélé que le modèle de service actuel exige que les femmes enceintes qui assistent à leur première visite de soins prénatals subissent un test de dépistage du VIH dans un service séparé. Ces tests sont réalisés par des agents de soutien psychosocial spécifiquement formés et rémunérés par MSF. Un prestataire a expliqué :

« Nous ne pouvons pas faire le test de dépistage du VIH directement lors de la consultation de l'ANC. Les femmes sont dirigées vers l'agent psychosocial qui est formé pour leur fournir des conseils avant et après le test. Ils font également une référence pour l'initiation des ART, le cas échéant. Cela prend du temps, et parfois les femmes sont réticentes à aller dans une autre pièce. »

Cette séparation des services, tout en assurant des services de counseling spécialisés, contribuerait non seulement aux retards, mais aussi à la stigmatisation. Les clients identifiés et dirigés vers un autre endroit pour le dépistage du VIH peuvent se sentir isolés, ce qui peut créer de la peur ou de l'embarras. Dans certains cas, ce manque perçu de confidentialité et de visibilité accrue au sein de l'établissement a découragé les femmes de terminer le processus de dépistage ou de revenir pour un suivi. Les travailleurs de la santé ont noté des cas d'interruption **des soins**, en particulier chez les femmes nouvellement diagnostiquées séropositives, qui pensaient que leur statut pourrait être exposé. Comme l'a fait remarquer un professionnel de la santé : *« Certaines femmes ne reviennent pas après leur première visite, elles ont l'impression d'avoir été marquées. »* Cela souligne la nécessité de renforcer l'intégration et la discrétion au sein des services de soins prénatals afin d'améliorer l'adoption et la rétention des soins du VIH.

Confort avec un prestataire de soins du sexe opposé

En ce qui concerne le confort des participants à recevoir des soins d'un prestataire du sexe opposé, la plupart (97,0 %) des 134 répondants ont déclaré se sentir à l'aise, tandis que seulement 3,0 % ont exprimé un inconfort. Des résultats similaires ont été obtenus lors des entrevues avec les utilisateurs de services où ils ont déclaré être satisfaits des services offerts par les professionnels de la santé, quel que soit leur sexe. Une femme enceinte a ainsi exprimé :

« Le personnel de cet établissement de santé [Bédé Combattant] est très accueillant et nous fournit des soins de qualité, raison pour laquelle je suis à l'aise de venir ici. Parfois, c'est un homme qui rend service et parfois c'est une femme, ils maîtrisent tous leur travail. »

Types de dépenses engagées lors de la visite dans l'établissement de santé et perception de leur caractère abordable

Afin d'évaluer le fardeau financier de l'accès aux soins, les participants ont été invités à déclarer les dépenses encourues lors de leur visite dans l'établissement de santé. Les coûts les plus souvent mentionnés concernaient les services de consultation (64,7 %), suivis des tests diagnostiques (60,9 %), des médicaments (32,3 %), du transport (18,8 %) et des articles divers (16,5 %). Dans les centres de santé évalués, le coût total médian d'accès aux soins a été estimé à environ 10 000 francs CFA (environ 15,24 euros). En revanche, 13,5 % des participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas engagé de frais.

Parmi ceux qui ont sélectionné les dépenses « Autres », les postes les plus fréquemment mentionnés étaient les tests d'urine et le carnet de suivi patient, chacun coûtant généralement 500 FCFA (\approx 0,76 EUR). Quelques participants ont également fait état d'articles plus coûteux tels que l'échographie (échographie) allant de 4 000 à 4 500 FCFA (\approx 6,10 à 6,86 EUR). Des frais de consultation supplémentaires ont été signalés, notamment un « test de confirmation de grossesse » facturé à 500 FCFA, ainsi que des frais de médicaments allant de 5 000 à 8 000 FCFA (\approx 7,62 à 12,20 EUR).

Afin d'évaluer le caractère abordable des coûts des services de santé engagés, on a demandé aux participants si ces coûts étaient gérables. Sur les 116 participants qui ont répondu, 89,7 % ont déclaré que les coûts étaient abordables, 6,9 % ont estimé qu'ils n'étaient que quelque peu abordables et 3,4 % ont déclaré qu'ils ne l'étaient pas.

Ce fardeau financier, même s'il est déclaré comme « abordable » par la plupart des répondants qui ont utilisé les services de SSR et de VIH/sida le jour de l'entretien, peut encore créer des obstacles à l'accès, en particulier pour les personnes à faible revenu, et peut dissuader l'utilisation continue ou opportune des services de santé essentiels.

Connaissance des services offerts au centre de santé

Afin d'évaluer la connaissance de la communauté à l'égard des services offerts dans l'établissement de santé, on a demandé aux participants (n = 134) d'indiquer s'ils étaient au courant de 14 services en particulier. Chaque réponse a été enregistrée sous la forme d'une variable binaire (1 = au courant, 0 = au courant), et le nombre total et le pourcentage de chaque service ont été calculés en conséquence.

Les résultats révèlent un niveau généralement élevé de connaissance des services de soins maternels et VIH essentiels, les soins prénatals (82,1 %) étant les plus reconnus, suivis des soins d'accouchement (73,9 %) et des soins et traitements du VIH (72,4 %). Un niveau modéré de sensibilisation (entre 62 % et 64 %) a été observé pour les soins postnatals, le dépistage et le traitement des IST, la planification familiale et les services de lutte contre la tuberculose.

En revanche, la connaissance des services plus spécialisés, en particulier ceux axés sur les violences basées sur le genre (8,2 %), la PTME pour les enfants (6,0 %) et les services pour les enfants de moins de cinq ans, comme la nutrition, la vaccination, le suivi de la croissance et les étapes du développement (0,0 % dans tous les cas), était très faible ou inexistante. Ces lacunes suggèrent qu'il est nécessaire de renforcer les

efforts de communication et de sensibilisation ciblant les services au-delà des soins maternels et VIH de routine.

Sources d'information sur les services de santé

On a également demandé aux participants comment ils avaient eu connaissance des services offerts dans l'établissement de santé. La source la plus souvent citée était le personnel de santé communautaire, comme l'ont déclaré plus de la moitié des répondants (54,5 %). Viennent ensuite la communication dans les établissements de santé (19,4 %), les activités de sensibilisation communautaire (15,7 %) et les réunions communautaires (9,7 %).

Seule une petite proportion de participants ne savait pas (2,2 %) ou ont mentionné d'autres sources (1,5 %), notamment la découverte par eux-mêmes ou le bouche-à-oreille. A noter qu'aucun participant n'a identifié les médias sociaux comme source d'information, ce qui suggère un engagement limité en matière de communication numérique sur la santé dans le contexte de Bangui.

Tableau 7: Sources d'information sur les services de santé déclarées par les répondants (N = 134)

Source de l'information	Fréquence	Pourcentage (%)
Personnel de santé communautaire	73	54.5%
Établissement de santé (p. ex. discussions sur la santé)	26	19.4%
Sensibilisation communautaire	21	15.7%
Réunions communautaires	13	9.7%
Ne sait pas	3	2.2%
Autre (veuillez préciser)	2	1.5%
Médias sociaux	0	0%
Total	134	100%

Ces résultats indiquent que si la connaissance des services essentiels en santé maternelle et pour le VIH est relativement forte, il existe des lacunes importantes dans les connaissances communautaires sur les services de lutte contre les violences basées sur le genre et la santé infantile. Le recours au personnel de santé communautaire souligne leur rôle essentiel en matière de communication sanitaire, tandis que l'utilisation limitée de la communication numérique ou en provenance des établissements de santé indique des occasions manquées de sensibilisation et d'éducation. Bien que l'initiative mène actuellement des activités de sensibilisation communautaire, il est clair qu'il est nécessaire de renforcer et de mieux cibler ces efforts de communication afin d'assurer un accès plus équitable à l'information, en particulier pour les domaines de services sous-représentés tels que la lutte contre la violence basée sur le genre, la santé infantile et la PTME pour les enfants.

Accéder à des informations précises sur les services de SSR et de VIH

Services de contraception

Les clients ont signalé un accès limité à des informations précises et adéquates sur les services de SSR et de VIH. Bien que certains clients aient reçu de l'information lors de leurs visites dans les établissements (41,1 %), principalement par le biais de brèves consultations ou de discussions sur la santé dans les salles d'attente, une plus grande proportion a indiqué que cela n'avait pas été le cas (58,9 %).

De plus, selon les répondants, ces interactions étaient souvent incohérentes et dépendaient de la disponibilité du personnel. Ainsi, parmi les participants qui ont déclaré avoir discuté des méthodes contraceptives modernes lors de leur visite, on leur a demandé de préciser qui avait initié la conversation. Parmi les 54 participants qui ont répondu à cette question, 83,3 % ont déclaré que le prestataire avait initié la discussion sur la planification familiale, tandis que 16,7 % ont déclaré qu'ils l'avaient évoquée eux-mêmes.

Décision d'utiliser une méthode contraceptive après avoir consulté (n = 53)

Parmi les 53 participants qui ont discuté de la planification familiale avec un prestataire et à qui on a demandé s'ils avaient décidé de commencer à utiliser une méthode contraceptive après le counseling, 49,1 % ont indiqué qu'ils avaient déjà commencé à en utiliser une, tandis que 45,3 % prévoyaient de commencer plus tard. Seulement 5,7 % n'avaient pas pris la décision d'amorcer une méthode.

Tableau 8: Impact du counseling sur la décision d'initier la planification familiale

Réponse	Fréquence	Pourcentage
(0) Non, je n'ai pas commencé	3	6%
(1) Oui, j'ai commencé aujourd'hui	26	49%
(2) Oui, mais je commencerai plus tard	24	45%

Adoption des services après le counseling en matière de contraception

Parmi les 25 participantes qui avaient décidé de commencer à utiliser la contraception après avoir reçu du counseling, 84,0 % ont déclaré que le même prestataire de soins qui les avait conseillées avait également fourni la méthode. Parallèlement, 12,0 % ont été dirigés vers un autre prestataire de la même clinique, et 4,0 % ont été dirigés vers un prestataire d'une autre clinique.

Tableau 9: Prestation de services à la suite d'un counseling en matière de contraception (n=25)

Réponse	Fréquence	Pourcentage
(1) Vous a fourni une méthode de contraception	21	84%
(2) Vous a dirigé vers un autre prestataire de ce centre de santé	3	12%
(3) vous a orienté vers un autre établissement de santé	1	4%

Services de counseling et de consultation sur le VIH (n = 132)

Pour évaluer si des sujets liés au VIH avaient été abordés lors des visites dans les établissements, on a demandé aux participants s'ils avaient abordé des questions liées au counseling et aux services liés au VIH. L'analyse montre que 93,2 % des participants ont déclaré avoir eu cette discussion, tandis que 6,8 % ne l'ont pas fait.

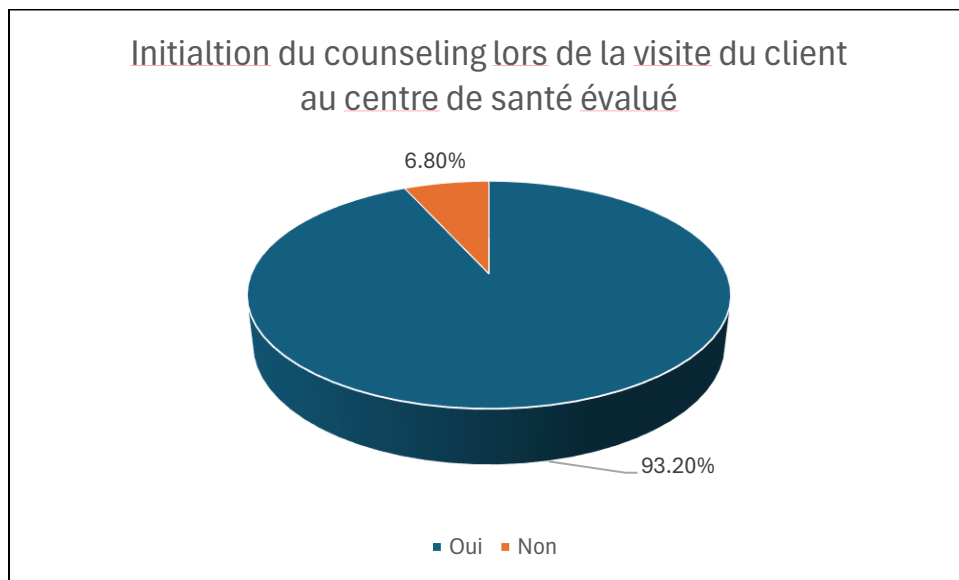


Figure 7: Counseling sur le VIH lors de la visite du client

Initiation de la discussion sur le counseling et le dépistage du VIH (n=122)

Parmi les participants qui ont déclaré avoir discuté du VIH lors de leur visite, 90,2 % ont indiqué que le prestataire avait entamé la conversation sur le counseling et le dépistage du VIH. A l'inverse, 9,8 % des participants ont déclaré avoir initié la discussion eux-mêmes.

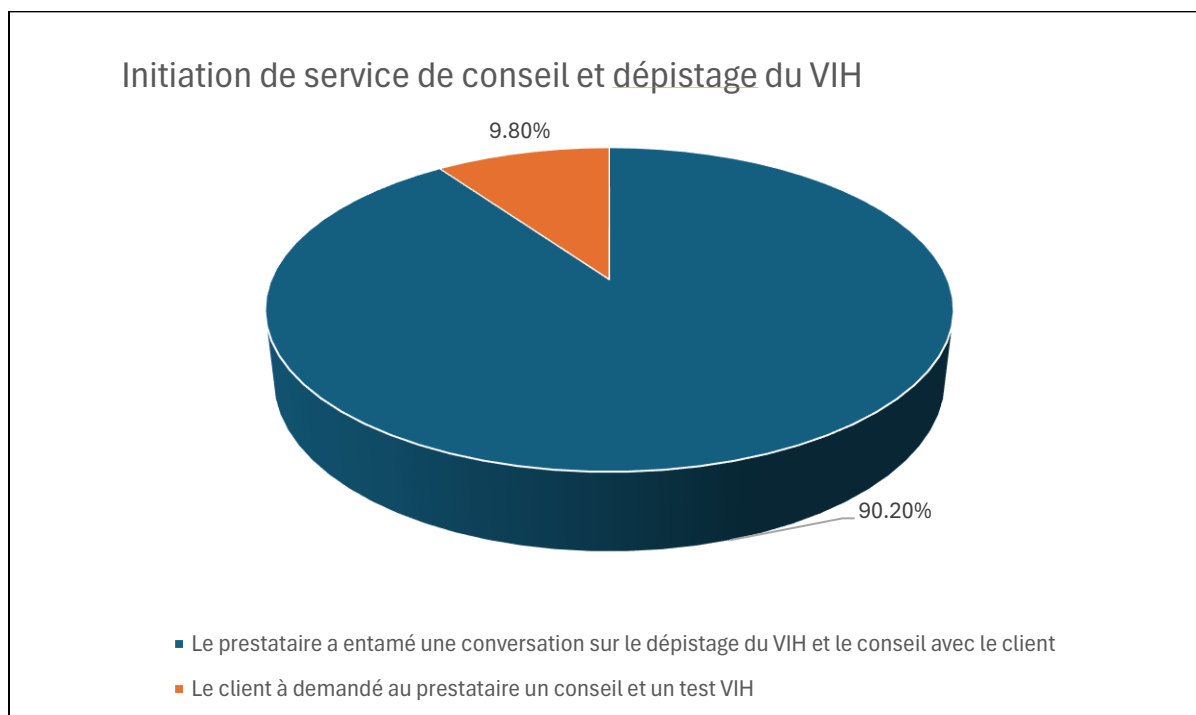


Figure 8: Initiation de discussions de counseling sur le VIH lors des visites dans les centres de santé

Décision de passer un test de dépistage du VIH après avoir reçu un counseling (n = 123)

À la suite d'un counseling sur le VIH, 37,4 % des participants ont déclaré qu'ils avaient passé un test de dépistage du VIH le jour même, et 18,7 % prévoyaient de le faire plus tard. Une faible proportion (2,4 %) a décidé de ne pas se faire tester. A noter que 41,5 % ont indiqué avoir déjà fait le test.

Tableau 10: Décision de subir un test de dépistage du VIH après avoir suivi un counseling (n = 123)

Réponse	Fréquence	Pourcentage
(1) Oui, j'ai passé le test aujourd'hui	46	37.4%
(2) Oui, je le prendrai plus tard	23	18.7%
(0) Non	3	2.4%
(88) Déjà fait le test	51	41.5%
Total	123	100.0%

Accessibilité de la sensibilisation communautaire et impact sur l'utilisation des services

Afin d'évaluer la sensibilisation de la communauté au dépistage du VIH par le biais des activités de sensibilisation communautaire, on a demandé aux participants s'ils avaient entendu des messages sur l'importance de connaître son statut VIH ou de se faire dépister avant de se rendre dans l'établissement

de santé. Parmi les 133 participants, 67,7 % ont déclaré avoir entendu de tels messages dans leur communauté, tandis que 32,3 % ne l'avaient pas entendu.

Parmi les participants qui avaient entendu parler des services de lutte contre le VIH dans leur communauté, la majorité (58,9 %) a déclaré avoir été informée par d'autres agents de santé communautaires, suivie par 17,8 % par des agents de santé communautaires liés au projet de Bangui, et 15,6 % par radio. Seule une petite partie a cité le personnel de MSF (4,4 %), la télévision (2,2 %) ou d'autres sources non spécifiées (1,1 %) comme principale source d'information.

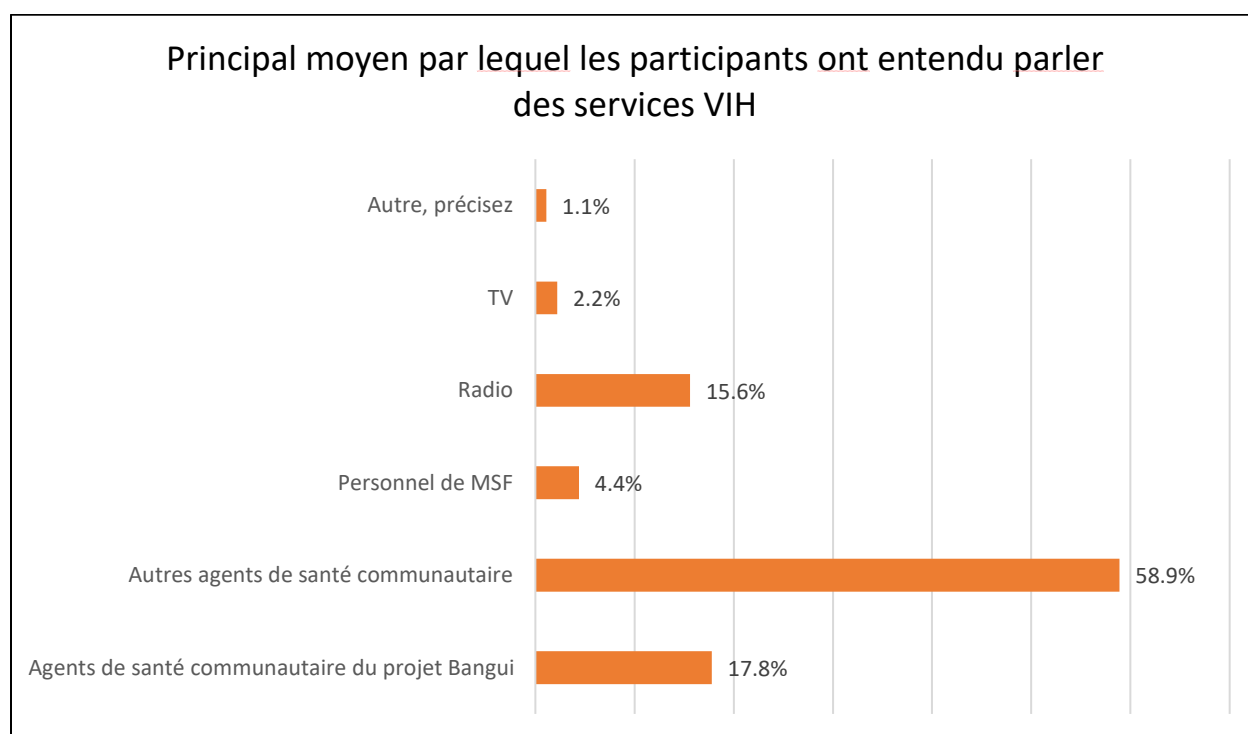


Figure 9: Principal canal par lequel les participants ont entendu parler des services de lutte contre le VIH

À l'inverse, les répondants ont noté des lacunes dans la disponibilité de documents imprimés, d'aides visuelles et d'outils de communication adaptés aux adolescents. Les prestataires ont reconnu que la désinformation, la stigmatisation et le manque d'efforts d'éducation soutenus ont contribué à une faible sensibilisation, en particulier chez les adolescents et les populations mal desservies. Un membre du personnel de promotion de la santé l'a exprimé ainsi :

« Nous [le personnel de promotion de la santé de MSF] menons également des activités de sensibilisation communautaire pour la planification familiale et la prévention du VIH, mais il y a encore beaucoup de stigmatisation autour du VIH et les gens préfèrent se fier aux informations qui viennent de la communauté et éviter les programmes liés à l'hôpital. »

Influence signalée des messages de sensibilisation communautaire sur les intentions contraceptives et l'adoption des services de lutte contre le VIH/sida

On a demandé aux participants qui ont déclaré avoir entendu des messages dans leur communauté sur l'importance de connaître son statut VIH (n = 90) si ces messages avaient influencé leur décision de

demander des services liés au VIH. Une majorité (73,3 %) ont déclaré que les messages avaient augmenté leur volonté d'obtenir de tels services, tandis que 26,7 % ont déclaré qu'ils les décourageaient.

De même, parmi les participants qui avaient entendu des messages communautaires sur la contraception, 64,3 % ont déclaré que ces messages avaient augmenté leur volonté de commencer à utiliser une méthode, tandis que 35,7 % ont déclaré que les messages l'avaient réduite.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ : ANALYSE DES INDICATEURS CLÉS ET DES RÉSULTATS DE LA SSR ET DU VIH

Résultats en matière de santé maternelle et infantile

Pour estimer les résultats en matière de santé maternelle et infantile dans les établissements de santé décentralisés, les résultats des références des établissements de santé décentralisés reçus au CHUC ont été analysés. Il s'agit d'une approximation de l'efficacité des activités menées dans les établissements de santé de la décentralisation, y compris les références et les contre-références.

Tendances de la mortalité maternelle et néonatale de 2022 à décembre 2024 au sein des centres de santé soutenus par le Projet Bangui

Les résultats des femmes en situation d'urgence obstétricale orientées vers le CHUC ont été analysés et par année et par établissement de santé soutenu ou pas par MSF. Les données analysées ont été obtenues à partir des BDD_Obstetricals_SONUC_V2 pour 2022, BDD_Obstetricals_SONUC_V2,1 pour 2023 et à partir des bases de données BDD_Obstetricale_CHUC pour 2024. Les figures 10 et 11 fournissent des détails sur les tendances de la mortalité maternelle dans tous les établissements de santé (MSF ou non), tandis que le tableau 12 et la figure 11 fournissent des détails sur les tendances de la mortalité néonatale. Le détail des structures de santé soutenues par MSF figure en annexe 2.

Tableau 11: Évolution de la mortalité maternelle au CHUC (2022-2024)

Année	Établissement de santé	Nombre de femmes référées vers le CHUC	Nombre de décès chez les femmes référées vers le CHUC		Nombre total de décès	% de décès (nombre total de décès/nombre de femmes reçues)
			<24 heures	>24 heures		
2022	Soutenu par MSF	633	2	0	2	0.32
	Non soutenu par MSF	1764	11	1	12	0.68
	Références spontanées, autres et blancs	7044	13	7	20	0.28
2023	Soutenu par MSF	424	1	0	1	0.24
	Non soutenu par MSF	1284	7	3	10	0.78

	Références spontanées, autres et blancs	2185	8	9	17	0.78
2024	Soutenu par MSF	636	5	3	8	1.26
	Non soutenu par MSF	2668	10	7	17	0.64
	Références spontanées, autres et blancs	3934	6	8	14	0.36
Total		20,572	63	34	101	

Les données sur les décès maternels ont considérablement augmenté au fil des ans, le nombre total de décès (dans les 24 heures suivant et après l'admission) passant de 2 en 2022 à 8 en 2024, parmi les établissements de santé soutenus par MSF.

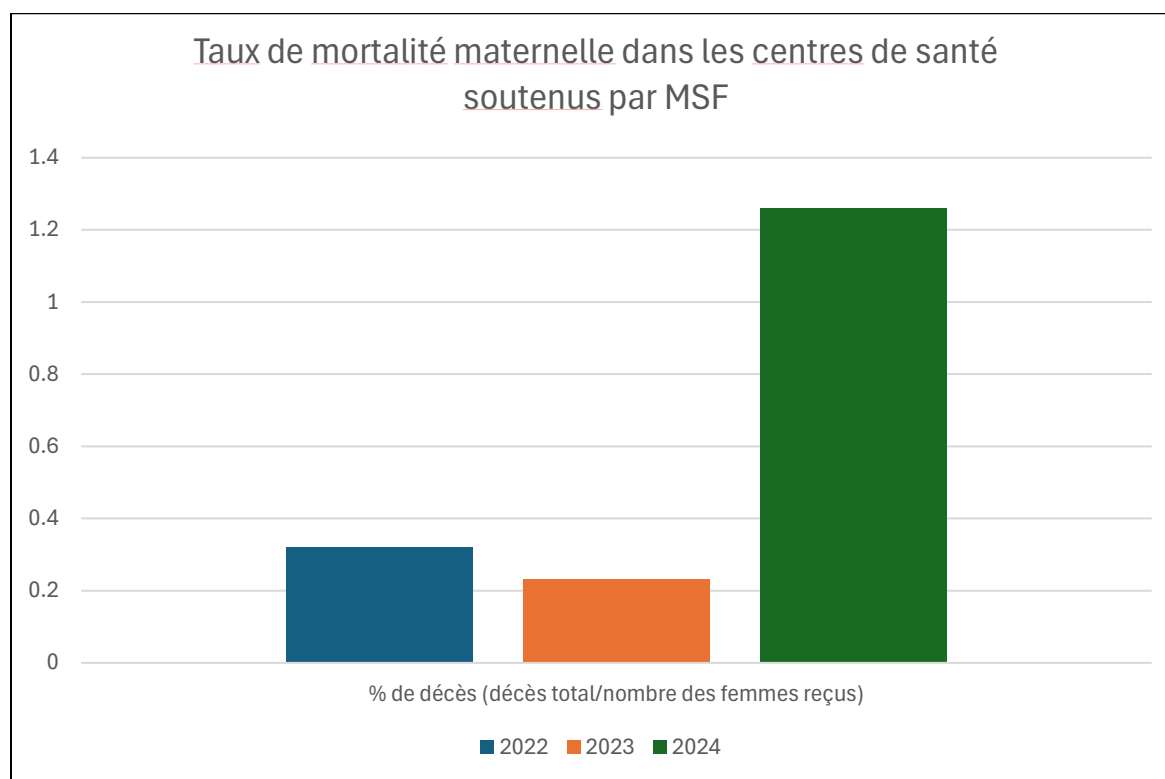


Figure 10: Taux de mortalité maternelle dans les centres de santé soutenus par MSF

L'évolution du taux de mortalité maternelle dans les établissements de santé soutenus par MSF de 2022 à 2024 indique une détérioration inquiétante des résultats, en particulier en 2024. Après une légère baisse du taux de mortalité en 2023 (de 0,32 % en 2022 à 0,23 % en 2023), l'année 2024 a connu une forte augmentation à 1,26 %, marquant le taux de mortalité le plus élevé sur les trois années. Une partie

importante de ces décès est survenue dans les 24 premières heures suivant l'admission, ce qui suggère fortement des retards dans l'accès des femmes aux soins, de possibles références tardives ou une capacité d'intervention obstétricale d'urgence insuffisante au niveau de l'établissement. Cette tendance peut également refléter une gravité accrue des cas à l'admission, mettant en évidence les faiblesses systémiques dans le comportement de recherche de soins de santé au niveau communautaire et la détection et la référence au niveau primaire.

Tableau 12: Évolution de la mortalité néonatale de 2022 à 2024 dans les structures de santé soutenues par MSF

	2022	2023	2024
Mort fœtale macérée	5	7	7
Mort fœtale (fréquence cardiaque fœtale présente à l'admission)	9	5	11
Mort fœtale (fréquence cardiaque fœtale absente à l'admission)	25	19	27
Décès entre 12 et 24 heures après l'accouchement	0	1	2
Décès <12 heures après l'accouchement	3	0	2
Décès entre 24 heures et 7 jours après l'accouchement	1	0	0
Nombre total de décès	43	32	49
Nombre de naissances	633	424	636
Taux de mortalité néonatale % (nombre total de décès/naissances)*100	6.80%	7.5	7.7

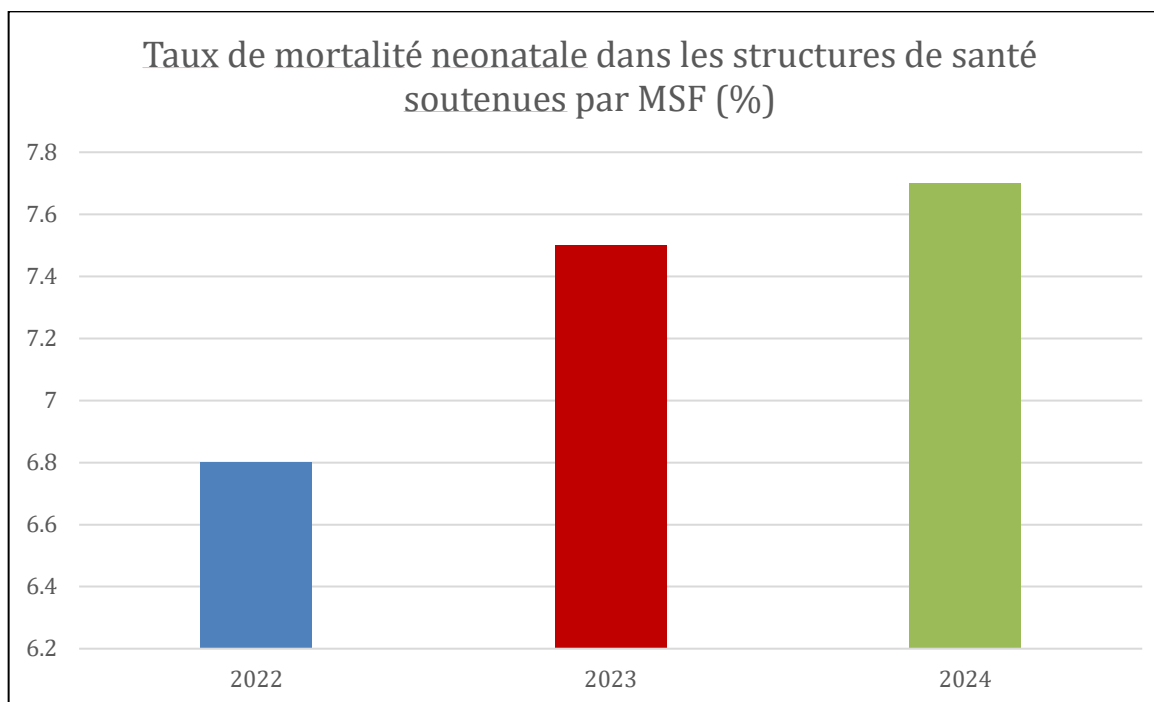


Figure 11: Taux de mortalité néonatale dans les structures de santé soutenues par MSF

De même, le tableau 12 et la figure 11 montrent des inquiétudes concernant l'augmentation du taux de décès néonataux chez les enfants nés de mères référées vers les CHUC depuis les établissements de santé décentralisés, qui est passé de 6,8 % en 2022 à 7,5 % en 2023 et à 7,7 % en 2024. De plus, la majorité des décès provenaient de femmes qui présentaient déjà une fréquence cardiaque fœtale absente lors de leur admission au CHUC. Ces tendances soulèvent des inquiétudes quant à la fonctionnalité du système de référence et dépeignent de possibles lacunes critiques en matière de triage d'urgence, de références en temps opportun et de gestion des urgences obstétricales parmi les établissements de santé décentralisés soutenus par MSF.

Prises dans leur ensemble, les tendances de la mortalité maternelle et néonatale suggèrent que, malgré les efforts déployés par l'initiative pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, des lacunes critiques subsistent en matière de soins obstétriques d'urgence, de triage en temps opportun et de coordination à l'échelle du système, autant d'éléments essentiels pour inverser la hausse de la mortalité maternelle et néonatale.

Vaccination néonatale, y compris le BCG, la poliomyélite et l'hépatite B

Comme pour la mortalité maternelle et néonatale, les données sur la vaccination des nouveau-nés ont été obtenues à partir des données BDD saisies au CHUC. Afin d'obtenir une approximation de la couverture vaccinale dans les établissements de santé décentralisés, le taux de vaccination des bébés de mères référées vers le CHUC a été analysé et présenté dans la figure 12 ci-dessous.

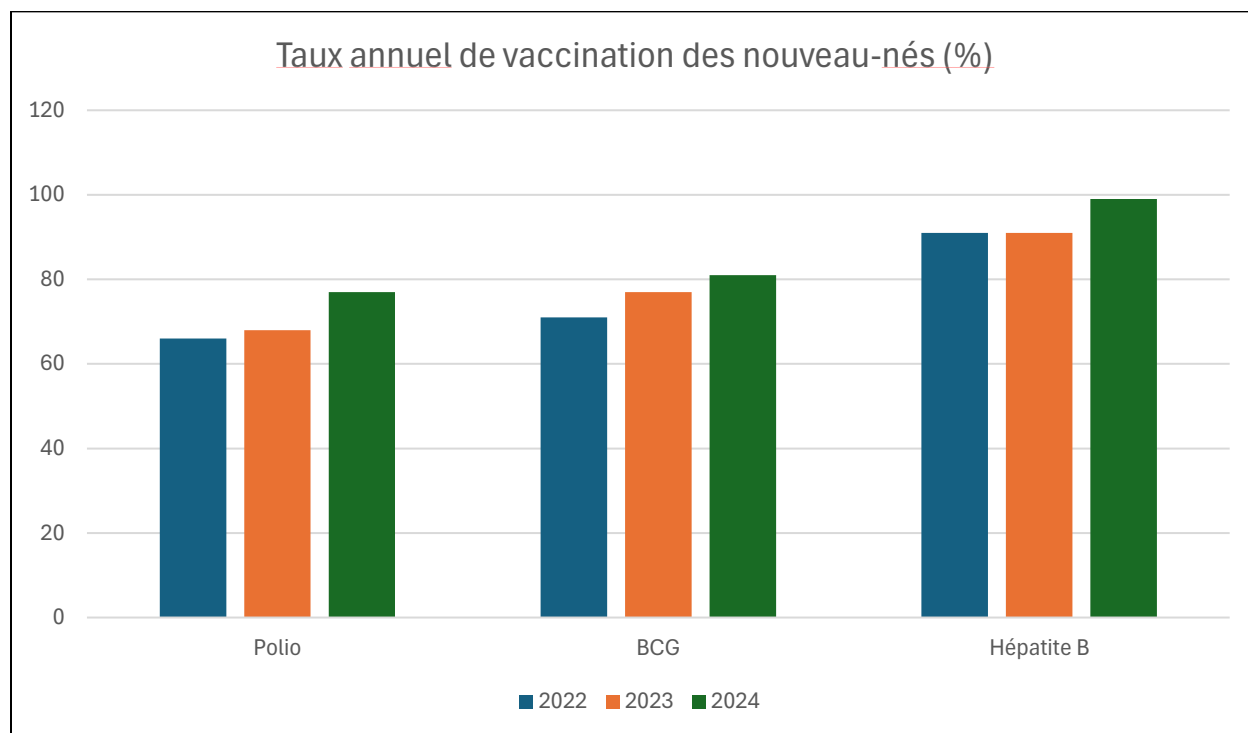


Figure 12: Taux annuel de vaccination des nouveau-nés

Le taux de vaccination des nouveau-nés de 2022 à 2024, bien qu'il ne soit pas optimal, montre une légère augmentation de la couverture pour les 3 vaccins (vaccins contre la poliomyélite, le BCG et l'hépatite B) de 2022 à 2024. Le vaccin contre l'hépatite B bénéficie de la couverture vaccinale la plus élevée pendant les 3 années (91 % en 2022 et 2023, et 99 % en 2024), suivi du BCG (71 % en 2022, 77 % en 2023 et 81 % en 2024) puis de la poliomyélite (66 % en 2022, 68 % en 2023 et 77 % en 2024). Bien que cette tendance montre une légère augmentation de la couverture vaccinale, des lacunes importantes persistent, en particulier pour les vaccins contre la poliomyélite et le BCG, ce qui met en évidence des lacunes en matière d'immunité chez les nouveau-nés, augmente le risque de maladies évitables par la vaccination et souligne la nécessité d'efforts de vaccination de rattrapage, de renforcement de la prestation de services et d'une meilleure intégration des soins aux nouveau-nés dans le système de santé maternelle et infantile au sens large.

Soins et soutien en matière de VIH/sida

TX_CURR : Cet indicateur représente la proportion d'individus actuellement en traitement antirétroviral (TX_CURR) dans les établissements de santé soutenus par l'initiative de décentralisation.

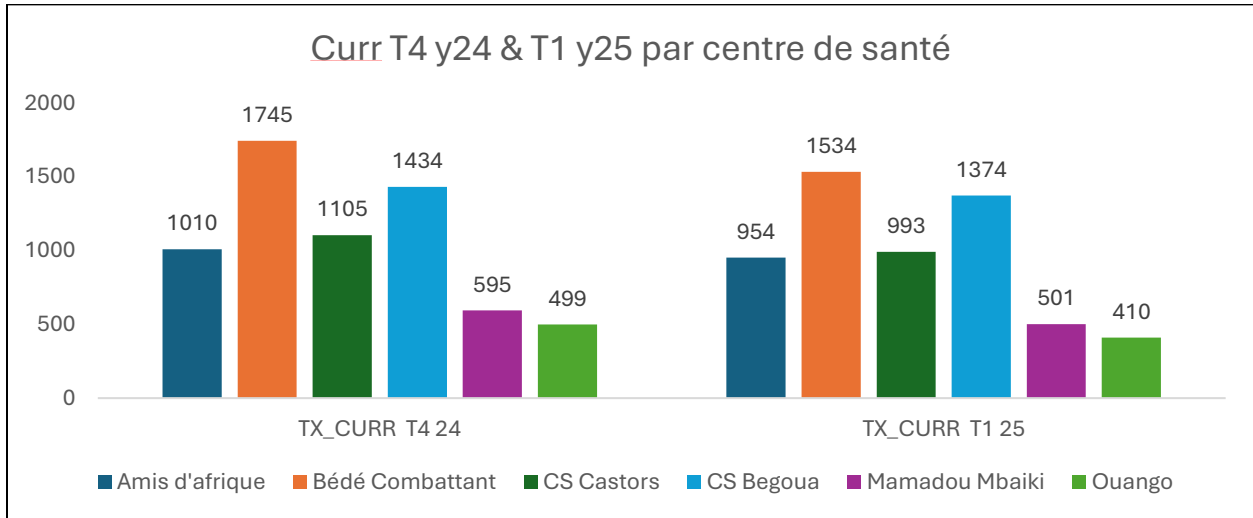


Figure 13: Nombre de personnes sous traitement antirétroviral (TAR), ventilé par établissement au T4 2024 et T1 2025

Dans tous les établissements, il y a une baisse constante des valeurs de TX_CURR de T4 24 à T1 25, indiquant une perte nette de patients recevant activement un TAR. L'établissement Bédé Combattant, le plus important en volume, a connu une baisse notable, passant de 1 745 à 1 534 patients, tandis que le CS Begoua a légèrement diminué, passant de 1 434 à 1 374. Amis d'Afrique et CS Castors ont également enregistré des baisses, avec des réductions respectives de 56 et 112 patients. Mamadou Mbaiki est passé de 595 à 501, et Ouango a connu la baisse relative la plus significative, passant de 499 à 410, soit une perte de près de 18 %.

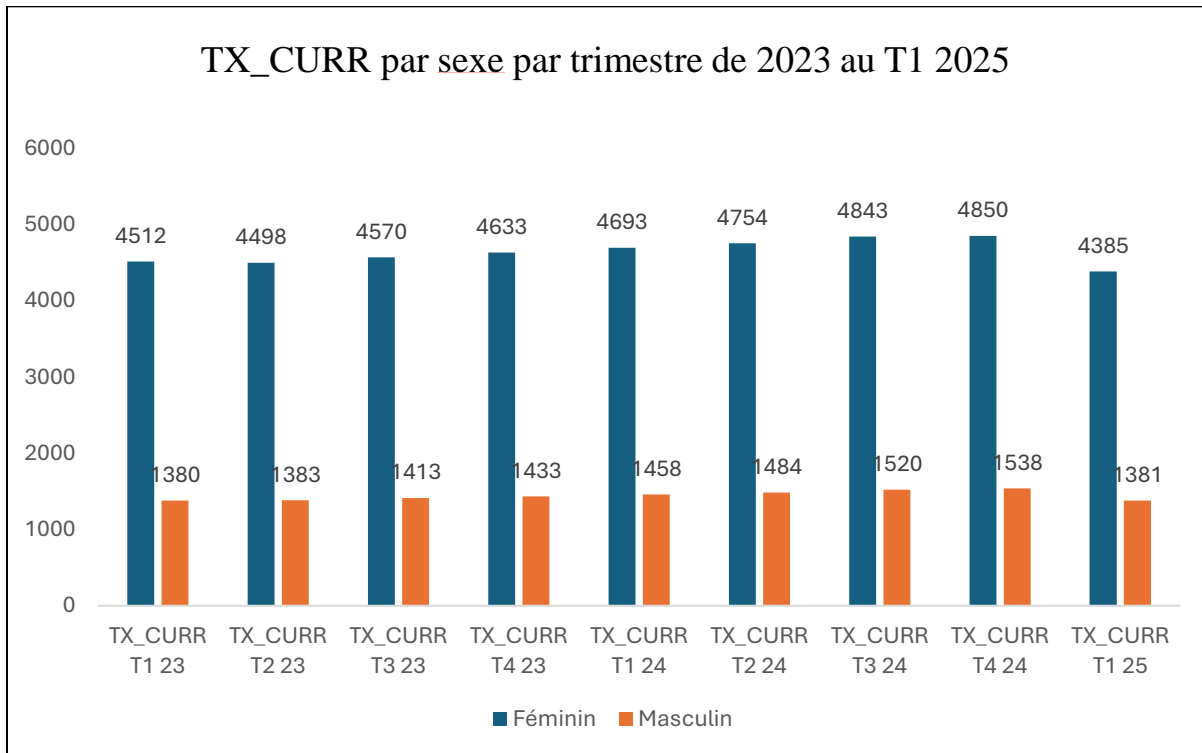
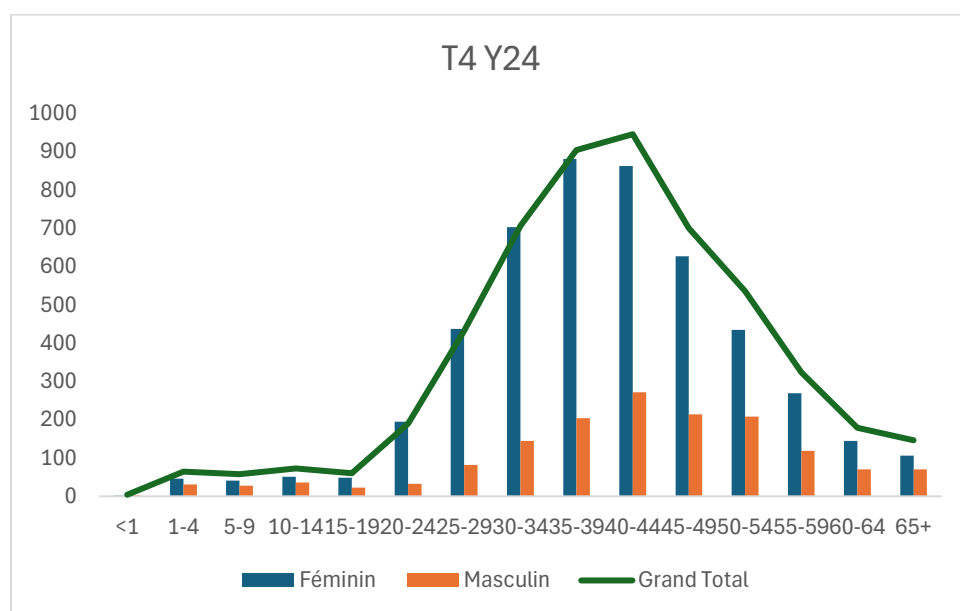


Figure 14: Nombre de personnes sous traitement antirétroviral (TAR), ventilé par sexe, pour 2023 (T1 à T4), 2024 (T1 à T4) et au premier trimestre de 2025 (T1)

Les données sur les tendances de la participation aux traitements antirétroviraux par sexe de 2023 au début de 2025 révèlent une tendance constante à une participation féminine plus élevée que celle des hommes. Dans tous les milieux, les femmes représentent la majorité des personnes actuellement sous traitement, probablement en raison de leurs interactions plus fréquentes avec les services de santé dans le cadre des programmes de santé prénatale et reproductive. Du début de l'année 2023 à la fin de l'année 2024, les inscriptions aux traitements antirétroviraux ont augmenté de façon constante pour les deux sexes, les femmes passant de 4 512 à un pic de 4 850 et les clients masculins passant de 1 380 à 1 538. Cependant, les deux groupes ont diminué au premier trimestre de 2025, le nombre de femmes tombant à 4 385 et celui des hommes à 1 381. Cette disparité s'explique probablement par un lien plus étroit vers les soins à travers les services de santé maternelle et reproductive et par un comportement de recherche des soins plus développé chez les femmes. Le taux d'inscription des hommes reste relativement stable, ce qui indique des obstacles persistants tels que la stigmatisation, le diagnostic tardif et un moindre engagement dans les services.



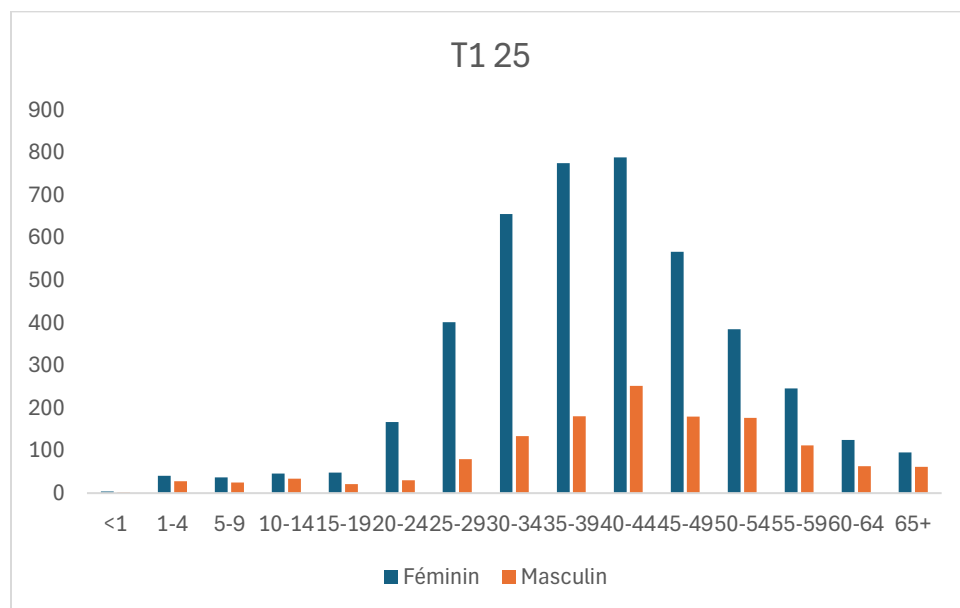


Figure 15: Nombre de personnes prenant actuellement un traitement antirétroviral (TAR), ventilé par âge, pour 2024 (T1 à T4) et au premier trimestre de 2025 (T1)

Les données ventilées par âge révèlent en outre que la majorité des clients du TAR appartiennent au groupe d'âge des 25 à 49 ans, ce qui reflète le groupe démographique le plus touché par le VIH et activement engagé dans les soins. Cependant, le taux d'enrôlement des adolescents et des jeunes adultes reste relativement faible, ce qui soulève des préoccupations quant aux diagnostics tardifs, à l'insuffisance des services adaptés aux jeunes ou à la faible rétention dans cette tranche d'âge. De plus, dans les mêmes catégories d'âge, le taux d'enrôlement des hommes dans le TAR reste inférieur à celui des filles. Ces résultats soulignent la nécessité d'interventions sensibles à l'âge et au sexe pour améliorer l'accès et la rétention du TAR, en particulier chez les hommes et les populations plus jeunes.

TX_ML (Traitement, Mortalité et Pertes)

Cet indicateur mesure le nombre de personnes précédemment sous ART qui ne reçoivent plus activement de ART sur le site de rapportage à la fin de la période de rapportage, ventilé par motif d'interruption. L'analyse des données a révélé des taux de rétention plus faibles dans certaines sous-populations, notamment chez les hommes et les adolescents séropositifs. Ces tendances ont été étayées par les points de vue des prestataires de soins de santé et des clients eux-mêmes, qui ont mis en évidence une série d'obstacles affectant la continuité des soins.

Les clients masculins ont souvent été décrits comme moins engagés dans les services de santé de routine, un prestataire notant que :

« Les hommes ne viennent que lorsqu'ils sont très malades. Ils n'aiment pas attendre ou être vus à la clinique. De même, les adolescents sont confrontés à des défis psychosociaux uniques, notamment la peur de la divulgation, la stigmatisation de leurs pairs et le manque de soutien adapté. Un client adolescent a raconté : « J'ai arrêté de venir parce que je ne voulais pas que quelqu'un à l'école le sache. Je ne me sentais pas à l'aise ici. »

Les travailleurs de la santé ont également souligné l'absence de services adaptés aux jeunes et axés sur les hommes comme facteurs contributifs. « *Nous n'avons pas de journée ou d'espace spécifique pour les jeunes. Ils se mêlent aux adultes et se sentent jugés* », explique un conseiller. Ces informations suggèrent qu'au-delà du suivi clinique, les problèmes socioculturels et structurels jouent un rôle important dans l'interruption du TAR pour ces groupes. Pour améliorer les résultats de la rétention, il est essentiel d'éliminer ces obstacles au moyen d'une prestation de services différenciée, comme le traitement accéléré, le soutien par les pairs et des environnements plus confidentiels et inclusifs.

Résultats en matière de soins et de soutien liés au VIH/sida

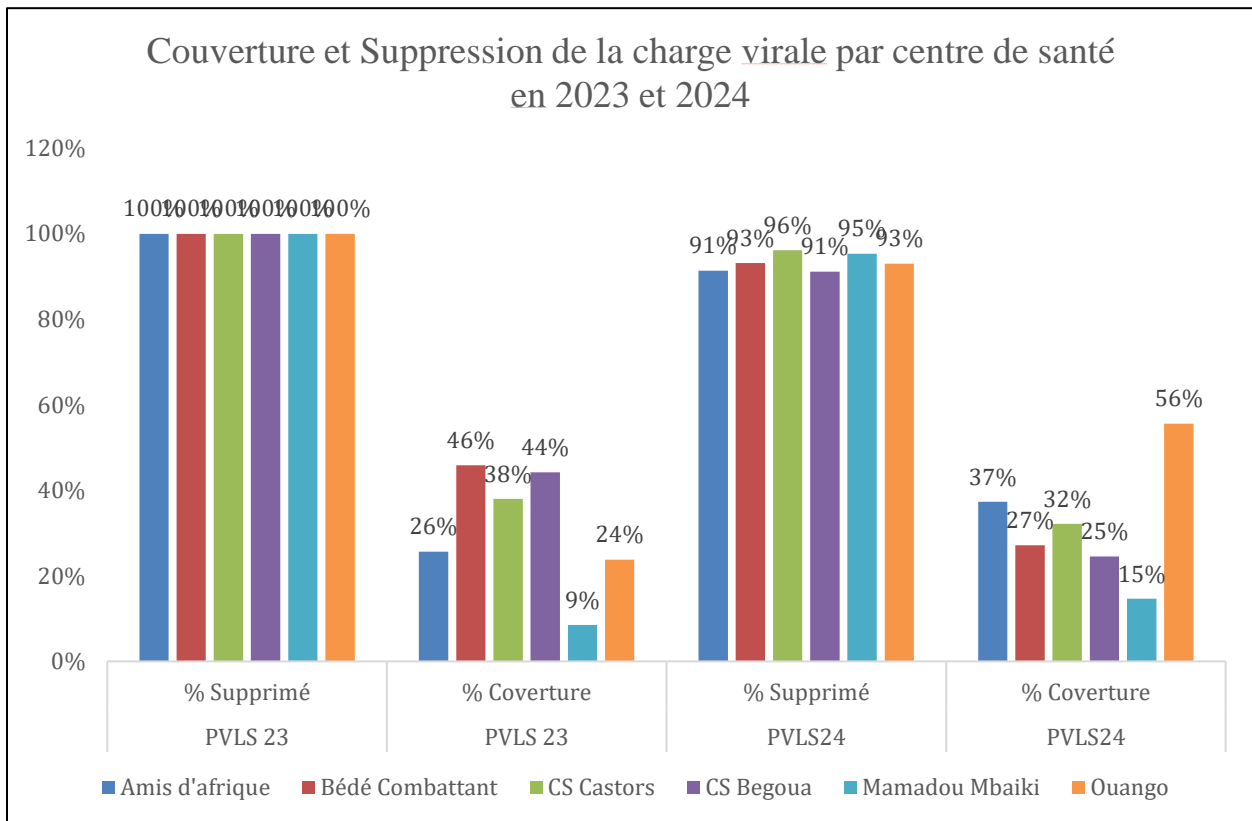


Figure 16: Couverture et Suppression de la charge virale par centre de santé en 2023 et 2024

Couverture de la charge virale et taux de suppression par établissement de 2023 à 2024

La figure 17 révèle une disparité significative entre la suppression de la charge virale et la couverture du dépistage dans tous les établissements de santé. Bien que le taux de suppression de la charge virale soit impressionnant, supérieur à 90 %, cela ne reflète les résultats que d'une petite proportion de patients testés. Avec une couverture du test de la charge virale inférieure à 50 %, la plupart des patients sous traitement antirétroviral ne sont pas suivis comme le recommandent les directives nationales et internationales (OMS, 2021 ; Ministère de la Santé (RCA), 2023). Cette lacune soulève des inquiétudes quant à la représentativité des données de suppression et suggère que des cas potentiels d'échec du traitement ou de mauvaise adhérence peuvent passer inaperçus. Les résultats soulignent le besoin urgent d'étendre la couverture des tests de charge virale afin d'assurer un accès équitable à la surveillance, d'améliorer les résultats du traitement et de soutenir la prise de décisions cliniques en temps opportun.

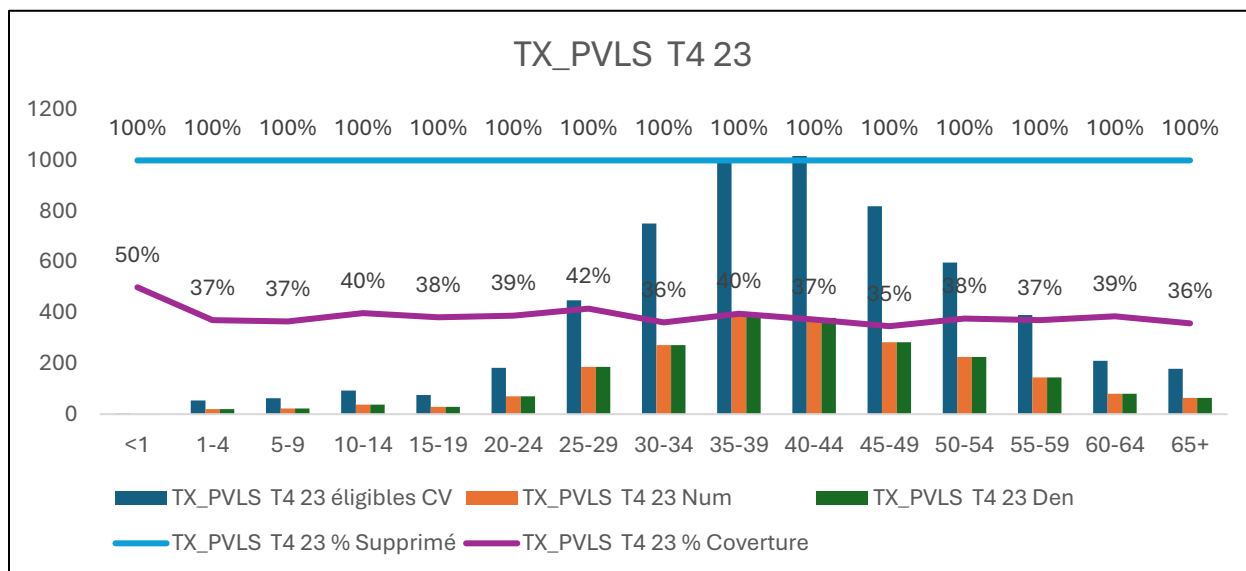


Figure 17: Couverture de la charge virale et taux de suppression par âge en 2023 (T4)

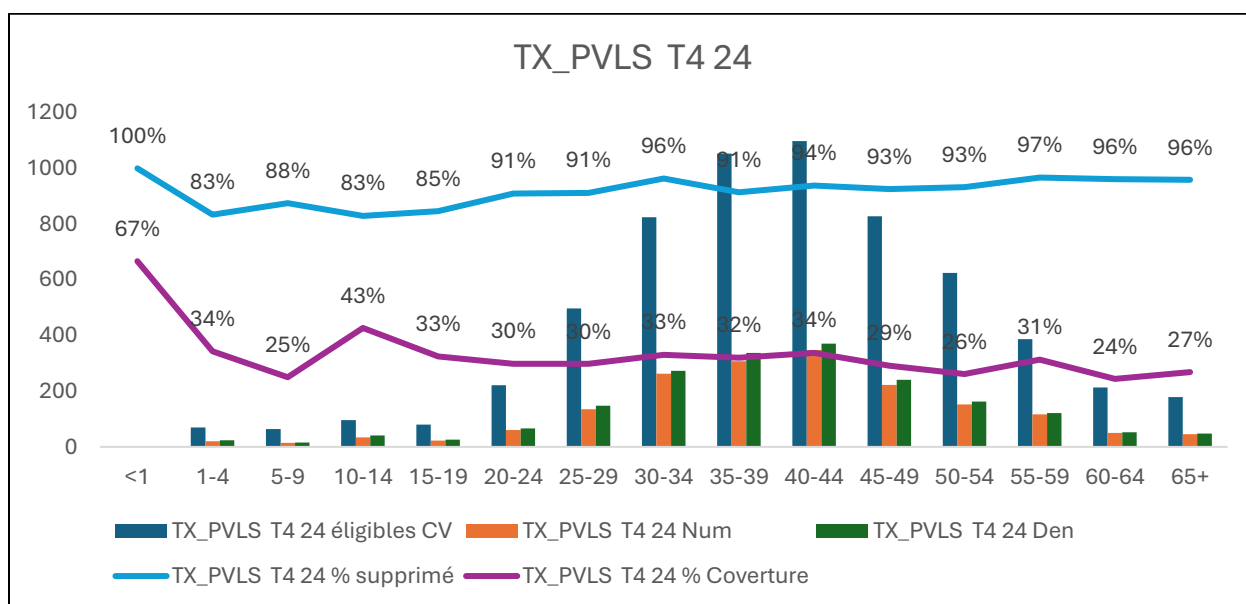


Figure 18: Couverture de la charge virale et taux de suppression selon l'âge en 2024 (T4)

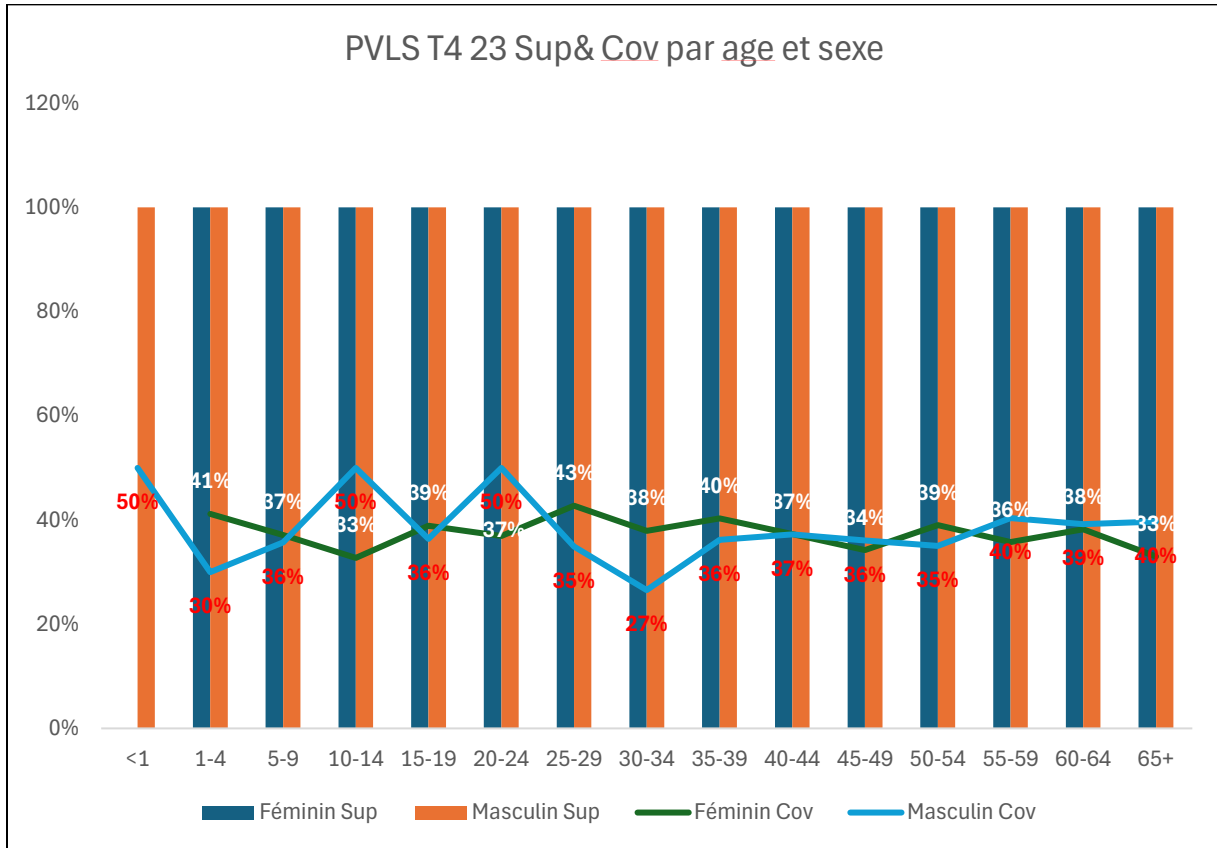


Figure 19: Couverture de la charge virale et taux de suppression par âge et par sexe au quatrième trimestre (T4) 2023

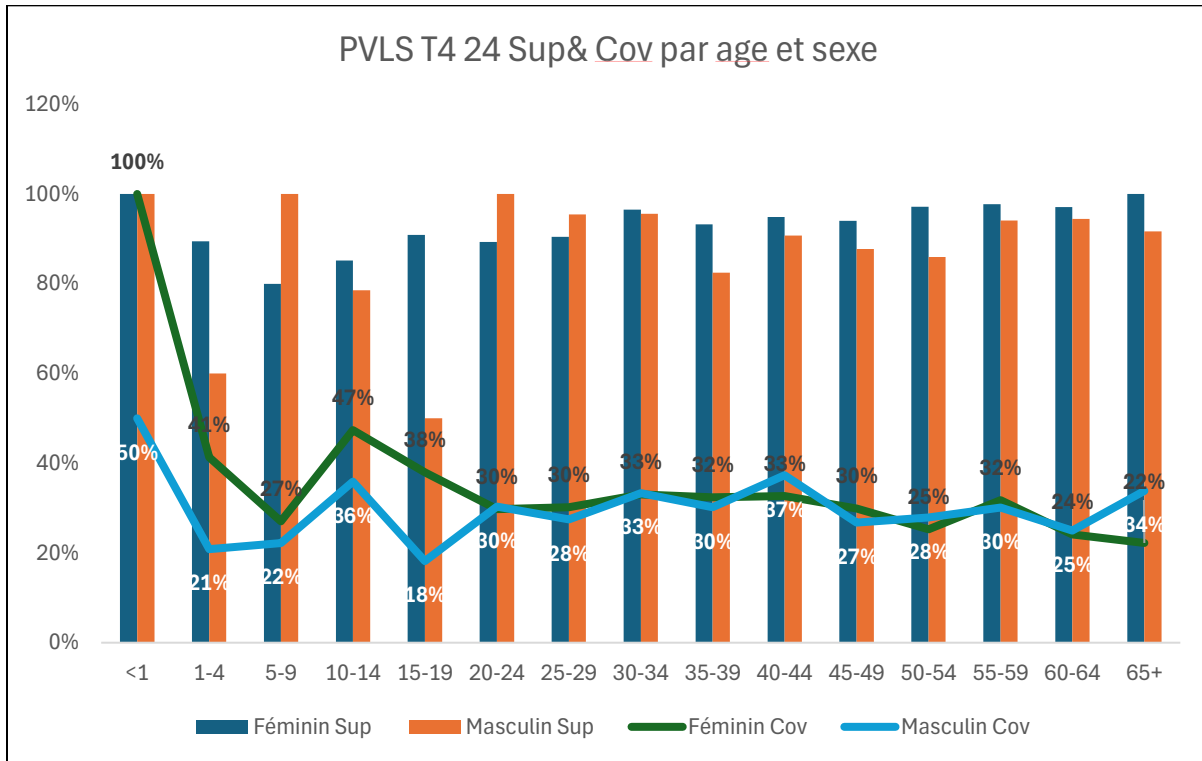


Figure 20: Taux de couverture et de suppression de la charge virale selon l'âge et le sexe dans le T4 2024

Résultats du traitement du VIH/sida et de la tuberculose

Efficacité du dépistage de la tuberculose et du TPI dans la prévention de la co-infection tuberculose-VIH

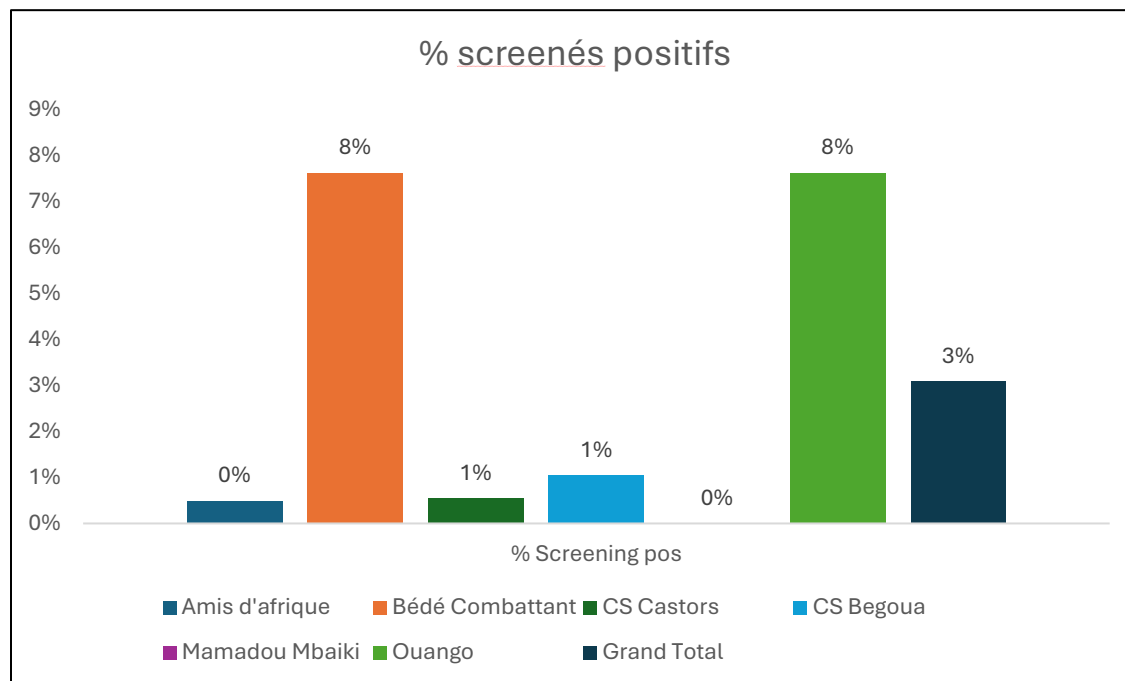


Figure 21: Proportion de patients séropositifs pour le VIH qui ont été dépistés positifs pour la tuberculose.

Ces résultats suggèrent qu'en 2024, la proportion de patients séropositifs ayant été dépistés positifs pour la tuberculose est restée inférieure au seuil de 15 %. Cela indique un taux de co-infection relativement faible, ce qui suggère que la majorité des personnes séropositives n'ont pas la tuberculose, ou un problème de reporting. Ce résultat reflète l'efficacité des mesures de lutte contre la tuberculose, telles que l'IPT, au sein de cette population vulnérable.

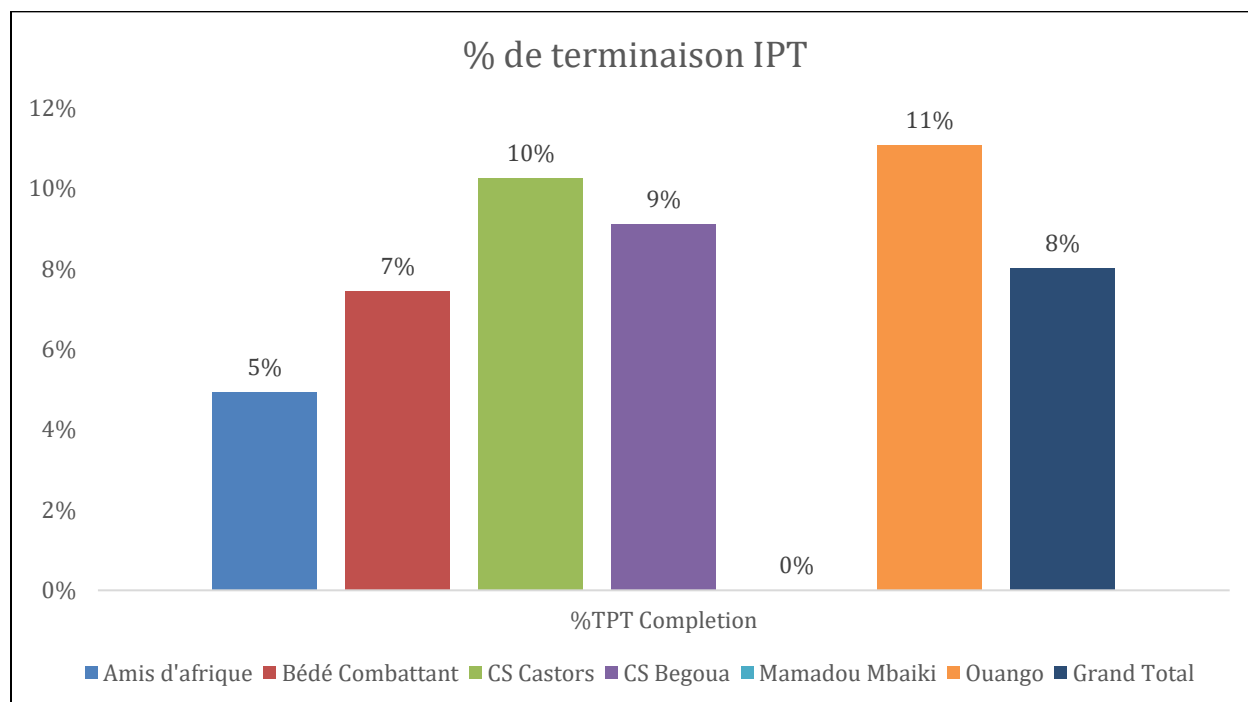


Figure 22: Taux d'achèvement du TPI (traitement préventif à l'isoniazide) chez les patients séropositifs en 2024

Le taux d'achèvement de la TPI chez les patients séropositifs était bien inférieur à 100 %, ce qui indique qu'un nombre important de patients n'ont pas terminé leur traitement préventif contre la tuberculose. Cela peut être dû à divers facteurs tels que les effets secondaires, le fardeau des pilules, le manque de soutien à l'adhérence ou d'autres obstacles à la fin du traitement, voire des problèmes dans le reporting.

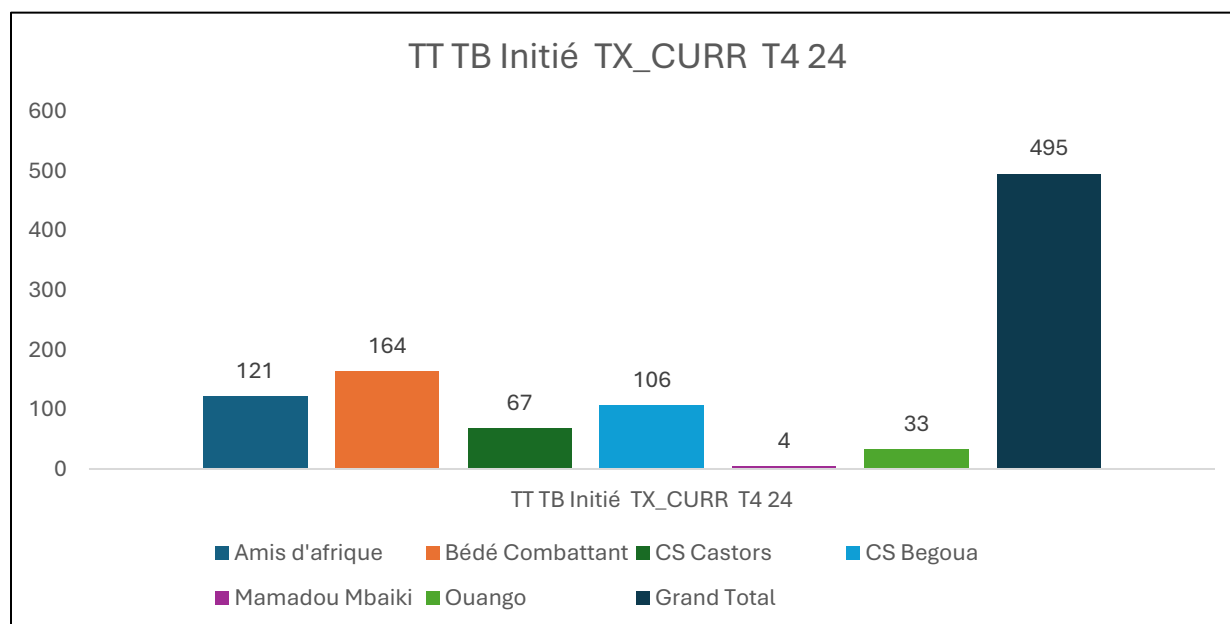


Figure 23: Nombre de clients séropositifs inscrits à un traitement antituberculeux en 2024

La figure 24 ci-dessous décrit la proportion de patients séropositifs infectés par la tuberculose qui ont terminé leur traitement contre la tuberculose ou dont la guérison a été confirmée. Pour obtenir ces résultats, seuls les patients qui ont commencé un traitement antituberculeux avant le 4e trimestre de 2024 ont été pris en compte dans l'analyse, car ils étaient supposés avoir terminé le traitement au plus tard à la fin du 1er trimestre de 2025, lorsque les données ont été partagées. Le numérateur comprenait les patients qui avaient terminé leur traitement antituberculeux ou qui avaient été identifiés comme guéris, et le dénominateur était tous les patients sous traitement antituberculeux pour cet établissement de santé au cours de la période spécifiée.

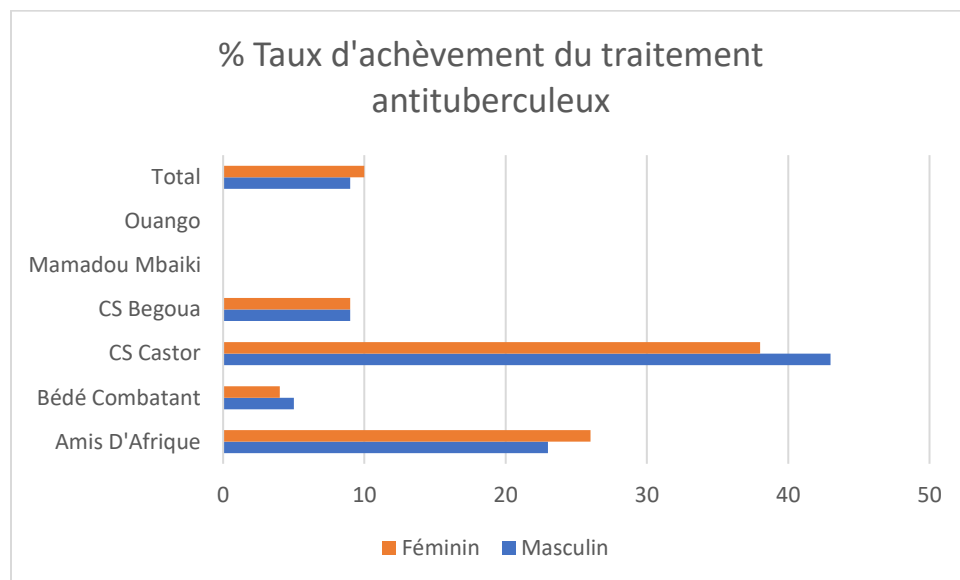


Figure 24: % de patients co-infectés par la tuberculose et le VIH ayant terminé leur traitement antituberculeux par centre de santé

D'une manière générale, pour l'ensemble des établissements de santé décentralisés, le taux d'achèvement du traitement antituberculeux chez les patients co-infectés par le VIH et la tuberculose était bien inférieur à 100 % (12 % pour les hommes et les femmes). Les données ventilées par établissement de santé ont montré des taux d'achèvement du traitement plus élevés à CS Castor (43 % chez les hommes et 38 % chez les femmes) qu'à Amis d'Afrique (23 % chez les hommes et 26 % chez les femmes), Begoua (9 % chez les hommes et les femmes), Bédé

Combatant (5 % chez les hommes et 4 % chez les femmes), et Ouango et Mamadou Mbaiki où aucun achèvement du traitement n'a été enregistré. Cette tendance, tout comme le taux d'achèvement de la TPI, pourrait être due à plusieurs facteurs, notamment les effets secondaires des médicaments, le fardeau des pilules, un soutien inadéquat à l'observance ou des problèmes de saisie des données.

EFFICIENCE

L'équipe d'évaluation a reformulé ce critère afin d'évaluer plus précisément l'efficacité de l'initiative de décentralisation dans la prestation des services plutôt que de se concentrer uniquement sur l'efficacité de la rationalisation des deux composantes du projet de Bangui, comme indiqué initialement à la **question d'évaluation 7 des TdR**. Ce recadrage s'est appuyé sur les premières entrevues avec le groupe de consultation et sur les résultats préliminaires de la collecte de données. Le critère révisé permet une évaluation plus significative de l'efficacité avec laquelle les ressources, les systèmes et les partenariats ont été exploités pour fournir des services essentiels de SSR et de VIH au niveau décentralisé.

DISPONIBILITE DE PRODUITS ESSENTIELS POUR LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE

L'une des principales mesures de l'efficacité de la prestation des services est la disponibilité de produits essentiels pour la santé maternelle et néonatale et le VIH, notamment l'ocytocine, le sulfate de magnésium et les kits d'accouchement propres, ainsi que les kits de dépistage du VIH et les médicaments antirétroviraux. Les données provenant des installations soutenues suggèrent une amélioration de la disponibilité des produits grâce à des systèmes d'approvisionnement renforcés et à des mécanismes de stock tampon ; Cependant, des pénuries intermittentes ont tout de même été signalées, en particulier pendant les périodes de forte demande ou de retards logistiques.

« MSF nous fournit de nombreux médicaments, y compris des médicaments essentiels à notre travail. Par exemple, l'ampicilline, s'il y a un cas de perte d'eau qui dure plus de 72 heures, l'ocytocine, les gants, etc. Et j'ai un livret de décharge. Mais ce que nous avons remarqué, c'est que récemment, il y a eu des pénuries. Nous avons connu des pénuries de certains médicaments. »

SYSTÈME DE RÉFÉRENCE POUR LES SOINS D'URGENCE EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET VIH ET AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX INTERVENTIONS VITALES

Une autre dimension essentielle de l'efficacité de l'initiative de décentralisation est la performance du système de référence entre les centres de santé soutenus par MSF et le CHUC. Ce système a permis de réduire les délais dans les transferts d'urgence, ce qui permet d'accéder plus rapidement aux interventions vitales, en particulier pour les complications obstétricales telles que l'hémorragie et la dystocie. En outre, il a amélioré la coordination et la communication entre les établissements de soins primaires et l'hôpital de référence, grâce à des protocoles plus clairs, des points focaux désignés et des procédures de suivi.

« Un autre soutien important de MSF est la référence des cas obstétricaux complexes. MSF a donc des ambulances stationnées à l'hôpital communautaire. Si nous devons référer une femme en travail qui souffre de dystocie, nous appelons l'hôpital communautaire, et très rapidement, ils nous envoient une ambulance pour venir chercher la patiente. Et ça se passe très bien, et ça aide beaucoup. » [Répondant du ministère de la Santé]

EFFICACITE DU TRANSPORT DES ÉCHANTILLONS DANS LE CADRE DE LA PRESTATION DE SOINS DE SANTÉ

Le transport des échantillons est un élément clé de l'initiative de décentralisation visant à améliorer la prestation des soins de santé. Ce système permet d'assurer le transport efficace des échantillons biologiques destinés au test de charge virale depuis les établissements de santé éloignés ou décentralisés vers les laboratoires centraux (Institut Louis Pasteur) pour analyse. La raison d'être de ce système est de

fournir des services de diagnostic rapides et précis, qui sont essentiels à la prise en charge et au traitement efficaces des patients. Selon les répondants, en réduisant le temps nécessaire pour que les échantillons parviennent aux laboratoires, soient traités et renvoyés, l'initiative contribue à accélérer le diagnostic et l'initiation de traitements appropriés, améliorant ainsi les résultats pour les patients.

« Un autre changement essentiel dont nous pouvons parler est le transport des échantillons des patients vers et depuis l'Institut Pasteur, ainsi que la récupération des résultats pour les amener aux patients. MSF paie le transport, et le système de récupération raccourcit le délai d'obtention des résultats. » [Répondant MSF]

De plus, le système fonctionne par le biais d'un réseau de services de transport fiables qui suivent des itinéraires et des horaires optimisés, ce qui garantit la rentabilité et minimise les retards. Cette approche structurée améliore l'efficacité de la prestation des soins de santé et soutient les objectifs plus larges de l'initiative de décentralisation en rendant les services de diagnostic de haute qualité plus accessibles aux populations mal desservies.

« MSF a mis en place un système de transport hebdomadaire des échantillons de charge virale à l'Institut Pasteur depuis les autres sites, et ils [MSF] facilitent le transport et, si nécessaire, fournissent un soutien technique à l'équipe du laboratoire, comme la formation et la fourniture de SOP [Procédures opérationnelles standard] ». [Répondant du ministère de la Santé]

Selon nos répondants, le système de transport a fait preuve d'une fiabilité accrue, avec moins de retards et d'interruptions signalés, ce qui garantit que les échantillons biologiques parviennent rapidement au laboratoire pour analyse. En outre, ils ont souligné que les efforts visant à optimiser les itinéraires de transport et à consolider les trajets ont permis de réaliser d'importantes économies, de réduire les dépenses opérationnelles tout en maintenant une qualité de service élevée. Dans l'ensemble, ces tendances positives dans l'efficacité du transport des échantillons peuvent avoir contribué à une prestation plus efficace des soins de santé.

EFFICIENCE DE L'INITIATIVE DE DÉCENTRALISATION DANS LA PRÉVENTION DE LA CO-INFECTION PAR LA TUBERCULOSE ET LE VIH

Selon les répondants, l'intégration de la machine Pima pour le dépistage CD4 et TB-Lam pour le diagnostic précoce de la tuberculose dans la prestation de services à Bédé Combattant a considérablement amélioré la détection des cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Il a rationalisé les processus de diagnostic et permis aux cliniciens de prendre des décisions opportunes et fondées sur des données probantes, contribuant ainsi à une prise en charge plus efficace du VIH et de la tuberculose et à de meilleurs résultats pour les patients de ce groupe à haut risque.

« MSF a amélioré la prise en charge des patients atteints du VIH en mettant à disposition des machines qui n'étaient pas disponibles auparavant, par exemple l'installation de machines Pima pour le dépistage des CD4 dans les structures de santé » [répondant MSF]

« MSF a mis à disposition des réactifs pour le dépistage de la tuberculose LAM et la tuberculose, ce qui a considérablement réduit les délais de diagnostic de la tuberculose. »

Malgré cette illustration positive et les tendances observées, plusieurs obstacles entravent la prestation efficace des soins dans le cadre de l'initiative de décentralisation. Tout d'abord, la mauvaise intégration

des services de VIH et de SSR, en particulier dans les soins prénatals, a entraîné une augmentation des temps d'attente pour les clients. De plus, les systèmes parallèles de reporting, de supervision et d'approvisionnement compliquent davantage une prestation efficace et intégrée des soins.

INTÉGRATION LIMITÉE DES SERVICES DE SSR ET DE VIH/SIDA : UN OBSTACLE À UNE PRESTATION DE SERVICES OPTIMALE

Les données du flux de clients et les entretiens avec les prestataires de soins de santé des sites d'étude de cas ont révélé que la faible intégration des services de SSR et de VIH/sida constitue un obstacle important à la prestation optimale des services. Ce manque d'intégration était particulièrement évident dans les centres de soins infirmiers, où la séparation des services entraîne une augmentation des temps d'attente pour les clients et des expériences de soins fragmentées. Nos répondants ont signalé que les femmes enceintes testées pour le VIH dans le service de soins prénatals sont souvent confrontées à de multiples références d'un prestataire à un autre et à des visites répétées, ce qui retarde l'initiation du traitement et réduit l'efficacité globale de la prestation des soins de santé.

« Nous sommes heureux du bon travail accompli par MSF, mais nous avons un problème avec les soins aux femmes enceintes parce que nous n'avons pas de médicaments contre le VIH ici. Il n'y a que le kit de dépistage du VIH. Si une femme enceinte a besoin de médicaments contre le VIH, elle devra se rendre au centre de traitement pour y voir un médecin ou être orientée vers l'autre centre communautaire si elle a besoin de services d'hospitalisation pour le VIH. »

PRÉSENCE DE SYSTÈMES PARALLÈLES POUR LE REPORTING, LA SUPERVISION ET L'APPROVISIONNEMENT

L'un des principaux défis d'efficacité identifiés lors de l'évaluation est la présence de systèmes parallèles exploités par différents acteurs, notamment MSF et le ministère de la Santé. Ces structures parallèles existent dans plusieurs domaines, notamment la production de rapports, la supervision et la gestion de la chaîne d'approvisionnement, et ont entraîné des inefficiences opérationnelles au niveau des facilités.

Un exemple particulièrement frappant est la collecte et la communication de données pour les services de SSR et de VIH, point souligné par les prestataires de soins de santé que nous avons interrogés. Les prestataires de soins de santé des établissements soutenus par MSF ont déclaré qu'ils devaient collecter et saisir les données de prestation de services dans des systèmes de rapportage distincts, l'un pour MSF et l'autre pour le ministère de la Santé. Ces systèmes utilisent souvent des indicateurs, des formats et des délais de rapportage différents, ce qui entraîne un chevauchement du travail et un fardeau administratif important pour le personnel de première ligne.

« MSF utilise 'Tiernet' [la base de données] tandis que l'établissement de santé utilise DHIS [la base de données] pour le reporting, qui ont parfois des indicateurs différents. En conséquence, nous [le personnel de l'établissement de santé] devons remplir des feuilles de rapport séparées, ce qui crée un travail supplémentaire. »

Ils ont également souligné que ce dédoublement détourne le temps et l'attention des soins aux patients et contribue à la fatigue liée au rapportage, tout en augmentant le risque d'incohérences ou d'erreurs dans les données. Parfois, ils doivent transférer manuellement les mêmes informations dans deux registres ou plateformes numériques distincts, avec une interopérabilité limitée entre les deux systèmes. Cette fragmentation compromet la qualité, l'exhaustivité et l'actualité globales des données et peut affaiblir la

capacité de MSF et du ministère de la Santé à prendre des décisions éclairées et opportunes sur la base de données de service harmonisées.

"... MSF nous a également remis des fiches de reporting et des registres complémentaires que nous devons remplir en même temps que le dossier du patient, ce qui augmente notre charge de travail et le risque d'erreurs. Parfois, nous n'avons pas assez de temps pour bien conseiller nos clients. »
[Personnel de soutien psychosocial]

Au-delà du reporting, les informateurs clés du ministère de la Santé ont fait valoir que les structures de supervision parallèles, où MSF et le ministère de la Santé effectuent des visites de supervision indépendantes en utilisant des outils et des approches différents, peuvent conduire à des messages contradictoires, à une surveillance redondante et à une clarté réduite quant à la responsabilité s'agissant de la qualité des soins.

"... pour effectuer des supervisions de site, MSF se rend sur place à notre insu. Parfois, nous nous rendons à l'établissement et remarquons des outils que nous ne connaissons pas. Normalement, il devrait s'agir d'une activité conjointe afin que le rapport soit partagé entre les parties [Ministère de la Santé et MSF] afin que tout le monde soit sur la même longueur d'onde. ... Cependant, depuis peu, ils ont commencé à nous inviter pour des supervisions trimestrielles. »

EFFICIENCE DES ASC ET DES AGENTS PSYCHOSOCIAUX DANS LA RÉEMBAUCHE DES CLIENTS PERDUS DE VUE (LTFU)

Il s'agit d'évaluer l'efficacité avec laquelle les agents de soutien psychosocial et les ASC atteignent et ramènent avec succès les patients désengagés vers les soins. Pour l'évaluer, nous avons analysé la proportion moyenne de clients contactés (figure 26) et la proportion moyenne de ceux qui sont retournés aux soins tous les mois (figure 27) entre janvier 2024 et le 1er trimestre 2025, par établissement de santé. Toutefois, il convient de noter que la proportion de clients qui sont retournés aux soins ne reflète pas nécessairement un sous-ensemble de ceux qui ont été contactés au cours de la période, car certains peuvent être retournés aux soins par eux-mêmes, ou certains patients qui ont été contactés au cours des périodes précédentes ont peut-être repris des soins au cours de la période d'analyse.

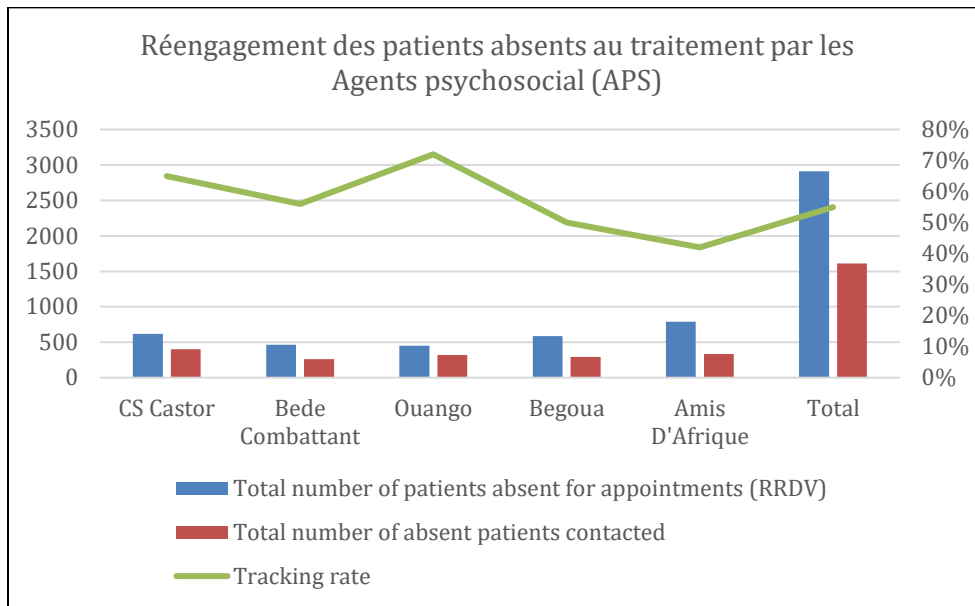


Figure 25: Réengagement des patients absents au traitement par les Agents psychosocial (APS)

La figure 25 ci-dessus montre le taux mensuel moyen de réengagement des patients absents du traitement par le personnel de soutien psychosocial par établissement de santé entre janvier 2024 et Q1 de 2025. En général, pour l'ensemble des établissements de santé, environ 55 % des patients absents ont été contactés mensuellement. L'analyse par établissement de santé a montré une tendance similaire, avec le taux le plus élevé observé à Ouango (72 %) et le taux le plus bas aux Amis d'Afrique (42 %). Ce taux de suivi n'est pas optimal pour réussir à ramener les patients absents du traitement tous les mois et démontre une faiblesse dans l'efficacité de l'initiative à retenir les patients dans les soins.

Des entretiens avec du personnel de soutien psychosocial ont permis de comprendre pourquoi le taux de réengagement n'est pas optimal, notamment le fait qu'ils (le personnel de soutien psychosocial) ne viennent travailler que quelques fois par semaine, de sorte que ceux qui se présentent au travail sont généralement surchargés et ne sont pas en mesure de contacter les patients aussi souvent qu'ils le devraient. De plus, ils ne peuvent contacter les patients absents que par téléphone, car MSF ne fournit qu'un téléphone et du temps d'appel, sans aucun moyen d'aller dans la communauté pour trouver ceux qui sont injoignables par téléphone. De plus, ils ont également souligné qu'en appelant les numéros de téléphone qui existent dans les dossiers des patients, certains numéros de téléphone ne sont généralement pas disponibles, n'appartiennent pas aux patients ou sont simplement des numéros de téléphone qui n'existent pas (numéros inventés). Un membre du personnel de soutien l'a exprimé ainsi :

"... Pour suivre les patients absents, MSF nous a seulement fourni un téléphone à appeler depuis l'établissement de santé ; cependant, notre contrat avec le ministère exige que nous effectuions des visites à domicile dans le cadre des activités de retour des patients qui ne respectent pas leur rendez-vous. ... Depuis janvier 2025, ils n'ont pas renouvelé nos contrats avec le ministère, donc nous n'avons pas reçu de salaire, mais pour le peu de soutien que nous recevons de MSF, nous ne pouvons pas venir travailler tous les jours. Par exemple, mon collègue qui est en charge de l'inscription des nouveaux patients n'est pas venu aujourd'hui, et c'est donc moi qui m'occupe de l'inscription de tous les nouveaux patients et de toutes les autres activités, y compris l'appel des patients absents. » [Personnel de soutien psychosocial].

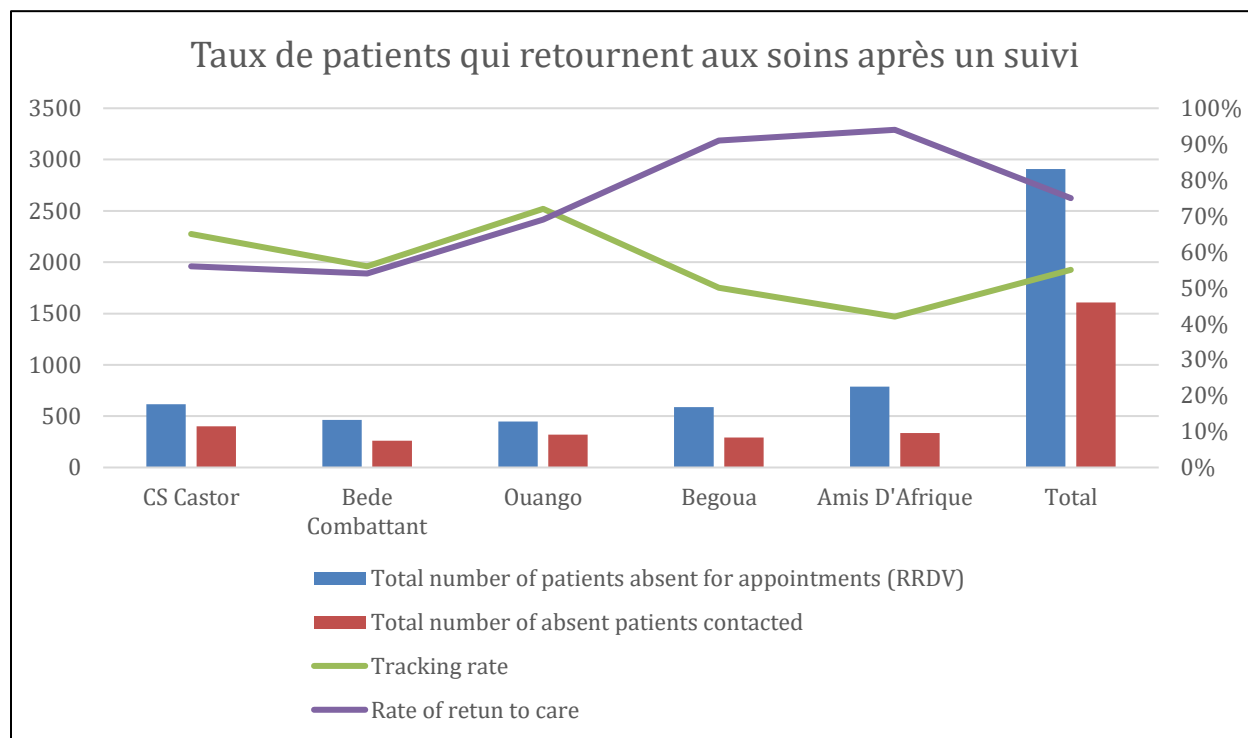


Figure 26: Taux mensuel moyen de retour aux soins des patients absents du traitement

ENGAGEMENT ET APPROPRIATION PAR LES PARTIES PRENANTES

Comme indiqué dans **la question d'évaluation 3**, ce critère évalue la mesure dans laquelle les autorités locales et les partenaires clés, y compris le ministère de la Santé et les intervenants communautaires, ont participé de manière significative à la conception et à la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation. Il examine également si ces acteurs ont développé un sentiment d'appartenance et de responsabilisation à l'égard des objectifs et des résultats du programme.

Les résultats indiquent un engagement limité et une faible appropriation parmi les principales parties prenantes, y compris le ministère de la Santé et les responsables des districts sanitaires. Cela était principalement dû au manque de participation aux premières étapes de l'élaboration de l'initiative, ce qui a entraîné des occasions manquées de planification conjointe et d'harmonisation des priorités.

« MSF démarre bien, mais souvent sans nous. Et puis, ils veulent que cela soit repris par le côté national parce qu'ils doivent se retirer, ou le projet est terminé. Normalement, l'implication doit se faire au début et tout du long pour que les gens du côté national puissent donner un coup de main. Et puis, quand ils se retirent, ce n'est que la continuité. Mais souvent, ce n'est pas le cas. »
[Répondant du ministère de la Santé]

« À l'époque, [au lancement de l'initiative de décentralisation], nous traitions avec le ministre, puis avec le district et les hôpitaux. Lorsque nous avons réalisé que nous sautions la région, il a été en fait très difficile de rouvrir cette conversation. » [Répondant MSF]

De plus, l'initiative ne disposait pas d'un mécanisme structuré pour l'engagement des partenaires, ce qui a entravé la consultation et la coordination continues pendant la mise en œuvre. L'absence d'un mécanisme officiel de coordination conjointe a limité la transparence et l'échange d'information et a contribué à une approche de mise en œuvre fragmentée. En conséquence, les acteurs locaux se sont sentis déconnectés du processus de prise de décision, ce qui a affaibli leur sentiment d'appartenance et d'engagement à long terme.

« L'écart que nous [MSF] avons constaté, c'est qu'il n'y avait pas de coordination entre nous [MSF et le Ministère de la Santé]. C'était comme si nous fonctionnions seuls, sans impliquer, par exemple, les districts ou la région dans nos activités. Nous traitons directement avec les centres de santé, ce qui ne devrait pas être le cas. Nous avons donc décidé d'organiser des réunions de coordination régulières, trimestrielles, et de mener des supervisions conjointes avec les ministères, ce qui n'était pas le cas. » [Répondant MSF]

De plus, bien que les protocoles de traitement utilisés par MSF soient conformes aux normes internationales et aux pratiques fondées sur des données probantes, ils n'étaient pas entièrement alignés sur les directives nationales, ce qui a créé des frictions opérationnelles avec les systèmes de santé locaux. Ce manque d'alignement a réduit les possibilités d'intégration dans le cadre national et a posé des défis pour l'appropriation par les acteurs régionaux, limitant leur capacité à soutenir et maintenir l'initiative au-delà de la présence opérationnelle de MSF.

« Nous [le ministère de la Santé] travaillons beaucoup avec MSF, ils nous aident beaucoup. Ce sont ceux que l'on voit dans la plupart des secteurs. Il est vrai qu'au début, ce n'était pas facile, aussi parce qu'ils ont utilisé d'autres protocoles qui n'étaient pas dans les directives nationales, ce qui a causé quelques frictions sur le site » [répondant du Ministère de la Santé].

Ces constatations sur l'engagement et l'appropriation par les parties prenantes révèlent des implications limitées pour la durabilité et l'efficacité de l'initiative de décentralisation. La participation limitée des principales parties prenantes, en particulier le ministère de la Santé et les autorités sanitaires de district, lors des premières étapes de la conception et de la mise en œuvre a entraîné un faible alignement sur les priorités nationales et des opportunités manquées de planification conjointe. En conséquence, les acteurs locaux se sont sentis exclus des processus de prise de décision, ce qui a sapé leur sens des responsabilités et réduit leur volonté d'appropriation une fois que MSF aura réduit ses activités ou se sera retirée. L'absence de mécanismes de coordination structurés et une communication incohérente ont encore fragmenté la mise en œuvre et limité la confiance et la transparence entre MSF et les autorités sanitaires locales. De plus, l'utilisation de protocoles de traitement qui n'étaient pas entièrement alignés sur les directives nationales créait des frictions opérationnelles et entravait l'intégration sans heurts dans les systèmes de santé existants. Ces écarts d'engagement et d'alignement ont affaibli l'institutionnalisation de l'initiative et miné sa viabilité à long terme. Sans une collaboration plus forte et plus précoce avec les parties prenantes nationales et infranationales, l'initiative risque d'être perçue comme étant menée de l'extérieur et isolée, plutôt qu'ancrée dans le système de santé national – une dynamique qui pourrait limiter l'expansion, l'adoption politique et la continuité des services après MSF.

IMPACT SUR LA RÉDUCTION DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ

Ce critère évalue si l'initiative de décentralisation a contribué à renforcer la capacité des partenaires de MSF, y compris les équipes de gestion de la santé publique, les établissements de santé individuels et les acteurs communautaires, à progresser vers l'objectif global du projet de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies maternelles, néonatales et au VIH.

RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

Les personnes interrogées par le ministère de la Santé ont reconnu les efforts de MSF pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et néonatale et ont cité des efforts tels que le soutien aux références des complications obstétricales, la formation du personnel de santé à l'identification et aux références des complications obstétricales et la fourniture de kits d'urgence dans les salles d'accouchement comme des stratégies efficaces pour réduire les décès maternels et néonataux.

« Un autre soutien important de MSF est également la référence des cas obstétricaux complexes. MSF a des ambulances stationnées à l'hôpital communautaire, et si nous avons besoin d'orienter une femme en travail qui souffre de dystocie, nous appelons l'hôpital communautaire, et très rapidement, ils nous envoient l'ambulance pour venir chercher la patiente. Et cela se passe très bien, et cela aide beaucoup. Et tout cela contribue considérablement à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. » [Répondant du ministère de la Santé]

Malgré des améliorations dans divers aspects des soins de santé maternelle, les tendances indiquent une augmentation persistante des décès maternels et néonataux. Plusieurs facteurs clés contribuent à ce défi permanent. Bien qu'il y ait eu des progrès notables dans la préparation des établissements, la formation des prestataires et la disponibilité des médicaments et du matériel essentiels, ces améliorations ont entraîné une augmentation des taux d'assistance qualifiée aux accouchements et une amélioration des pratiques de réanimation des nouveau-nés, qui sont directement liées à la réduction des taux de complications maternelles et néonatales. Cependant, l'impact global sur la mortalité maternelle reste insuffisant, ce qui souligne la nécessité d'améliorer encore la qualité des soins ou le comportement de recherche de soins maternels au sein des populations cibles.

De plus, la mise en place de systèmes de références fonctionnels et réactifs pour les urgences obstétricales a facilité un accès plus rapide aux interventions vitales, comme indiqué dans la citation au début de cette section. Les femmes présentant des complications telles que la dystocie, l'hémorragie ou les troubles hypertensifs sont plus souvent référées rapidement vers le CHUC, capable de fournir une CEmONC à Bangui, améliorant ainsi les résultats de survie des mères et des nouveau-nés. Néanmoins, l'augmentation constante de la mortalité maternelle suggère que des mesures supplémentaires sont nécessaires pour s'attaquer aux problèmes sous-jacents et garantir l'impact global de l'initiative de décentralisation sur la réduction de la mortalité maternelle à Bangui.

RÉSULTATS DU VIH

Des progrès ont également été observés dans la prestation de services de lutte contre le VIH, conformément aux objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA.

Diagnostic précoce du VIH : Il y a un changement notable dans le moment du diagnostic du VIH, avec une proportion croissante de personnes diagnostiquées aux premiers stades de l'infection plutôt qu'aux stades avancés de la maladie. Ce changement peut refléter l'efficacité du dépistage et du counseling à l'initiative des prestataires (PITC), du dépistage index et des stratégies de sensibilisation communautaire pour accroître la détection précoce, en particulier chez les femmes enceintes et les populations clés.

« Nous [le personnel des installations de MSF] constatons que la décentralisation a contribué à réduire la charge pesant sur l'hôpital de référence [CHUC], car le nombre de patients présentant une maladie à VIH avancée et des complications a considérablement diminué. Le plus souvent, le traitement ambulatoire des infections opportunistes par le VIH est suffisant ». Extrait d'un entretien avec un informateur clé de MSF.

Amélioration de l'arrimage au traitement (deuxième 95) : La décentralisation des services de lutte contre le VIH a contribué à renforcer la continuité des soins. Une plus grande proportion de personnes diagnostiquées séropositives sont maintenant orientées vers le TAR au niveau des soins primaires. L'initiation et le suivi décentralisés du TAR réduisent les obstacles tels que les déplacements et le temps d'attente associés aux soins centralisés dans les centres de santé gérés par MSF, notamment le centre de santé Castors.

« Ce qui m'encourage à venir ici, c'est la proximité du centre de santé, les mobilisations communautaires, le personnel de santé qui est très accueillant, et nous avons des soins et du soutien gratuits pour le VIH. »

La rétention limitée dans les soins, en particulier chez les hommes et les jeunes patients, reste un défi important pour obtenir de meilleurs résultats de santé chez ces sous-groupes de patients atteints du VIH.

L'amélioration du soutien à l'adhérence, des mécanismes de suivi et de la surveillance de la charge virale pourrait avoir contribué à ce qu'un nombre croissant de clients sous TAR atteignent la suppression virale. Il s'agit d'un résultat essentiel pour réduire à la fois la morbidité liée au VIH et le risque de transmission ultérieure. Cependant, la couverture globale du test de la charge virale reste inférieure à 50 %, ce qui souligne le besoin urgent d'élargir l'accès au suivi de la charge virale pour réaliser pleinement les avantages du traitement et l'impact de l'initiative de décentralisation sur les résultats des patients atteints du VIH.

Ces résultats suggèrent que les efforts de décentralisation et d'intégration ont amélioré l'accès immédiat aux soins et renforcé la capacité du système de santé à fournir des réponses rapides, efficaces et durables aux défis liés au VIH. Bien que les données sur l'impact à long terme soient encore en évolution, les tendances actuelles indiquent une trajectoire positive de réduction de la morbidité et de la mortalité dans les zones ciblées.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS ET DURABILITÉ

Ce critère examine si le modèle de soutien décentralisé mis en œuvre par MSF pour les services de SSR et de VIH a permis de développer des capacités et des structures suffisantes pour permettre la réplique et la durabilité à long terme. Plus précisément, il évalue si le Ministère de la Santé peut adopter et étendre l'approche, indépendamment ou en partenariat avec d'autres acteurs. L'accent est mis sur l'évaluation de la transférabilité des outils, des systèmes et des pratiques introduits par MSF et sur la mesure dans laquelle les autorités sanitaires locales sont préparées et équipées pour soutenir la prestation de services au-delà de l'implication de MSF.

L'initiative de décentralisation a été mise en œuvre dans les établissements de santé publics, en tirant parti de l'infrastructure, du personnel et des systèmes disponibles. Cette intégration dans la plateforme nationale de prestation de services de santé renforce le potentiel de pérennité car elle s'appuie sur les actifs institutionnels déjà intégrés dans le système de santé de Bangui. Par exemple, l'achat et la fourniture de médicaments et de produits médicaux liés à la santé sexuelle et reproductive et au VIH ont suivi les protocoles nationaux. Ils ont été acheminés par l'intermédiaire des systèmes du ministère de la Santé, ce qui a contribué à un niveau élevé de compatibilité et de viabilité à long terme.

Les répondants ont souligné que plusieurs composantes de l'initiative font face à d'importants défis en matière de durabilité, allant des capacités de prestation de services au soutien opérationnel. Notamment, les activités de sensibilisation communautaires, essentielles pour améliorer l'utilisation des services, ont été mises en œuvre par un réseau dédié d'agents de santé communautaires (ASC) directement recrutés et soutenus par MSF. Ces agents de santé communautaires ne sont pas intégrés dans le personnel de santé formel du district, ce qui suscite des inquiétudes parmi les personnes interrogées quant à la continuité des services de proximité après le retrait de MSF. En l'absence de mécanismes formels de reconnaissance, de financement ou de supervision au sein du système national, les personnes interrogées ont indiqué que ce modèle pourrait ne pas être durable à moins d'être intégré de manière proactive dans le cadre national des ASC. Comme l'a dit un informateur clé

« Au niveau communautaire, nous [le district] ne connaissons pas les activités qu'ils mènent, ce n'est pas normal. Nous [le district] devons vraiment être impliqués dans cela. Mais pour l'instant, nous [MSF et le ministère de la Santé] ne nous sommes pas mis d'accord sur les activités à mener au niveau communautaire. » [Participant du ministère de la Santé]

Les répondants ont également souligné le réseau d'agents de soutien psychosocial chargés de suivre activement les traitements interrompus et les clients perdus de vue qui opèrent en dehors de la structure du ministère de la Santé. Bien que ces agents aient joué un rôle crucial dans l'amélioration de l'adhérence et de la rétention dans les soins du VIH par le biais d'appels téléphoniques, de suivis et de soutien psychosocial, les personnes interrogées ont exprimé des inquiétudes quant à la poursuite de leurs activités sans le soutien financier et technique de MSF. L'absence de voies institutionnelles pour intégrer ces agents dans la main-d'œuvre du secteur public limite la durabilité de ce composant, malgré sa valeur démontrée dans l'amélioration de la continuité et des résultats du traitement.

« Nous [les agents de soutien psychosocial de l'APS] avons travaillé avec le peu de moyens que MSF nous fournit chaque mois. MSF nous donne 20 000 francs par mois et de là, nous devons payer le transport pour aller travailler, nous nourrir et parfois en utiliser une partie pour payer du temps d'appel pour appeler les clients absents. Nous n'avons pas de CDI avec le gouvernement, et depuis plus de trois mois, nous n'avons reçu aucun paiement du gouvernement. »

Certains répondants ont noté que l'initiative renforçait considérablement la coordination entre les établissements de soins primaires et les hôpitaux de référence, en particulier pour les urgences obstétricales et les cas avancés de VIH/sida. Cependant, ils ont exprimé des inquiétudes quant au fait que ce système reste fortement dépendant de la logistique soutenue par MSF, comme le transport et la communication. Les répondants ont indiqué que le système de références pourrait ne pas fonctionner au même niveau d'efficacité une fois que MSF se sera retirée sans un financement soutenu, une formation et un soutien opérationnel de la part du gouvernement ou des mécanismes des bailleurs.

« Le gouvernement finance les soins de santé, par exemple, le gouvernement paie les salaires des prestataires de soins de santé. Cependant, sans l'appui de ses partenaires, le gouvernement n'a pas toutes les possibilités ni la capacité de prendre en charge les soins de santé. Nous sortons de crise. Le gouvernement continue donc de s'efforcer de se stabiliser. Par conséquent, il y a encore des lacunes en termes de financement. » [Répondant du ministère de la Santé]

« En ce qui concerne la continuité des soins, je pense que le gouvernement fera de son mieux. Par exemple, si MSF décide qu'elle n'a plus la capacité de continuer à fournir des services de référence, l'État devra chercher d'autres partenaires pour continuer à soutenir ce service de maternité. » [Répondant du ministère de la Santé]

En outre, ils ont signalé que les services de diagnostic sont également confrontés à des perspectives mitigées en matière de durabilité. Ils ont souligné qu'il était très précieux de fournir des machines PIMA sur site pour les tests CD4. Néanmoins, ils ont fait valoir qu'il présente une faible probabilité de continuation en raison des coûts élevés des cartouches, de la maintenance des machines et de la capacité technique requise pour gérer la plate-forme.

"... nous [le ministère de la Santé] sommes reconnaissants envers MSF de nous avoir fourni la plateforme GeneXpert, mais nous avons toujours besoin de MSF pour soutenir le transport des échantillons, former le personnel à l'utilisation des machines et fournir des cartouches. » [Informateur clé du ministère de la Santé]

D'autre part, certains répondants ont ajouté que le système de références pour le transport des échantillons à l'Institut Pasteur de Bangui pour la charge virale et les tests de confirmation présente un potentiel de durabilité modéré. Ils ont précisé que le ministère de la Santé tirera parti de l'infrastructure existante et des fonds disponibles du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), qui dispose d'un budget pour soutenir les systèmes de transport d'échantillons.

« Normalement, chaque district de Bangui était censé disposer d'un micro-plan de transport des échantillons [charge virale] financé par le Fonds mondial. Malheureusement, ce plan fait encore l'objet de nombreuses discussions car, comme nous sommes sous zéro cash, les districts ne savent pas comment obtenir les fonds pour déclencher et mettre en œuvre ce plan. Cela impliquera la contribution financière du gouvernement, ce que le cadre zéro cash n'indique pas. Jusqu'à présent, MSF a soutenu ce cycle, mais si MSF doit se retirer, nous devons reconsidérer cette option. Ce qui est sûr, c'est qu'il y aura des occasions manquées, parce qu'avec ce système, c'est un jour par

semaine, et ça veut dire que si d'autres patients arrivent un autre jour, ils ne se feront pas tester. Cependant, nous pouvons essayer de mettre à disposition un congélateur dans les laboratoires, par exemple, pour collecter et stocker des échantillons afin d'éviter ces occasions manquées.»
[Répondant du ministère de la Santé]

ANALYSE DES PRINCIPALES CONSTATATIONS POUR CHAQUE CRITÈRE D'ÉVALUATION

Les résultats de l'évaluation mettent en évidence des défis multiples et croisés affectant la prestation, l'adoption et la durabilité des services de SSR et de VIH dans les systèmes de soins de santé fragiles, tels que celui de Bangui, en RCA. La prédominance féminine dans notre enquête de sortie reflète une dynamique sexospécifique plus large de l'engagement dans les soins de santé couramment observée en Afrique subsaharienne, y compris en RCA, où les normes socioculturelles, la stigmatisation et les normes dominantes de masculinité inhibent l'engagement des hommes dans les services de SSR et de VIH (Peacock et al., 2009 ; Skovdal et al., 2011). Des tendances similaires ont été documentées en Ouganda, au Malawi et au Kenya, où le désengagement des hommes persiste malgré les efforts ciblés visant à renforcer leur participation (Doyle et coll., 2014). Cette sous-représentation non seulement compromet les résultats individuels en matière de santé, mais limite également l'impact collectif des programmes visant à améliorer la planification familiale, la santé maternelle et l'adoption des services de lutte contre le VIH et les résultats de santé connexes.

L'accessibilité financière est également apparue comme une question complexe et stratifiée. Bien que la plupart des répondants aient déclaré que les coûts des soins de santé étaient abordables, ce constat doit être interprété avec prudence. Les enquêtes menées dans les établissements excluent intrinsèquement les personnes qui n'ont pas accès aux services en premier lieu, ce qui introduit un biais de sélection qui obscurcit les expériences des plus vulnérables sur le plan économique. Des études menées au Tchad et en RDC ont également montré que les coûts indirects, tels que le transport, la perte de revenus, la garde d'enfants et le coût des visites répétées, restent des facteurs dissuasifs importants pour la SSR et les soins du VIH, même lorsque les frais directs sont officiellement supprimés (Grepin et al., 2019 ; Kruk et al., 2010). En RCA, y compris à Bangui, où la majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (Banque mondiale, 2023), ces obstacles entraînent probablement des retards dans la recherche de soins, des interruptions de traitement et un accès fragmenté aux services de soins chroniques, en particulier pour le VIH et la santé maternelle. De plus, l'évaluation a révélé la présence de coûts injustifiés ou informels au sein des établissements de santé, tels que les frais pour les tests de confirmation de grossesse, les carnets de suivi patients et certains médicaments, qui contredisent le principe de la gratuité des soins pour les services essentiels. Non seulement ces frais cachés érodent la confiance dans le système de santé, mais ils affectent également de manière disproportionnée les usagers les plus pauvres, qui peuvent renoncer complètement aux soins ou recourir à des alternatives néfastes. Pour atteindre véritablement l'objectif de la fourniture gratuite de services essentiels de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH, il

est essentiel de s'attaquer aux obstacles financiers formels et informels. Il s'agit notamment d'identifier et éliminer les frais injustifiés, d'étendre les mécanismes de protection financière tels que les bons de transport ou l'assurance maladie communautaire, et de renforcer la sensibilisation communautaire pour réduire le besoin de déplacements coûteux. L'intégration de la surveillance des coûts dans la supervision de routine et la participation des communautés à la conception des services et aux retours d'information sont également essentielles pour s'assurer que le caractère abordable des services est défini non seulement par les prestataires, mais aussi par les personnes les plus touchées. Si l'on ne s'attaque pas à ces fardeaux financiers systémiques et souvent cachés, la promesse de services gratuits de SSR et de VIH restera incomplète et inéquitable, en particulier pour les plus marginalisés.

La répartition géographique des services a révélé d'autres inégalités qui remettent en question l'objectif fondamental de la décentralisation : rapprocher les soins de santé de qualité des populations mal desservies. Bien que l'initiative ait élargi l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH à Bangui, elle opère principalement par le biais des centres de santé publique existants situés dans les quartiers centraux de la capitale. En tant que tel, l'effort de décentralisation a, en fait, renforcé la structure urbaine de la fourniture de services. Les zones périphériques et périurbaines, comme Bimbo, où les besoins en matière de santé restent élevés, continuent de bénéficier d'un accès limité à des soins cohérents et de qualité. Ce choix de conception, bien que peut-être pragmatique dans l'exploitation des infrastructures existantes, imite involontairement les disparités géographiques de longue date dans le système de santé de Bangui, où les ressources humaines, la logistique et les investissements en santé sont concentrés dans les centres administratifs.

Cette tendance n'est pas propre à la RCA ou à l'initiative de décentralisation. Dans toute l'Afrique subsaharienne, les réformes de décentralisation ont souvent été mises en œuvre par le biais d'établissements de santé urbains mieux équipés, ce qui a entraîné une couverture inégale et exacerbé les disparités en matière de santé entre les zones rurales et urbaines (Bossert et Mitchell, 2011 ; Abimbola et al., 2019). Dans les contextes fragiles, ces disparités sont encore aggravées par des défis structurels, notamment la médiocrité des réseaux routiers, l'insécurité et l'absence de systèmes de références efficaces. À Bangui, ces contraintes limitent la mobilité des patients et des prestataires, ce qui rend difficile pour les populations des zones périphériques de bénéficier de services centralisés, quelle que soit leur qualité technique. La géographie opérationnelle actuelle de l'initiative de décentralisation risque donc de perpétuer un système dual, dans lequel les districts sanitaires centraux de Bangui bénéficient d'une meilleure disponibilité des services, tandis que les zones périphériques restent en marge des efforts de décentralisation.

L'évaluation a également révélé une tendance significative des patients à contourner les centres de santé les plus proches au profit des structures soutenues par MSF. Ce phénomène, communément appelé comportement de contournement, a été largement documenté dans les systèmes de santé fragiles et aux ressources limitées, où les patients sont prêts à voyager plus loin pour accéder à des soins perçus comme étant de meilleure qualité, plus respectueux ou plus fiables (Kruk et coll., 2009 ; Leonard et coll., 2002). Dans le contexte de cette initiative de décentralisation, un tel comportement indique un déficit de confiance persistant dans le système de santé publique dans son ensemble. Malgré les efforts de décentralisation de la prestation de services en étendant les services aux centres de santé locaux, la préférence persistante pour les sites soutenus par MSF, souvent concentrés dans les zones centrales,

suggère que les patients privilégient la qualité et la disponibilité des services plutôt que la proximité géographique. Cela sape un objectif fondamental de la décentralisation, qui est d'accroître l'accès équitable en rapprochant les services essentiels des communautés.

De plus, le comportement de contournement contribue à des inefficiences systémiques. Il en résulte une surpopulation et une augmentation de la charge de travail dans certains établissements performants, tandis que les centres avoisinants restent sous-utilisés et manquent de ressources. Ce déséquilibre peut fausser la planification ; mettre à rude épreuve des ressources humaines déjà limitées et élargir le sentiment d'inégalité entre les différentes zones ou populations. Dans des contextes fragiles comme la RCA, où le système de santé fonctionne déjà avec une résilience limitée, de telles disparités risquent de renforcer un système à deux vitesses : les établissements bien soutenus offrent des soins relativement complets, tandis que les établissements du secteur public peinent à fournir les services les plus élémentaires.

Cette tendance illustre également **les limites des modèles verticaux de prestation de services fondés sur des projets, qui ont tendance à améliorer les résultats dans des établissements isolés sans s'attaquer aux faiblesses structurelles de l'ensemble du système.** Si les interventions ciblées d'ONG comme MSF peuvent apporter un soutien essentiel à court terme, elles peuvent par inadvertance éloigner les patients du secteur public formel si des systèmes parallèles sont créés sans transfert de capacité. En revanche, une approche plus large de renforcement des systèmes de santé, axée sur l'amélioration de la qualité, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, le développement de la main-d'œuvre et la gouvernance à tous les niveaux de soins, pourrait atténuer ces disparités en renforçant la confiance dans le système de santé publique dans son ensemble. Par exemple, des études menées au Rwanda et en Éthiopie ont montré que les efforts intégrés d'amélioration de la qualité à l'échelle du système, lorsqu'ils sont soutenus par un leadership national et un financement adéquat, conduisent à une prestation de services plus cohérente et à une réduction des disparités dans le comportement de recherche de soins (Binagwaho et coll., 2014 ; O'Connell et coll., 2019).

En alignant les efforts de décentralisation sur les cadres nationaux de planification de la santé et en donnant la priorité à des normes de qualité uniformes dans tous les établissements, indépendamment de tout soutien extérieur, les systèmes de santé peuvent réduire l'incitation au contournement. Cela permettrait non seulement d'appuyer une utilisation plus rationnelle des ressources sanitaires, mais aussi de renforcer la légitimité et la capacité du système national de santé à fournir des soins équitables et fiables. Dans les états fragiles comme la RCA, où des décennies de conflit ont affaibli la confiance institutionnelle, il peut être essentiel d'investir dans la qualité à l'échelle du système, plutôt que dans des poches d'excellence, pour rétablir la confiance dans les services de santé locaux et réaliser pleinement la promesse de la décentralisation.

L'évaluation a révélé un contraste frappant dans la cascade des soins du VIH dans le cadre de l'initiative de décentralisation : alors que les taux de suppression virale parmi les personnes testées étaient élevés, ce qui indique une forte efficacité du traitement, la couverture globale du dépistage de la charge virale est restée limitée. Cet écart reflète les obstacles systémiques persistants courants dans les systèmes de santé fragiles, notamment les capacités de diagnostic limitées, les services de laboratoire centralisés et les ruptures fréquentes de fournitures de test. En RCA, ces défis limitent la surveillance régulière de la charge

virale, empêchant l'identification précoce de l'échec du traitement et limitant à la fois la prise en charge clinique et la surveillance programmatique. En parallèle, l'évaluation a révélé des écarts persistants dans la rétention, en particulier chez les hommes et les adolescents, qui présentaient des taux plus élevés de rendez-vous manqués, d'interruptions de traitement et de perte de suivi. Ces résultats font écho aux données régionales du Malawi, du Mozambique et de la Zambie, où la stigmatisation, les normes de genre et la mobilité réduisent l'engagement dans les soins du VIH parmi ces groupes. Dans le contexte de la RCA, l'absence de services adaptés aux adolescents et aux hommes, associée à un soutien psychosocial limité et à des structures cliniques rigides, semble entraver la rétention à long terme malgré l'amélioration de l'accès physique grâce à la décentralisation. Cela souligne la nécessité d'un modèle de soins plus différencié et inclusif, soutenu par des investissements plus larges dans le système de santé s'agissant des diagnostics, de la sensibilisation communautaire et de la prestation de services adaptés, afin de s'assurer que les gains de la décentralisation atteignent tous les segments de la population.

Les tendances de la mortalité maternelle et néonatale présentent un tableau profondément complexe et préoccupant. Malgré la présence de mesures de préparation aux situations d'urgence, telles que le triage 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les parcours de références établie et des stocks adéquats de fournitures obstétriques, la plupart des décès maternels continuent de se produire dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital et la plupart des décès néonataux surviennent avant l'arrivée des mères à l'hôpital de référence. Cette fenêtre critique met en évidence des défaillances systémiques non pas dans l'infrastructure en soi, mais dans l'*application* des directives cliniques et la *qualité* des soins. La persistance de taux de mortalité élevés en présence de systèmes apparemment robustes suggère que le problème réside dans la *rapidité*, l'*adéquation* et l'*efficacité* des interventions cliniques.

Cette tendance reflète les résultats obtenus dans des contextes d'après-crise et de ressources limitées comme la Sierra Leone et le Soudan, où les résultats en matière de santé maternelle sont restés médiocres malgré des investissements substantiels dans les infrastructures de santé. Ces cas illustrent le modèle des « trois délais » proposé par Thaddeus et Maine (1994) : les retards dans la recherche de soins, l'obtention de soins et l'obtention de soins adéquats. Dans ce contexte, le troisième retard, soit l'obtention de soins appropriés et en temps opportun dans l'établissement, semble être le plus persistant et le plus meurtrier. Pour combler ces lacunes systémiques, une approche à plusieurs volets est essentielle. Tout d'abord, il est essentiel de renforcer la prise de décision clinique. Cela peut être réalisé grâce à une formation régulière, basée sur la simulation, pour les urgences obstétricales, qui améliore la capacité des équipes cliniques à réagir rapidement et de manière appropriée sous pression. Deuxièmement, l'amélioration de la rapidité des soins nécessite la mise en œuvre de systèmes de surveillance en temps réel, tels que les scores d'alerte précoce maternelle, pour signaler les patients à haut risque immédiatement après leur admission. Ces outils permettent d'accélérer le triage et la hiérarchisation des cas critiques.

Troisièmement, il est essentiel d'améliorer les mécanismes d'assurance qualité. La mise en place de comités de surveillance et d'intervention en matière de mortalité maternelle qui examinent chaque décès maternel dans les 72 heures peut aider à identifier les causes profondes et à favoriser une culture de responsabilisation et d'amélioration continue. Quatrièmement, investir dans les ressources humaines, en particulier en augmentant la disponibilité d'accoucheuses et d'obstétriciens qualifiés pendant les heures de pointe et les quarts de nuit, permet de s'assurer que l'expertise est accessible au moment où les besoins sont les plus grands, en particulier pendant les premières 24 heures à haut risque.

Cinquièmement, la promotion d'une culture de soins en équipe grâce à des protocoles de communication structurés, tels que SBAR (Situation, Contexte, Évaluation, Recommandation), peut améliorer la coordination et réduire les erreurs dues à une mauvaise communication. Enfin, l'utilisation d'outils de santé numériques pour suivre les résultats maternels et identifier les tendances en matière de retards ou d'événements indésirables permet d'obtenir des informations fondées sur des données qui peuvent éclairer les interventions ciblées et les ajustements de politiques.

En outre, bien que l'initiative de décentralisation ait apporté des améliorations essentielles à l'accès aux soins et à la réponse aux situations d'urgence, son impact à long terme sur la mortalité maternelle et néonatale reste incertain – et potentiellement limité – si les tendances actuelles ne sont pas prises en compte. L'initiative a sans aucun doute renforcé la capacité opérationnelle des établissements de santé périphériques. Des programmes de formation, des kits obstétricaux d'urgence et des systèmes de références fonctionnels ont amélioré la préparation des prestataires de première ligne et augmenté le nombre de femmes accouchant dans des établissements dotés d'accoucheuses qualifiées. Il s'agit de réalisations fondamentales. Cependant, l'augmentation persistante de la mortalité maternelle, malgré ces progrès, signale un décalage troublant entre l'accès aux soins et la qualité des soins. Si cette tendance n'est pas inversée, l'initiative de décentralisation risque de devenir une intervention bien intentionnée mais finalement insuffisante. Le fait que des décès maternels se produisent dans les 24 heures suivant l'admission suggère que des problèmes systémiques tels que la prise de décision clinique tardive, l'intervention d'urgence inadéquate et l'observation incohérente des protocoles cliniques ne sont toujours pas résolus. Si ces lacunes ne sont pas comblées, l'initiative peut renforcer par inadvertance un faux sentiment de progrès. L'amélioration des infrastructures et de l'accès peut masquer des déficits de qualité plus profonds, conduisant à un plateau, voire à une régression, des résultats en matière de santé maternelle. Dans un tel scénario, le modèle de décentralisation pourrait ne pas tenir sa promesse fondamentale : réduire les décès maternels et néonataux évitables.

Enfin, la pérennité de l'initiative de décentralisation reste précaire. Bien que l'investissement de MSF ait renforcé les infrastructures publiques et la prestation de services dans des zones ciblées, les composantes essentielles, telles que la sensibilisation communautaire, la prise en charge psychosociale et la logistique du système de références, restent fortement dépendantes du soutien extérieur. Des vulnérabilités similaires ont été identifiées au Tchad et en Afghanistan, où des programmes verticaux n'ont pas réussi leur transition vers une appropriation par le gouvernement, ce qui a entraîné une contraction des services après le retrait des donateurs (Pavignani et Colombo, 2009 ; OMS, 2017). En RCA, où la gouvernance de la santé et les mécanismes de financement public sont faibles, l'absence de planification structurée de la transition risque d'anéantir les progrès actuels.

Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation reflètent une double réalité : des améliorations significatives de la disponibilité et de la qualité des services ont été réalisées dans les centres de santé soutenus par l'initiative de décentralisation, mais des faiblesses systémiques persistantes menacent l'impact global et la durabilité de l'initiative de décentralisation. Ces résultats font écho à des données plus larges provenant de contextes fragiles et post-conflit, suggérant que les efforts des donateurs extérieurs ne suffisent pas à eux seuls à mettre en place des systèmes de santé équitables, accessibles et résilients. Au lieu de cela, ces efforts doivent s'inscrire dans une stratégie globale de renforcement des systèmes de santé – qui comprend le développement de la main-d'œuvre, les réformes de la gouvernance, l'intégration du

financement et la responsabilité institutionnelle – afin d'assurer des améliorations durables des résultats en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH.

PRINCIPAUX POINTS À RETENIR ET RECOMMANDATIONS

→ **Recommandation 1 : Renforcer la réactivité géographique et programmatique de l'initiative de décentralisation afin d'en améliorer la pertinence**

CONTEXTE

Malgré les réalisations de l'initiative, l'évaluation a identifié d'importantes lacunes dans sa pertinence par rapport aux besoins des populations mal desservies à Bangui. L'intervention reste trop concentrée dans le centre-ville, avec une portée limitée dans les zones périphériques telles que Bimbo, où les besoins en matière de santé reproductive et liée au VIH sont également aigus. En outre, l'initiative ne dispose actuellement pas de stratégies spécifiques pour certains groupes à haut risque et mal desservis, notamment les femmes enceintes séropositives et leurs nourrissons exposés, les adolescents et les personnes VIH+ confrontées à la stigmatisation au sein des services de santé.

MESURES PROPOSÉES

1. Étendre la portée géographique aux zones mal desservies

- Effectuer une **évaluation rapide des besoins** dans les zones périphériques afin de cartographier les lacunes en matière de services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de lutte contre le VIH.
- Piloter des **services satellitaires ou des unités mobiles** dans les zones où les soins maternels et VIH essentiels sont insuffisants.
- Utiliser des **données géospatiales** et des indicateurs de préparation des établissements pour prioriser l'expansion en fonction de l'équité et des besoins.
- Travailler en partenariat avec **les équipes de santé de district et le Ministère de la Santé** pour planifier conjointement des ensembles de services localisés alignés sur les priorités du district.

2. Renforcer le continuum de soins pour les mères séropositives et les nourrissons exposés

- Étendre les protocoles de suivi MSF pour **les nourrissons exposés au VIH** jusqu'à au moins 18 mois, y compris le dépistage systématique EID (Early Infant Diagnosis) et l'initiation précoce du TAR si nécessaire.
- Améliorer **l'intégration des services de lutte contre le VIH** dans les plateformes de soins prénatals, d'accouchement et postnatals.
- Mettre en place **des systèmes de gestion de cas** pour suivre et retenir les couples mère-enfant dans les soins.
- Renforcer les capacités des prestataires en matière **de soins intégrés du VIH chez la mère et l'enfant**, y compris le counseling pour l'adhérence, l'orientation sur l'alimentation du nourrisson et le soutien psychosocial.

3. Développer des services de SSR et de VIH adaptés aux jeunes

- Mettre en place des **espaces dédiés aux jeunes ou des heures de service pour les adolescents** dans les centres de santé soutenus.
- Former les prestataires à des **soins sans jugement et adaptés aux adolescents**, y compris les questions de confidentialité et de consentement.
- Impliquer les adolescents dans la **co-conception des services** en utilisant des approches participatives pour assurer la réactivité et l'acceptabilité.
- Améliorer la **sensibilisation et l'éducation par les pairs** par l'intermédiaire des écoles, d'initiatives communautaires et de campagnes dans les médias sociaux.

4. Lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé

- Organiser **régulièrement des formations sur la réduction de la stigmatisation** pour tout le personnel de santé, en mettant l'accent sur la confidentialité, l'éthique et les soins respectueux.
- Mettre en place des **mécanismes de retours d'information des clients** (p. ex., boîtes à suggestions, sondages de satisfaction) pour surveiller les expériences de discrimination.
- Promouvoir et faire respecter **les chartes des droits des patients** dans les points de prestation de services.
- Soutenir la présence de **pairs navigateurs et de groupes de soutien** pour réduire l'isolement et améliorer le bien-être psychosocial des clients VIH+.

5. Élargir l'accès à la planification familiale intégrale, en particulier pour les adolescents

- Garantir **un accès confidentiel** à une gamme complète d'options contraceptives, y compris les méthodes à action prolongée et les méthodes d'urgence.
- Former les prestataires aux protocoles **de counseling et de consentement adaptés aux jeunes** pour la planification familiale.
- Plaider pour l'intégration de l'**éducation à la planification familiale** dans les écoles et les activités communautaires, ciblant à la fois les adolescents et leurs soignants.
- Mettre en œuvre le **modèle du champion communautaire** pour remettre en question les normes de genre et les obstacles culturels à l'utilisation de contraceptifs par les adolescents.

→ **Recommandation 2 : Renforcer les systèmes de rétention et de suivi pour améliorer l'efficacité des soins du VIH dans les centres de santé soutenus**

CONTEXTE

Les résultats de l'évaluation indiquent des écarts importants dans la rétention dans les soins, en particulier chez les hommes et les adolescents atteints du VIH. De plus, malgré des taux élevés de suppression virale chez les personnes testées, la couverture des tests de charge virale reste sous-optimale.

MESURES PROPOSÉES

1. Établir des procédures opérationnelles standard pour le suivi des patients

- Élaborer et institutionnaliser des **SOP adaptées au contexte** dans tous les établissements de santé soutenus par l'initiative de décentralisation pour le suivi des patients perdus de vue (LTFU).
- S'assurer que les SOP sont alignées sur les directives des programmes nationaux de lutte contre le VIH et **intégrées dans les flux de travail quotidiens**.
- Former le personnel clinique et de santé communautaire à ces SOP, en mettant l'accent sur l'identification, la documentation et le suivi actif en temps opportun des rendez-vous manqués.

2. Renforcer les stratégies de rétention pour les hommes et les adolescents

- Mettre en place des **modèles de prestation de services adaptés aux hommes et aux adolescents**, y compris des heures prolongées, des services accélérés et des services de counseling destinés aux jeunes.
- Mobiliser ou renforcer la capacité des pairs **éducateurs et des navigateurs communautaires** à fournir un soutien psychosocial, des connaissances en matière de santé et des rappels de rendez-vous.
- Sensibiliser les prestataires de soins de santé à réduire les préjugés et à créer un environnement inclusif et sans jugement pour améliorer l'adoption et la rétention dans les services.

3. Élargir la couverture et la qualité des tests de charge virale

- Renforcer les systèmes logistiques et de laboratoire pour assurer une **disponibilité constante des tests de charge virale** dans les sites décentralisés.
- Élaborer **des protocoles basés sur les données** pour prioriser les patients devant faire l'objet d'une surveillance de la charge virale et ceux dont on soupçonne l'échec du traitement.
- Utiliser les données sur la suppression pour renforcer le counseling sur l'adhérence et s'attaquer à la **faible couverture du dépistage (<50 %)** pour s'assurer que le taux de suppression reflète les résultats à l'échelle de la population.

4. Améliorer les systèmes de données pour la surveillance des programmes

- Améliorer **l'interopérabilité entre les systèmes de surveillance de MSF et les plateformes nationales (par exemple, DHIS2)** pour faciliter le partage de données et la prise de décision en temps réel.
- Effectuer des examens réguliers des données, ventilées par âge et par sexe, afin de **cerner les tendances en matière de LTFU, les lacunes dans le traitement et les occasions manquées de dépistage**.
- Intégrer des **cycles d'amélioration de la qualité** au niveau des établissements, en utilisant les données pour éclairer les stratégies adaptatives.
- Élargir les cascades de collecte de données pour inclure des indicateurs primaires concernant les personnes admissibles aux services de lutte contre le VIH (p. ex. admissibilité au dépistage de cas index, au diagnostic précoce du nourrisson, au PITC)

→ **Recommandation 3 : Améliorer la qualité et la rapidité des soins obstétricaux d'urgence afin de réduire les décès maternels et néonataux précoces**

CONTEXTE

Malgré la présence de systèmes de triage 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, de systèmes de références fonctionnels et de la disponibilité de produits obstétricaux essentiels dans les structures soutenues par MSF, les résultats de l'évaluation montrent que la **majorité des décès maternels surviennent encore dans les 24 heures suivant l'admission et que la majorité des décès fœtaux sont ceux qui se présentent avec une fréquence cardiaque fœtale déjà absente à l'hôpital de référence**. Cela indique des défis persistants liés à la **rapidité, à la coordination et à la qualité clinique des interventions d'urgence** une fois que les femmes arrivent dans les centres de santé.

MESURES PROPOSÉES

1. Renforcer la prise de décision clinique et la préparation aux situations d'urgence

- Effectuer régulièrement **des exercices cliniques et des simulations d'urgence** (p. ex., pour l'hémorragie post-partum, l'éclampsie, la septicémie) afin d'améliorer la capacité d'intervention rapide.
- Intégrer **l'apprentissage basé sur des cas et le coaching au chevet du patient** dans les routines cliniques quotidiennes afin de renforcer la prise de décision clinique précise et opportune.

2. Mettre en place des mécanismes d'examen des cas en temps réel

- Mettre en place **des systèmes d'examen des accidents évités de justesse et des décès précoces** (décès dans les 24 heures) afin de cerner les défaillances cliniques et systémiques évitables.
- Utiliser les résultats des examens pour améliorer les protocoles, déterminer les besoins en formation et éclairer le développement professionnel continu.

3. Améliorer la coordination des équipes multidisciplinaires en cas d'urgence

- Renforcer les protocoles d'intervention d'urgence qui définissent **clairement les rôles de l'équipe, les procédures d'escalade et les lignes de communication** en cas d'urgence obstétricale.
- Surveiller la mise en œuvre réelle des protocoles de triage pour assurer la gestion rapide des cas critiques.

4. Déployer des interventions ciblées d'amélioration de la qualité

- Utiliser les données sur la prestation de services pour identifier **les goulets d'étranglement récurrents au cours des deux premières heures de soins** et appliquer des cycles structurés d'amélioration de la qualité (p. ex., Planifier-Faire-Étudier-Agir).
- Intégrer des mécanismes de retour d'information communautaires pour remédier aux incohérences potentielles entre l'état de préparation perçu et réel au niveau de l'établissement.

5. Assurer la coordination avec le ministère de la Santé

- Collaborer étroitement avec le **Ministère de la Santé et les équipes de santé de district** pour harmoniser les normes de soins obstétriques d'urgence et les protocoles de formation.
- Soutenir l'**institutionnalisation des examens des décès maternels et des pratiques d'amélioration de la qualité** au sein des systèmes nationaux pour la durabilité et l'expansion.

→ **Recommandation 4 : Institutionnaliser les éléments clés de l'initiative de décentralisation afin d'en assurer la durabilité et de permettre la répliquabilité**

CONTEXTE

L'initiative de décentralisation a permis de tirer parti de l'infrastructure, du personnel et des systèmes de santé publique existants, renforçant ainsi son potentiel d'impact à long terme. Cependant, plusieurs éléments essentiels, tels que la sensibilisation communautaire, les services d'accouchement gratuits, le soutien psychosocial, le transport d'échantillons et la logistique de références, restent fortement dépendants du soutien de MSF. En l'absence d'une intégration formelle dans les structures nationales, les mécanismes de financement et les cadres de surveillance, ces composantes risquent d'être interrompues une fois que le soutien extérieur sera retiré.

MESURES PROPOSÉES

1. Intégrer les composantes essentielles dans les structures du Ministère de la Santé

- Travailler en étroite coordination avec le **Ministère de la Santé** pour identifier les composantes soutenues par MSF qui sont essentielles à la continuité des soins (par exemple, le transport d'échantillons, les services psychosociaux).
- Soutenir l'élaboration ou la mise à jour de **protocoles nationaux et de directives opérationnelles** afin de refléter et d'institutionnaliser ces composantes.
- Collaborer avec les gestionnaires au niveau du district pour assurer l'inclusion des services décentralisés dans **les cycles de planification et de budgétisation de routine**.

2. Transfert progressif de l'appropriation et renforcement des capacités

- Élaborer un **plan de transition** pour chaque composante, avec des échéanciers et des rôles clairs pour un transfert progressif aux structures du ministère de la Santé.
- Fournir un **renforcement ciblé** des capacités du personnel et des gestionnaires locaux afin de maintenir une prestation de services de qualité après le retrait de MSF.
- Renforcer la gestion de la chaîne d'approvisionnement et la coordination des références au niveau des établissements et des districts afin d'assurer la continuité de la logistique essentielle.

3. Mobiliser et aligner les financements nationaux et ceux des donateurs

- Plaider auprès des parties prenantes gouvernementales et des partenaires de financement de la santé pour obtenir **des ressources affectées** au maintien et à l'intensification des principales activités de décentralisation.
- Intégrer les priorités de décentralisation dans les **documents de stratégie nationale de santé et les cadres d'investissement**, y compris les propositions au Fonds mondial ou GAVI, le cas échéant.

- Appuyer le costing et la modélisation financière d'éléments spécifiques (p. ex., sensibilisation communautaire, transport d'échantillons) afin d'orienter la mobilisation des ressources nationales.

4. Documenter et diffuser le modèle de décentralisation pour qu'il puisse être reproduit

- Produire et partager des **packages de mise en œuvre détaillés** (y compris des outils, du matériel de formation, des cadres de suivi) pour soutenir la réplcation dans d'autres zones urbaines et périurbaines.
- Organiser des **échanges d'apprentissage entre les districts** pour faciliter l'apprentissage par les pairs et l'adaptation du modèle dans des contextes similaires.

LIMITES ET DÉFIS

Malgré les efforts déployés pour assurer une évaluation complète et solide, plusieurs limites et défis peuvent influencer sur l'interprétation des constatations et la manière dont celles-ci peuvent être généralisées :

MANQUE DE DONNÉES OPÉRATIONNELLES POUR L'ANALYSE COÛT-EFFICACITÉ

L'absence de données opérationnelles structurées, particulièrement en ce qui concerne les systèmes de transport d'échantillons, le délai d'exécution des tests de charge virale, le délai d'arrivée dans les établissements après les références et le délai avant l'instauration du traitement, a limité la capacité de l'équipe d'évaluation à effectuer une analyse coût-efficacité de ces éléments essentiels de l'initiative de décentralisation. Il est essentiel de comprendre l'efficacité économique et opérationnelle de ces caractéristiques pour éclairer la mise à l'échelle potentielle, guider l'allocation des ressources et soutenir la prise de décision à l'échelle nationale.

MANQUE DE DONNÉES OPÉRATIONNELLES POUR CALCULER L'EFFICACITÉ DE LA PTME ET DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure de calculer l'efficacité des services de PTME et de dépistage du VIH en raison de l'absence d'indicateurs clés dans la cascade de la PTME et du dépistage du VIH, notamment :

- Nombre de femmes enceintes reçues par établissement de santé à l'ANC 1
- Nombre de contacts de patients séropositifs admissibles au dépistage de cas index
- Nombre de personnes orientées par les prestataires vers un test de dépistage du VIH à l'initiative du prestataire
- Nombre de nourrissons exposés nés de mères séropositives
- Nombre de nourrissons exposés au VIH ayant reçu une prophylaxie
- Nombre de nourrissons exposés au VIH testés pour le VIH par PCR (Early Infant Diagnosis-EID).

Il est essentiel de comprendre l'efficacité de l'utilisation des services de PTME et des services de dépistage du VIH pour éclairer les progrès vers l'identification précoce du VIH et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui sont des aspects clés de la réduction des décès liés au VIH.

BIAIS POTENTIEL DANS LES RÉPONSES DES INTERVENANTS

Les résultats qualitatifs, en particulier ceux tirés des entrevues et des discussions de groupe, peuvent être sujets à la désirabilité sociale ou au biais de confirmation. Certains répondants, en particulier les prestataires de services et MSF, ont peut-être mis l'accent sur les réussites ou minimisé les défis opérationnels en raison de leur affiliation au programme ou de leurs attentes à l'égard de l'évaluation. De même, les bénéficiaires peuvent avoir ajusté leur retour d'information en fonction des attentes ou des préjugés perçus.

PORTÉE LIMITÉE ET POSSIBILITÉ DE GÉNÉRALISER LES ÉTUDES DE CAS

L'évaluation comprenait deux études de cas approfondies d'établissements de santé soutenus par MSF, notamment les centres de santé Boye Rabe et Bédé Combattant, afin de fournir des informations contextualisées sur la prestation de services de lutte contre le VIH et de santé reproductive dans le cadre de l'initiative de décentralisation. Bien que ces études de cas offrent des détails précieux sur le processus de mise en œuvre et l'expérience utilisateur, elles représentent des observations instantanées dans des contextes spécifiques. En tant que tels, ils peuvent ne pas refléter l'ensemble des pratiques, des défis ou des innovations présents dans toutes les installations soutenues par MSF à Bangui. Les variations dans les populations des zones ciblées, la capacité des installations, le leadership local et l'engagement du personnel peuvent influencer sur la reproductibilité des résultats ailleurs.

BIAIS D'AUTOSÉLECTION

Le biais d'autosélection présente une limite importante lorsqu'il s'agit d'évaluer la rétroaction des clients qui ont accédé aux services dans les deux sites étudiés, en particulier lors des entrevues de départ. Les clients qui ont participé sont probablement ceux qui ont été en mesure d'accéder aux services sans obstacles importants, tels que le transport, la mobilité, la langue ou les contraintes d'horaire, ce qui peut exclure les personnes qui ont fait face à de plus grands défis. Par conséquent, les données peuvent refléter de façon disproportionnée les expériences des clients pour qui l'accès était relativement simple, ce qui donne une impression exagérée de l'accessibilité globale des services à ces sites. De plus, les participants sont plus susceptibles d'être des personnes pour qui le coût des services était gérable, tandis que ceux qui ont eu de la difficulté à s'accommoder des services ou qui ont cessé d'utiliser les services en raison de pressions financières peuvent être sous-représentés. Cela crée une image faussée qui peut sous-estimer les obstacles financiers auxquels fait face un segment plus large de la population cible.

Une autre observation critique est la participation limitée des clients masculins aux enquêtes de sortie, ce qui reflète leur engagement généralement faible dans les services de SSR et de VIH. Cette sous-représentation peut entraîner un manque de visibilité des préoccupations propres aux hommes, comme la réticence à demander des soins, les longs délais d'attente ou la peur de la stigmatisation. Comme l'a fait remarquer un professionnel de la santé : « Souvent, les hommes ne reviennent pas pour un suivi, ils n'ont pas l'habitude d'être des patients. » Par conséquent, leurs voix sont moins susceptibles d'être reflétées dans des perspectives qualitatives, ce qui renforce l'invisibilité des obstacles spécifiques au genre.

Par conséquent, le biais d'autosélection doit être soigneusement pris en compte lors de l'interprétation des commentaires des clients provenant des sites d'étude de cas afin de s'assurer que les conclusions sur l'accessibilité, le coût et l'expérience globale de l'utilisateur sont exactes et incluent ceux qui sont les moins susceptibles de s'engager. Des méthodes complémentaires, telles que des entrevues de sensibilisation, des groupes de discussion spécifiques aux hommes et la triangulation avec les données de rétention, peuvent être nécessaires pour broser un tableau plus complet de l'équité et de la portée des services.

CONCLUSION

Cette évaluation a évalué les services de santé sexuelle et reproductive mis en œuvre dans le cadre du volet décentralisé du Projet Bangui en République centrafricaine de mi-2021 à début 2025. Les résultats mettent en évidence la pertinence contextuelle de l'initiative et pour répondre directement aux besoins médicaux critiques liés au VIH/sida et à la SSR de la population de Bangui, avec quelques doutes quant à la pertinence de son orientation géographique. Cela met en évidence un décalage perçu entre l'endroit où le soutien est dirigé et les domaines où les défis les plus aigus en matière de prestation de services persistent. Les éléments fondamentaux nécessaires à une prestation efficace de services de SSR et de VIH étaient en grande partie en place ; cependant, l'initiative a montré une cohérence mitigée avec le cadre national de santé publique et l'évolution des priorités pour relever les défis critiques du VIH et de la santé sexuelle et reproductive, y compris la santé maternelle et infantile à Bangui. Ses lacunes dans la mise en œuvre et la portée limitée de ses interventions entravent l'alignement avec les principaux cadres stratégiques, y compris l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B, et révèlent un décalage entre la conception de l'initiative et la vision nationale plus large de services de santé complets et intégrés. Ces lacunes entravent non seulement la coordination entre MSF et les acteurs du ministère de la Santé, mais risquent également de fragmenter la prestation des services, en particulier pour les services maternels, néonataux et liés au VIH qui nécessitent une continuité et une intégration tout au long de la cascade des soins.

L'initiative joue un rôle essentiel dans le renforcement de la mise en œuvre d'interventions ciblées en matière de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH, notamment en facilitant la prise en charge des urgences obstétricales et des cas de VIH avancés au CHUC. Cependant, l'augmentation des taux de mortalité maternelle et néonatale met en évidence la persistance de lacunes critiques dans le triage des situations d'urgence, les références en temps opportun, la coordination et la prise en charge des urgences obstétricales, ce qui compromet l'efficacité de l'initiative dans la réduction des décès maternels et néonataux. Pour renforcer la pertinence et l'impact de l'initiative de décentralisation, nous recommandons de renforcer sa réactivité géographique et programmatique, de renforcer les systèmes de rétention et de suivi pour améliorer l'efficacité des soins du VIH, d'améliorer la qualité et la rapidité des soins obstétriques d'urgence afin de réduire les décès maternels et néonataux, et d'institutionnaliser les éléments clés de l'initiative de décentralisation pour assurer la durabilité et permettre la réplique.

REMERCIEMENTS ET CONTREPARTIES

Nous adressons nos sincères remerciements à MSF-OCB/RCA pour avoir commandé cette évaluation. Nous sommes également reconnaissants envers les experts du Ministère de la Santé de Bangui, le personnel de la SEU, le groupe de consultation et l'équipe du projet de Bangui pour leur collaboration et leur engagement actif tout au long du processus d'évaluation.

Nous remercions tout particulièrement tous les clients, les prestataires de soins de santé et les informateurs clés qui ont généreusement donné de leur temps et de leurs idées pendant la phase de collecte des données primaires.

Ce rapport a été préparé par Cady Nyombe Gbomosa, Rosemary Tazinya Asong, Rachel Lawerh et Angel M. Foster avec la contribution de Halima Lila, qui a soutenu le processus de référencement et a effectué la relecture finale du rapport. Ils ont tous agi à titre de consultants externes affiliés à Cambridge Reproductive Health Consultants et à l'Université d'Ottawa.

Corrections apportées par Fabien Abougoul, Kristen Bègue, Rodrigue Doyama, Faïda Kanyombe, Daphné Lagrou, Calorine Mekiedje, Yvonne Nzomukunda, Eva Rocillo, Boris Stringer.

Référence : Cady Nyombe Gbomosa, Rosemary Tazinya Asong, Rachel Lawerh et Angel M. Foster. Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH à Bangui : une évaluation à méthodes mixtes de l'initiative de décentralisation de MSF. Juillet 2025

RÉFÉRENCES

- Abimbola, S., Baatiema, L., Bigdeli, M., Ghaffar, A., & Sheikh, K. (2019). *The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: A realist synthesis of the evidence*. *Health Policy and Planning*, 34(8), 605–617. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz055>
- Binagwaho, A., Scott, K. W., Rosewall, T., Mackenzie, G., Rehkopf, D. H., & Hirschhorn, L. R. (2014). *Improving the world's health through the post-2015 development agenda: Perspectives from Rwanda*. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(4), 165–167. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.86>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bossert, T. J., & Mitchell, A. D. (2011). *Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan*. *Social Science & Medicine*, 72(1), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.019>
- Canadian Institutes of Health Research, Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, & Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. (2022). *Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans – TCPS 2 (2022)*. https://ethics.gc.ca/eng/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html
- Chersich, M. F., Blaauw, D., Dumbaugh, M., Penn-Kekana, L., Thwala, S., Bijlmakers, L., ... & Rees, H. (2016). *Local quality improvement interventions for maternal and newborn health: A systematic review*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1038-4>
- Centre National de Lutte contre le VIH-SIDA (CNLS). (2023). *Rapport annuel d'activités 2023*. Gouvernement de la République Centrafricaine.
- Central African Republic. (2022). Loi No. 22-016 relative au VIH et au SIDA en République centrafricaine. Retrieved from https://academy.hivjustice.net/wp-content/uploads/2022/10/Loi-VIH_2022-FINALE-RCA.pdf.
- Central African Republic Ministry of Health. (2022). *National Strategic Plan for HIV/AIDS. Response 2022–2026*. Retrieved from: https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000145843
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11(100). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100>
- Doctors Without Borders. (2023). *Annual report: Sexual and reproductive health activities in CAR*. Médecins Sans Frontières - Operational Centre Brussels.
- Dossier d'Investissement pour la SRMNIA-N 2024-2026. Pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et pour l'amélioration de la santé des adolescents 2024-2026. Retrieved from: <https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/Dossier%20d%27Investissement%20SRMNIA-N%202024-2026%20FINAL.pdf>
- Doyle, K., Kato-Wallace, J., Kazimbaya, S., & Barker, G. (2014). *Transforming gender roles in domestic and caregiving work: Preliminary findings from engaging fathers in maternal and newborn health in Rwanda*. *Gender & Development*, 22(3), 515-531 doi.org/10.1080/13552074.2014.963326
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—Principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

- Grepin, K. A., Pinkstaff, C. B., & Shiffman, J. (2019). *Donor funding for family planning: Trends in support and aid effectiveness, 2003–2013*. *Global Health: Science and Practice*, 7(3), 404–417. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00029>
- Kruk, M. E., Mbaruku, G., Rockers, P. C., & Galea, S. (2009). *User fee exemptions are not enough: Out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania*. *Tropical Medicine & International Health*, 13(12), 1442–1451. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x>
- Lalando, M., Nyirazinyoye, L., Thompson, S., & Ruhago, G. (2020). Ethical considerations in health systems research: A focus on vulnerability and principles. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00469-2>
- Lerch, M. (2024). Contraception access and gender norms in conflict-affected settings: Lessons from CAR. *Journal of Global Health Policy*, 14(1), 45–58.
- Lindgren, M. L., Kennedy, C. E., Bain-Brickley, D., Azman, H., Creanga, A. A., Butler, L. M., ... & Mofenson, L. M. (2012). *Integration of HIV/AIDS services with maternal, neonatal and child health, nutrition, and family planning services*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(9), CD010119. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010119>
- Médecins Sans Frontières (MSF). (2020). *Central African Republic: Annual report on maternal and child health services*.
- Médecins Sans Frontières (MSF). (2022a). *Decentralization strategy in humanitarian health interventions: Lessons from MSF-supported projects*.
- Ministère de la Santé et de la Population. (2021). *Paquet minimum d'activités : Centres de santé*. République Centrafricaine.
- MSF SEU (Stockholm Evaluation Unit), (2022b). *Ethical Guidelines for Evaluations*. Retrieved from https://evaluation.msf.org/sites/default/files/2023-01/GUI_2022_SEU_MAIN_EthicalGuidelines.pdf
- Ministry of Health (CAR). (2023). *National Health Strategy 2023–2027*. Bangui: Ministère de la Santé Publique et de la Population.
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). (2024). *Global humanitarian overview 2024*. <https://www.unocha.org/global-humanitarian-overview-2024>
- O'Connell, T. S., Rasanathan, K., & Chopra, M. (2019). *What does universal health coverage mean? Lessons from Ghana, Rwanda, and Thailand*. *BMJ Global Health*, 4(6), e001828. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001828>
- OCHA. (2024). *Central African Republic humanitarian overview*. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. <https://www.unocha.org/central-african-republic>
- Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93–96. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019). *OECD/DAC evaluation criteria: Definitions and principles for use*. OECD Publishing.
- Pavignani, E., & Colombo, S. (2009). *Analysing disrupted health sectors: A modular manual*. World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/analysing-disrupted-health-sectors.pdf>
- Peacock, D., Khumalo, B., & McNab, E. (2009). *Men and gender activism in South Africa: Observations, critique and recommendations for the future*. *Agenda*, 23(80), 112–123.

- <https://doi.org/10.1080/10130950.2009.9676287>
- Pulerwitz, J., Michaelis, A., Verma, R., & Weiss, E. (2019). Addressing gender dynamics and engaging men in HIV programs. *Global Public Health*, 14(5), 681–693.
- République Centrafricaine, Ministère de la Santé et de la Population. (2023). *Rapport annuel sur la santé maternelle et infantile*.
- République Centrafricaine, Ministère de la Santé et de la Population. (2024). *Statistiques sanitaires nationales 2023–2024*.
- Singh, K., Brodish, P., Chowdhury, M. E., Biswas, T. K., Kim, E. T., Godwin, C., ... & Moran, A. C. (2018). *Postnatal care for newborns in Bangladesh: The importance of health-related factors and location*. *Journal of Global Health*, 8(1), 010415. <https://doi.org/10.7189/jogh.08.010415>
- Skovdal, M., Campbell, C., Madanhire, C., Mupambireyi, Z., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2011). *Challenges faced by older caregivers in rural Zimbabwe: The impact of HIV/AIDS on kinship dynamics*. *Health & Social Care in the Community*, 19(1), 29–38. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00948.x>
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091–1110.
- UNAIDS. (2021). *Update on the HIV epidemic and response in Central African Republic*.
- UNAIDS. (2023). *Global AIDS Update 2023 – The Path that Ends AIDS*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Retrieved from <https://www.unaids.org>
- UNAIDS. (2024). *Global AIDS monitoring report: Country profile – Central African Republic*.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2019). *State of the World's Midwifery 2019: Investing in midwives and the survival of mothers and newborns*. UNFPA. <https://www.unfpa.org/sowmy>
- UNFPA. (2021). *Strengthening the midwifery workforce in conflict settings*. UNFPA.
- UNFPA. (2024). *State of the World Population Report: Contraception in West and Central Africa*.
- UNICEF. (2019). *Water, sanitation and hygiene conditions in maternity wards in CAR*. United Nations Children's Fund.
- UNICEF. (2023). *HIV/AIDS and maternal health data: Central African Republic*. United Nations Children's Fund.
- World Bank. (2020). *Out-of-pocket health expenditures in fragile contexts: The case of CAR*.
- World Bank. (2024). *HIV treatment and viral suppression indicators in Central African Republic*.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Health system financing profile: Central African Republic*.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Integrating traditional birth attendants into national maternal care strategies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Central African Republic: Health Profile 2022*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int>
- World Health Organization (WHO). (2025). *Service Availability and Readiness Assessment (SARA): An Annual Monitoring System for Service Delivery*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV*. Retrieved from [9789241549998-eng.pdf](https://www.who.int/publications/i/item/9789241549998-eng.pdf)
- World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Human Rights Council (UNHRC), & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2017). *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings: 2018 revision for field review*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598880>
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254885/9789241549998-eng.pdf>
- World Bank. (2023). *The World Bank in Central African Republic*. <https://www.worldbank.org/en/country/centralafricanrepublic/overview>

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES INTERVENANTS INTERROGES

Liste des participants interviewés

	Catégorie	nombre
Participants MSF	Personnel de projet/décentralisation de MSF (y compris les médecins, le personnel de promotion de la santé, les superviseurs VIH/SSR)	8
	Personnel/coordonateurs de MSF au-delà du site (y compris les coordinateurs de programme, le personnel des ressources humaines, du service d'approvisionnement, de gestion des données et le personnel international)	7
Participants au ministère de la Santé	Personnel et coordonnateurs de programmes au niveau central	2
	Personnel au niveau du district	1
	Au niveau de l'établissement de santé (y compris les médecins, les infirmières/sage-femmes, les conseillers psychosociaux)	9
Utilisateurs de services/patients	Utilisateurs des services de SSR	10 (7 adultes et 3 adolescents)
	Utilisateurs de services VIH	2

ANNEXE 2 : ÉTABLISSEMENTS DE SANTE SOUTENUS PAR MSF DANS LE CADRE DE L'INITIATIVE DE DECENTRALISATION DE 2022 A 2025

Établissements de santé soutenus par MSF dans le cadre de l'initiative de décentralisation de 2022 à 2025

Année	Établissements de santé soutenus	
	VIH	SSR
2022	Bédé Combattant, Ami d'Afrique, Castors, Begoua, Ouango	Bédé Combattant, Boy Rabe, Petevo, Gbaya Dombia,
2023	Bédé Combattant, Ami d'Afrique, Castors, Begoua, Ouango	Bédé Combattant, Garçon Rabe, Gbaya Dombia
2024	Bédé Combattant, Ami d'Afrique, Castors, Begoua, Ouango, Mamadou Mbaïki (à partir de juillet 2024)	Bédé Combattant, Boy Rabe, Castors (à partir de septembre 2024), Ouango (à partir d'octobre 2024), Mamadou Mbaïki (à partir de juillet 2024), Begoua (à partir d'octobre 2024)
2025	Bédé Combattant, Ami d'Afrique, Castors, Begoua, Ouango, Mamadou Mbaïki	Bédé Combattant, Boy Rabe, Castors, Begoua, Ouango, Mamadou Mbaïki

ANNEXE 3 : OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES (GUIDES D'ENTREVUE, INSTRUMENTS D'ENQUETE)

3.1. Guide d'entretien avec des membres clés de MSF impliqués dans le projet de Bangui

Date de l'entrevue	___ / ___ / _____
Site ID	
ID de l'intervieweur	

Introduction

Merci encore d'avoir accepté de participer à cette interview. Comme vous le savez, nous évaluons l'initiative de décentralisation, c'est-à-dire le soutien apporté par MSF aux centres de santé pour améliorer la disponibilité des services de SSR et de VIH au plus près de la population cible à Bangui. Pour cette évaluation, nous nous intéressons particulièrement à la conception, au processus de mise en œuvre, aux changements apportés par l'initiative de décentralisation ; et les leçons apprises tout au long du cycle du projet.

Permettez-moi d'expliquer brièvement le processus. L'interview durera environ 30 minutes, et j'aimerais l'enregistrer pour pouvoir capturer ce que vous dites. Cependant, votre nom et d'autres informations d'identification ne seront partagés avec personne, sauf avec d'autres membres de l'équipe de recherche. Nous ne vous attribuerons pas non plus de citations ou d'autres informations dans les rapports ou les présentations résultant de cette évaluation. Vous pouvez nous demander d'éteindre l'enregistrement à tout moment.

Consentez-vous à participer à l'entretien ?

Oui

Non

Consentez-vous à l'enregistrement de l'interview ?

Oui

Non

Section I : Renseignements généraux

1. S'il vous plaît, commencez par me parler un peu de vous.
Approfondissements : Rôle professionnel, expérience éducative, durée de travail dans le contexte de Bangui en particulier ?
2. Parlez-moi (plus) de votre rôle chez MSF et dans le projet Bangui.

Section 1I : Processus de conception et pertinence du projet Bangui

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur le processus de conception de l'initiative de décentralisation et sur la pertinence de l'initiative dans son contexte de mise en œuvre.

3. Pour commencer, parlez-moi de l'initiative de décentralisation.

Sondes : buts et objectifs, structure, durée

Sondes : Théorie du changement/Logique d'intervention

En 2021, lors de la table ronde officialisant la décentralisation et l'intégration des projets de SSR et de VIH au niveau périphérique du système de santé de Bangui, avez-vous été activement impliqué dans le processus de conception de l'initiative de décentralisation ?

Non (PASSEZ À Q10)

Oui

4. Veuillez décrire le processus qui a conduit à la conceptualisation de l'initiative de décentralisation.
Probes : Comment le besoin de ce projet a-t-il été identifié ?
Approfondies : Qui a participé aux conversations initiales ?
5. Maintenant, j'aimerais que vous me parliez (plus) de la conception de l'initiative de décentralisation. Comment est née la conception de l'initiative ?
Sondes : Alignement avec les priorités et les politiques internationales, nationales, locales et de MSF en matière de SSR et de VIH
Sondes : Engagement avec les bénéficiaires potentiels, la communauté, le personnel de MSF, le ministère de la Santé/le cluster VSBG et d'autres parties prenantes externes
6. Pouvez-vous me parler des principaux outils et mécanismes mis en place pour assurer l'implication des autorités sanitaires locales dans le processus de conception de l'initiative de décentralisation ?
Approfondissement : atelier de co-conception, processus de recherche de consensus avec les autorités sanitaires locales, procédure mutuelle de réflexion et de conceptualisation.
7. Pensez-vous que les ressources disponibles (finances, logistique, personnel, temps) sont suffisantes pour répondre pleinement aux attentes et aux besoins des bénéficiaires ?

Sondes : pourquoi/pourquoi pas ?

8. Parlez-moi des pratiques exemplaires et des leçons tirées d'autres projets qui ont été prises en compte dans la conception de l'initiative de décentralisation.

Sonde : Meilleures pratiques prises en compte dans les projets MSF et les projets externes

Sonde : Leçons tirées des projets MSF et des projets externes

Section III : Processus de mise en œuvre de l'initiative de décentralisation

J'aimerais maintenant vous parler de la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation.

9. Parlez-moi de la stratégie d'intervention spécifique de l'initiative de décentralisation. Quelle était la raison du choix de cette intervention spécifique ? Quelle était la raison du choix du cadre de rendement ?

Sondes : Comment ces stratégies s'alignent-elles sur les objectifs et les résultats attendus du projet ?

Approfondissements : Si ce n'est pas le cas, comment rendre cette stratégie plus pertinente ?

10. Parlez-nous des défis que vous rencontrez dans la mise en œuvre de cette initiative de décentralisation dans certains districts/établissements de santé. Que faut-il faire pour améliorer les stratégies de mise en œuvre de ce projet ?

11. Parlez-nous des facteurs qui ont facilité la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation dans certains districts/établissements de santé.

12. Quels sont les principaux changements nécessaires au niveau des centres de santé pour fournir des services de santé sexuelle et reproductive de qualité au plus près des populations cibles ?

Approfondissement : supervision des centres de santé, conception/gestion des stratégies communautaires, formation continue des prestataires de soins de santé, soutien logistique pour les produits de santé et les médicaments, budgétisation/ressources, mécanisme de collecte de données, utilisation des données pour la prise de décision clinique, processus de référence, etc.

13. Parlez-moi de la nature et de l'étendue de la coopération entre l'équipe du projet Bangui et l'équipe de gestion du district sanitaire pendant la phase de mise en œuvre de l'initiative de décentralisation.

Approfondissements : réunions de coordination, visites de suivi, adoption de directives et de protocoles

Sondes : toute difficulté ou défi de coordination

14. Parlez-moi des mécanismes mis en place pour relever les défis ou les problèmes qui surviennent tout au long du processus de mise en œuvre.

Approfondissement : Groupe consultatif, engagement communautaire

15. Parlez-moi de la façon dont les données recueillies dans le cadre de l'initiative de décentralisation sont utilisées pour la prise de décisions.

Sondes : Utilisations internes, y compris l'ajustement/l'amélioration du projet

Sondes : Utilisations externes, y compris l'engagement avec la communauté, le ministère de la Santé

16. Parlez-moi des meilleures pratiques et des leçons tirées de la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation qui pourraient éclairer sa prochaine phase.

Section IV : Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de SSR et de VIH

17. Quels sont les facteurs qui empêchent les personnes de votre communauté cible d'accéder en temps opportun à des services de santé sexuelle et reproductive et liés au VIH, comme le nécessaire pour le dépistage de routine, les soins préventifs, diagnostiques et thérapeutiques ?

Approfondir : facteurs communautaires (stigmatisation, tabou entourant la sexualité, croyances culturelles et religieuses) ? Facteurs organisationnels (manque de médicaments essentiels, services peu adaptés, mauvaises attitudes des prestataires de soins de santé, frais remboursables, etc.) ? Facteurs interpersonnels (soutien de son réseau social, etc.) ? Des facteurs individuels (littératie en santé, âge, sexe, situation de handicap, etc.) ?

18. Que faudrait-il pour que davantage de membres de la communauté sollicitent des services de santé sexuelle et reproductive dans les points de soins communautaires ou les centres de santé soutenus par MSF ?

Sonde : Des travailleurs de la santé communautaire ? Depuis le centre de santé ?

19. Quels sont les services de SSR et de VIH dont les clients ont besoin mais ne savent pas qu'ils sont disponibles au centre de santé ? S'il y a des services : comment peut-on mieux communiquer la disponibilité de ces services à la communauté ?

20. Quels sont les services de SSR et de VIH dont les clients ont besoin mais qui ne sont pas proposés au centre de santé ? Pourquoi pas? Quels sont les défis rencontrés dans l'offre de ces services ?

Sondes : problèmes de personnel, volumes de patients, infrastructure ou transport de laboratoire, disponibilité de médicaments ou de marchandises, politiques restrictives en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH, etc.

Section V : Considérations relatives au genre et aux droits de l'homme

Des études ont montré que certaines sous-populations, telles que les femmes et les filles handicapées et les minorités sexuelles et de genre, peuvent se heurter à des obstacles accrus pour accéder aux services de santé

21. D'après votre expérience, y a-t-il des sous-populations spécifiques qui ont plus de difficultés à accéder aux services de SSR et de VIH dans le contexte de Bangui ?

Sondes : populations spécifiques, types d'obstacles

22. Dans quelle mesure les besoins de ces sous-populations ont-ils été pris en compte dans la conception et la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation ?

Sondes : Populations spécifiques, types d'hébergement, types d'activités de sensibilisation, etc.

Section VI : Succès, impact et perspectives de reproductibilité de l'initiative de décentralisation

Je voudrais maintenant poser quelques questions sur les perspectives de reproductibilité de l'initiative de décentralisation.

23. Parlez-nous des principaux changements positifs que l'initiative de décentralisation a apportés dans la prestation des services de SSR et de VIH dans les centres de santé soutenus par MSF et les points de soins communautaires au sein de votre district sanitaire.

Questions : Qualité de l'information/des services ? Commodité des services ? la disponibilité des traitements ? Disponibilité du service ? Frais de services ? Amélioration de l'utilisation des services de SSR et de lutte contre le VIH ? Améliorer le processus d'orientation vers des soins avancés du VIH et des soins maternels et néonataux d'urgence complets ? Amélioration de la santé des patients ?

24. Pouvez-vous nous dire quelle caractéristique du « packaging » de l'intervention de l'initiative de décentralisation devrait être reproduite par les parties prenantes externes, y compris le ministère de la Santé ?

25. Dans quelle mesure pensez-vous que les autorités sanitaires locales seront en mesure de reproduire certaines caractéristiques clés de l'initiative de décentralisation, comme la gratuité des soins de maternité ?

Sondes : Facilitateurs et obstacles

Approfondissements : Suggestions sur ce qui pourrait être fait pour améliorer les perspectives de reproductibilité

Améliorations

1. Que pourrait-on faire, le cas échéant, pour améliorer la conception de projets similaires à l'avenir ?
2. Que pourrait-on faire, le cas échéant, pour améliorer le processus de mise en œuvre du projet de Bangui ?
3. Que pourrait-on faire, le cas échéant, pour améliorer les perspectives de succès, d'impact et de reproductibilité de l'initiative de décentralisation ?

Conclusion

Merci beaucoup! Ce sont toutes des questions que j'ai.

- Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter ?
- Y a-t-il quelque chose que vous auriez aimé que je vous demande, mais que j'ai omis ?
- Avez-vous des questions à me poser ?

Merci! Ainsi se termine notre conversation d'aujourd'hui. Merci de votre participation. Toutes les informations que vous nous avez fournies aujourd'hui nous seront très utiles. Encore une fois, nous vous assurons qu'elles resteront confidentielles.

Notes de terrain : _____

3.2. Sondage de sortie du client

Date de l'entretien	___ / ___ / _____

ID du site	
ID de l'enquêteur	

SECTION A : CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Q#	QUESTION	RÉPONSE
1.	Sélectionnez le point de service de du centre de santé où se déroule l'entretien ou le point de sortie du participant.	<input type="checkbox"/> (1) Santé maternelle et infantile <input type="checkbox"/> (2) Soins ambulatoires <input type="checkbox"/> (3) Clinique ART <input type="checkbox"/> (4) Clinique de la tuberculose <input type="checkbox"/> (5) Planification familiale <input type="checkbox"/> (6) Clinique IST <input type="checkbox"/> (08) Urgences <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
3.	Quel âge avez-vous (<i>en années</i>) ?	_____
4.	Quel est votre sexe ?	<input type="checkbox"/> (1) Homme <input type="checkbox"/> (2) Femme <input type="checkbox"/> (3) Autre identité : _____
5.	Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?	<input type="checkbox"/> (1) Aucune <input type="checkbox"/> (2) Primaire <input type="checkbox"/> (3) Enseignement secondaire ou supérieur

		<input type="checkbox"/> (4) Enseignement professionnel <input type="checkbox"/> (5) Enseignement supérieur (diplôme, grade)
6.	Quelle est votre activité principale ?	<input type="checkbox"/> (1) Non employé <input type="checkbox"/> (3) Travail/travail occasionnel <input type="checkbox"/> (4) Indépendants <input type="checkbox"/> (5) Fonctionnaire/salarié <input type="checkbox"/> (6) Retraité <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
7.	Quel est votre état civil actuel ?	<input type="checkbox"/> (1) Célibataire/jamais marié <input type="checkbox"/> (2) Mariés <input type="checkbox"/> (3) Divorcé/séparé <input type="checkbox"/> (4) Veuve <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez _____
8.	Quelle est votre religion ?	<input type="checkbox"/> (1) Catholique <input type="checkbox"/> (2) Les protestants <input type="checkbox"/> (3) Musulman <input type="checkbox"/> (4) Religion traditionnelle africaine <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____

SECTION B : SERVICES DE SSR et de VIH REÇUS

Q#	QUESTION	RÉPONSE
----	----------	---------

9.	<p>Quels sont les services de santé qui vous ont été fournis aujourd'hui ?</p> <p><i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</i></p>	<input type="checkbox"/> (1) Soins prénatals <input type="checkbox"/> (2) Soins postnatals <input type="checkbox"/> (3) Soins en matière d'accouchement <input type="checkbox"/> (4) Conseil et dépistage du VIH <input type="checkbox"/> (5) Traitement et soins du VIH <input type="checkbox"/> (6) Dépistage et traitement des IST <input type="checkbox"/> (7) Planification familiale <input type="checkbox"/> (8) Gestion des violences sexuelles <input type="checkbox"/> (9) Services pour les enfants - PTME <input type="checkbox"/> (10) Services pour les enfants de moins de 5 ans - Vaccination <input type="checkbox"/> (11) Services pour les enfants de moins de 5 ans - nutrition <input type="checkbox"/> (12) Services pour les enfants de moins de 5 ans - suivi de la croissance <input type="checkbox"/> (13) Services pour les enfants de moins de 5 ans - étapes clés <input type="checkbox"/> (14) Services de lutte contre la tuberculose <input type="checkbox"/> (15) Services de pharmacie uniquement <input type="checkbox"/> (16) Services de laboratoire uniquement <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
10.	<p>Avez-vous reçu tous les services dont vous n'aviez pas besoin ?</p>	<input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (1) Oui ---- PASSER A Q15
11.	<p>Si non, quels sont les services dont vous n'avez pas bénéficié ?</p>	<input type="checkbox"/> (1) Soins prénatals <input type="checkbox"/> (2) Soins postnatals

	<p><i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</i></p>	<input type="checkbox"/> (3) Soins à l'accouchement <input type="checkbox"/> (4) Conseil et dépistage du VIH <input type="checkbox"/> (5) Traitement et soins du VIH <input type="checkbox"/> (6) Dépistage et traitement des IST <input type="checkbox"/> (7) Planification familiale <input type="checkbox"/> (8) Gestion des violences sexuelles <input type="checkbox"/> (9) Services pour les enfants - PTME <input type="checkbox"/> (10) Services pour les enfants de moins de 5 ans - Vaccination <input type="checkbox"/> (11) Services pour les enfants de moins de 5 ans - nutrition <input type="checkbox"/> (12) Services pour les enfants de moins de 5 ans - suivi de la croissance <input type="checkbox"/> (13) Services pour les enfants de moins de 5 ans - étapes clés <input type="checkbox"/> (14) Services de lutte contre la tuberculose <input type="checkbox"/> (15) Services de pharmacie uniquement <input type="checkbox"/> (16) Services de laboratoire uniquement <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
12.	<p>Si non, pourquoi n'avez-vous pas reçu tous les services dont vous n'aviez pas besoin aujourd'hui ?</p> <p>---- Pour toutes les options autres que 4, PASSEZ à Q15</p>	<input type="checkbox"/> (1) Le personnel du centre de santé n'est pas disponible ou est trop occupé aujourd'hui <input type="checkbox"/> (2) Matériel médical défectueux ou cassé <input type="checkbox"/> (3) Rupture de stock <input type="checkbox"/> (4) Médicament non disponible/en rupture de stock <input type="checkbox"/> (87) Ne sait pas

		<input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
13.	<p>Quels sont les médicaments qui n'étaient pas disponibles aujourd'hui ?</p> <p><i>Peut indiquer le médicament spécifique ou l'affection (par exemple, le traitement de la tuberculose).</i></p>	<input type="checkbox"/> (1) Précisez : _____ <input type="checkbox"/> (87) Ne sait pas
14.	<p>Qu'est-ce que le prestataire a fait ou vous a dit de faire ?</p>	<input type="checkbox"/> (1) retirer le médicament dans une clinique ou une pharmacie privée <input type="checkbox"/> (2) Revenir à un autre moment pour récupérer le médicament <input type="checkbox"/> (3) Fournir un traitement de substitution <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
15.	<p>Savez-vous que ce centre de santé offre les services suivants ?</p> <p><i>Lisez les options, puis sélectionnez toutes celles qui s'appliquent.</i></p>	<input type="checkbox"/> (1) Soins prénatals <input type="checkbox"/> (2) Soins postnatals <input type="checkbox"/> (3) Soins à l'accouchement <input type="checkbox"/> (4) Conseil et dépistage du VIH <input type="checkbox"/> (5) Traitement et soins du VIH <input type="checkbox"/> (6) Dépistage et traitement des IST <input type="checkbox"/> (7) Planification familiale <input type="checkbox"/> (8) Gestion des violences sexuelles <input type="checkbox"/> (9) Services pour les enfants - PTME <input type="checkbox"/> (10) Services pour les enfants de moins de 5 ans - Vaccination <input type="checkbox"/> (11) Services pour les enfants de moins de 5 ans - nutrition

		<input type="checkbox"/> (12) Services pour les enfants de moins de 5 ans - suivi de la croissance <input type="checkbox"/> (13) Services pour les enfants de moins de 5 ans - étapes clés <input type="checkbox"/> (14) Services de lutte contre la tuberculose
16.	<p>Comment vous ou les membres de votre communauté sont-ils informés des services de santé offerts dans ce centre de santé ?</p> <p><i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</i></p>	<input type="checkbox"/> (1) Réunion communautaire <input type="checkbox"/> (2) Personnel de santé communautaire <input type="checkbox"/> (3) Établissement de santé - par exemple, discussions sur la santé <input type="checkbox"/> (4) Sensibilisation de la communauté <input type="checkbox"/> (5) Les médias sociaux <input type="checkbox"/> (87) Ne sait pas <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
17.	<p>Avez-vous été orienté vers un autre centre de santé ou un autre hôpital aujourd'hui ?</p>	<input type="checkbox"/> (0) NON ---- PASSEUR A Q19 <input type="checkbox"/> (1) Oui
18.	<p>Si oui, vers qui êtes-vous orienté ?</p>	<input type="checkbox"/> (1) Un autre centre de santé <input type="checkbox"/> (2) Hôpital de district <input type="checkbox"/> (3) Hôpital tertiaire <input type="checkbox"/> (4) Laboratoire <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez (par exemple, police, services sociaux) : _____
19.	<p>Si oui, quels sont les services supplémentaires qui vous sont proposés ?</p> <p><i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</i></p>	<input type="checkbox"/> (1) Tests de laboratoire <input type="checkbox"/> (2) Imagerie diagnostique <input type="checkbox"/> (3) Soins ou traitements spécialisés

		<input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
--	--	---

SECTION C : ACCÈS AUX SERVICES DE SSR ET DE SANTÉ RELATIFS AU VIH DANS LE CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE et SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES REÇUS

Q#	QUESTION	RÉPONSE
20.	Cet établissement de santé (où vous avez reçu des services aujourd'hui) est-il le plus proche de votre lieu de résidence ?	<input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (1) Oui ----- PASSER A Q24
21.	Si ce n'est pas le cas, pourquoi ne cherchez-vous pas à obtenir des services de santé dans le centre de santé le plus proche de chez vous ? <i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</i>	<input type="checkbox"/> (1) Ce centre de santé est plus proche du travail/de l'école <input type="checkbox"/> (2) Ce centre de santé est plus éloignée mais plus facile d'accès (par exemple, en raison de la disponibilité des transports, de routes emportées, etc.) <input type="checkbox"/> (3) a été orienté vers ce centre de santé par un prestataire de soins <input type="checkbox"/> (4) Il est moins probable que ma famille sache que j'ai visité ce centre de santé <input type="checkbox"/> (5) Il est moins probable que mes amis et mes pairs sachent que j'ai visité ce centre de santé <input type="checkbox"/> (6) Ce centre de santé a des temps d'attente plus courts/est moins fréquenté <input type="checkbox"/> (7) Je préfère les prestataires de ce centre de santé

		<input type="checkbox"/> (8) Ce centre de santé est plus confortable (par exemple, salle d'attente spacieuse, plus frais/plus chaud) <input type="checkbox"/> (9) Le centre de santé le plus proche de chez moi était fermé au moment où je cherchais des services de santé <input type="checkbox"/> (10) Ce centre de santé a plus de chances de disposer des médicaments dont j'ai besoin <input type="checkbox"/> (11) Ce centre de santé a plus de chances de disposer de l'équipement nécessaire pour fournir les services dont j'ai besoin (par exemple, imagerie diagnostique, tests de laboratoire). <input type="checkbox"/> (12) Ce centre de santé me permet de recevoir tous les services dont j'ai besoin en un seul endroit. <input type="checkbox"/> (13) Pas de raison particulière <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
22.	Si ce n'est pas le cas, quel est le centre de santé le plus proche de votre domicile ?	<input type="checkbox"/> (1) Nom : _____ <input type="checkbox"/> (87) Ne sait pas
23.	<p>Si ce n'est pas le cas, qu'est-ce qui devrait changer pour que vous puissiez rechercher des services de santé SSR et de VIH au centre de santé primaire proche de votre résidence/centre de santé primaire désigné ?</p> <p><i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</i></p>	<input type="checkbox"/> (1) Emplacement plus pratique, expliquer : _____ <input type="checkbox"/> (2) Accès plus privé aux services/prestataires <input type="checkbox"/> (3) Amélioration des flux des clients ou des temps d'attente <input type="checkbox"/> (4) Meilleure attitude du personnel de santé <input type="checkbox"/> (5) Plus confortable (par exemple, salle d'attente spacieuse, plus frais/plus chaud)

		<input type="checkbox"/> (6) Des professionnels de la santé mieux informés/qualifiés <input type="checkbox"/> (7) Davantage de médicaments/une disponibilité plus régulière des médicaments <input type="checkbox"/> (8) Plus de services ou d'équipements disponibles <input type="checkbox"/> (9) Plus de types de services fournis en une seule visite <input type="checkbox"/> (99) N/A - a été référé ici <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____ ----- PASSER À Q25
24.	Si oui, pourquoi avez-vous décidé de vous faire soigner dans cet établissement aujourd'hui et pas ailleurs ? <p><i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</i></p>	<input type="checkbox"/> (1) Le centre de santé le plus proche de mon domicile <input type="checkbox"/> (2) N'a pas les moyens de payer le transport pour se rendre dans un centre de santé plus éloigné. <input type="checkbox"/> (3) Ne peut pas payer les frais d'une clinique privée <input type="checkbox"/> (4) Ont été satisfaits des soins reçus ici dans le passé <input type="checkbox"/> (5) a été orienté vers ce centre de santé par un prestataire de soins de santé <input type="checkbox"/> (6) a été orienté vers ce centre de santé par un agent de santé communautaire <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
25.	Combien de temps avez-vous mis pour vous rendre de votre domicile à ce centre de santé ?	<input type="checkbox"/> (1) Moins de 30 minutes <input type="checkbox"/> (2) 30 minutes - 1 heure

		<input type="checkbox"/> (3) >1 - 2 heures <input type="checkbox"/> (4) >2 - 3 heures <input type="checkbox"/> (5) >3 - 4 heures <input type="checkbox"/> (6) Plus de 4 heures
26.	Quel mode de transport avez-vous utilisé pour vous rendre dans ce centre de santé ?	<input type="checkbox"/> (1) À pied <input type="checkbox"/> (2) Transport public (taxi/bus/moto) <input type="checkbox"/> (3) Voiture particulière <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
27.	L'itinéraire pour se rendre au centre de santé et en revenir est-il sûr ?	<input type="checkbox"/> (0) Non - généralement dangereux <input type="checkbox"/> (1) Oui - généralement sans danger <input type="checkbox"/> (2) Cela dépend (heure de la journée, itinéraire, etc.) - problèmes de sécurité à certains moments. <input type="checkbox"/> (3) Cela dépend (heure de la journée, itinéraire, etc.) - les conditions météorologiques sont parfois préoccupantes.
28.	Combien de temps avez-vous attendu avant d'être vu par un prestataire aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> (1) Moins de 30 minutes <input type="checkbox"/> (2) 30 minutes - 1 heure <input type="checkbox"/> (3) >1 - 2 heures <input type="checkbox"/> (4) > 2 - 3 heures <input type="checkbox"/> (5) >3 - 4 heures <input type="checkbox"/> (6) Plus de 4 heures

29	Quel est votre degré de satisfaction concernant le temps d'attente aujourd'hui ?	(1) Non satisfait (2) Moyennement satisfait (3) Très satisfait
30.	Vous sentez-vous à l'aise lorsqu'un prestataire d'un sexe différent du vôtre s'occupe de vous dans la salle de consultation ?	<input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (1) Oui
31.	L'établissement est-il ouvert à des heures qui vous conviennent ?	<input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (1) Oui ----- PASSER A Q33
32.	Si ce n'est pas le cas, en quoi ces horaires sont-ils gênants ? <i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</i>	<input type="checkbox"/> (1) Ouvre trop tard dans la journée <input type="checkbox"/> (2) Ferme trop tôt dans l'après-midi/soirée <input type="checkbox"/> (3) Fermé pendant le déjeuner <input type="checkbox"/> (4) Pas d'ouverture le week-end/les jours fériés <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
33.	Quels sont les frais que vous avez engagés aujourd'hui dans ce centre de santé ? <i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</i>	<input type="checkbox"/> (0) Aucun ----- PASSER A Q35 <input type="checkbox"/> (1) Consultation <input type="checkbox"/> (2) Médicaments <input type="checkbox"/> (3) Essais <input type="checkbox"/> (4) Tarif des transports <input type="checkbox"/> (5) Nourriture/boissons pendant l'attente <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____

34.	Ces coûts sont-ils abordables pour vous ?	<input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (1) Oui <input type="checkbox"/> (2) Un peu
35	Y a-t-il des toilettes propres dans ce centre de santé ?	<input type="checkbox"/> (0) Non, non disponible <input type="checkbox"/> (1) Oui, disponible mais pas propre <input type="checkbox"/> (1) Oui <input type="checkbox"/> (87) Ne sait pas
36	Y a-t-il de l'eau courante dans ce centre de santé ?	<input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (1) Oui <input type="checkbox"/> (87) Ne sait pas
37	Y a-t-il de l'électricité dans ce centre de santé ?	<input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (1) Oui <input type="checkbox"/> (87) Ne sait pas
38	Dans l'ensemble, quel est votre degré de satisfaction à l'égard de l'environnement physique de ce centre de santé ?	<input type="checkbox"/> (1) Non satisfait <input type="checkbox"/> (2) Moyennement satisfait <input type="checkbox"/> (3) Très satisfait
39	Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de la confidentialité et du respect de la vie privée lors de votre visite aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> (1) Non satisfait <input type="checkbox"/> (2) Moyennement satisfait <input type="checkbox"/> (3) Très satisfait

40	Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de l'attitude des prestataires de soins de santé lors de votre visite d'aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> (1) Non satisfait <input type="checkbox"/> (2) Moyennement satisfait <input type="checkbox"/> (3) Très satisfait
41	Dans quelle mesure avez-vous été satisfait des compétences des prestataires de soins de santé qui vous ont traité lors de votre visite d'aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> 1) Pas satisfait <input type="checkbox"/> (2) Moyennement satisfait <input type="checkbox"/> (3) Très satisfait
42	Dans l'ensemble, quel est votre degré de satisfaction à l'égard des services de santé que vous avez reçus aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> 1) Pas satisfait <input type="checkbox"/> (2) Moyennement satisfait <input type="checkbox"/> (3) Très satisfait

SECTION D : L'ACCÈS AUX SERVICES DE SRH ET DE VIH

Q#	QUESTION	RÉPONSE
43.	J'aimerais maintenant vous parler de certains services offerts dans ce centre de santé. Au cours de votre visite, avez-vous discuté des méthodes de contraception modernes ?	<input type="checkbox"/> (0) Non Passer à Q47 <input type="checkbox"/> (1) Oui
44.	En pensant à cette discussion sur les méthodes modernes de contraception, diriez-vous que	<input type="checkbox"/> (1) Vous avez interrogé le prestataire sur la planification familiale, <input type="checkbox"/> (2) Le prestataire a entamé une conversation avec vous sur la planification familiale, <input type="checkbox"/> (98) Vous ne vous souvenez pas <input type="checkbox"/> (99) Pas de réponse

45.	<p>Avez-vous décidé de commencer à utiliser une méthode de contraception aujourd'hui à la suite des conseils que vous avez reçus ?</p> <p><i>---- Pour toutes les options autres que 2, PASSEZ à Q47</i></p>	<p><input type="checkbox"/> (0) Non</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Oui, j'ai commencé aujourd'hui</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Oui, mais je commencerai plus tard</p> <p><input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____</p>
46	<p>Diriez-vous que le même prestataire qui vous a conseillé...</p>	<p><input type="checkbox"/> (1) vous a fourni une méthode de contraception ,</p> <p><input type="checkbox"/> (2) vous a orienté vers un autre prestataire de cette clinique ,</p> <p><input type="checkbox"/> (3) vous a orienté vers un prestataire d'une autre clinique,</p> <p><input type="checkbox"/> (4) Ne vous a pas indiqué comment obtenir cette méthode,</p> <p><input type="checkbox"/> (98) Vous ne vous souvenez pas</p> <p><input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____</p>
47	<p>Avant de venir au centre de santé aujourd'hui, avez-vous entendu des messages dans votre communauté sur l'importance de la contraception ?</p> <p><i>---- Pour toutes les options autres que 2, PASSER à Q50</i></p>	<p><input type="checkbox"/> (1) Non</p> <p><input type="checkbox"/> (2) Oui</p> <p><input type="checkbox"/> (98) Ne sait pas/ne se souvient pas</p> <p><input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____</p>
48.	<p>Diriez-vous que ces messages</p>	<p><input type="checkbox"/> (1) ... Augmenté ou,</p> <p><input type="checkbox"/> (2) ... Diminué votre volonté de commencer une méthode de contraception aujourd'hui,</p> <p><input type="checkbox"/> (3) ... ou n'a pas affecté votre volonté de rechercher et d'adopter une méthode de contraception ?</p>

		<input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
49.	Quel est le principal canal par lequel vous avez entendu parler de ce service de contraception ?	<input type="checkbox"/> (1) Agents de santé communautaire du projet Bangui <input type="checkbox"/> (2) Autres agents de santé communautaire <input type="checkbox"/> (3) Personnel de MSF <input type="checkbox"/> (4) Ambassadeurs de l'école <input type="checkbox"/> (5) La radio <input type="checkbox"/> (6) Télévision <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
50.	Au cours de votre visite, avez-vous abordé la question des conseils et des services liés au VIH ?	<input type="checkbox"/> (0) Non Passer à Q54 <input type="checkbox"/> (1) Oui
51.	En pensant à cette discussion sur le conseil et le dépistage du VIH, diriez-vous que	<input type="checkbox"/> 1) Vous avez demandé au prestataire un conseil et un test VIH <input type="checkbox"/> (2) Le prestataire a entamé une conversation avec vous sur le dépistage du VIH et le conseil, <input type="checkbox"/> (98) Vous ne vous souvenez pas (99) Pas de réponse
52.	Avez-vous décidé de faire un test de dépistage du VIH aujourd'hui à la suite des conseils que vous avez reçus ? <i>---- Pour toutes les options autres que 2, PASSEZ à Q54</i>	<input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (1) Oui, je l'ai pris aujourd'hui <input type="checkbox"/> (2) Oui, mais je le prendrai plus tard <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____

53.	Diriez-vous que le même prestataire qui vous a conseillé...	<input type="checkbox"/> (1) vous a fait passer un test de dépistage du VIH <input type="checkbox"/> (2) vous a fourni l'ART <input type="checkbox"/> (3) vous a orienté vers un autre prestataire de cette clinique , <input type="checkbox"/> (4) vous a orienté vers un prestataire d'une autre clinique, <input type="checkbox"/> (5) Ne vous a pas dit comment faire un test de dépistage du VIH, <input type="checkbox"/> (98) Vous ne vous souvenez pas <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
54.	Avant de venir au centre de santé aujourd'hui, avez-vous entendu des messages dans votre communauté sur l'importance de connaître votre statut sérologique ou de faire un test de dépistage du VIH ? <i>---- Pour toutes les options autres que 2, mettre fin à l'entretien.</i>	<input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (2) Oui <input type="checkbox"/> (98) Ne sait pas/ne se souvient pas <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
55.	Diriez-vous que ces messages	<input type="checkbox"/> (1) ... Augmenté ou, <input type="checkbox"/> (2) ... A diminué votre volonté d'obtenir des services de santé liés au VIH aujourd'hui, <input type="checkbox"/> (3) ... Ou n'a pas affecté votre volonté d'obtenir des services de santé liés au VIH aujourd'hui, <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
56.	Quel est le principal moyen par lequel vous avez entendu parler de ce service VIH ?	<input type="checkbox"/> (1) Agents de santé communautaire du projet Bangui <input type="checkbox"/> (2) Autres agents de santé communautaire

		<input type="checkbox"/> (3) Personnel de MSF <input type="checkbox"/> (4) Ambassadeurs de l'école <input type="checkbox"/> (5) La radio <input type="checkbox"/> (6) Télévision <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
--	--	--

Merci encore d'avoir pris le temps de participer à cette enquête. Nous apprécions votre participation. Nous vous souhaitons une bonne journée.

3.3. Guide d'entrevue approfondi avec le client

Date de l'IDI	___ ___ / ___ ___ / ___ ___
ID de l'enquêteur	
ID du site	

Enregistrer l'heure de début de l'IDI : ___ hr ___ min

INTRODUCTION:

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cet entretien approfondi à la sortie de votre visite. Nous aimerions vous interroger sur vos expériences et vos opinions concernant les soins de SSR et/ou de VIH que vous avez reçus aujourd'hui dans ce centre de santé, y compris les parcours d'utilisation des services de SSR et de santé VIH par votre communauté. En outre, nous vous demanderons votre avis sur les obstacles et les facteurs facilitant l'accès à ces services pour vous et les membres de votre communauté. Je vous poserai une série de questions ouvertes où vous pourrez parler librement de vos expériences pendant que je prendrai des notes.

INSTRUCTIONS : *Les questions suivantes ne sont qu'un guide. Il ne s'agit pas d'une ligne de questions obligatoires, mais plutôt de questions suggérées. L'enquêteur doit formuler ces questions de la manière qui convient le mieux au participant.*

Allumez maintenant l'enregistreur audio.

Nous souhaitons tout d'abord comprendre comment les membres de votre communauté ont tendance à accéder aux soins de santé sexuelle et reproductive et aux soins liés au VIH, tels que les soins prénatals, les soins de maternité, le planning familial et le dépistage du VIH, lorsqu'ils ont besoin de ces services.

A. COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE RECHERCHE DE SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LE VIH

1. Quelle est la probabilité que les membres de la communauté se rendent au centre de santé lorsqu'ils sont malades ou ont besoin de services ?

a. Quelles sont les principales raisons ou les principaux obstacles qui empêchent les personnes concernées de rechercher ou d'accéder aux services ?

Sondez : sensibilisation ? accès ? pression ? qualité de l'information/des services ? connaissance/manque de connaissance du processus ? La confiance ? Mauvais comportement en matière de recherche de santé ? Stigmatisation/discrimination ? Commodité ? disponibilité des traitements ? disponibilité des services ?

b. Cela a-t-il tendance à se produire avec certains groupes de personnes (par exemple, les femmes, les hommes, les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap) ? Ou les personnes qui recherchent certains services (**par exemple, la violence liée au sexe, le VIH, les soins prénatals**) ? Quels groupes ou services ?

c. Quelles sont, selon vous, les principales raisons ou les principaux obstacles qui empêchent les membres de votre communauté de rechercher ou d'accéder aux services de VIH et de santé sexuelle et reproductive ?

Sondez : sensibilisation ? accès ? pression ? qualité de l'information/des services ? connaissance/manque de connaissance du processus ? La confiance ? Mauvais comportement en matière de recherche de santé ? Stigmatisation/discrimination ? Commodité ? disponibilité des traitements ? disponibilité des services ?

2. Quels sont les facteurs qui motivent les membres de votre communauté () à accéder en temps voulu aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH nécessaires au dépistage de routine, aux soins préventifs, diagnostiques et thérapeutiques ?

Sondez : facteurs communautaires ? facteurs liés à l'établissement ? famille/amis ? expériences individuelles ?

3. Que faudrait-il faire pour que davantage de membres de la communauté recherchent des soins de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH au niveau du centre de santé ?

d. De la communauté ?

e. Du centre de santé ?

4. Quels sont les services de SSR et de VIH dont les clients ont besoin mais dont ils ne savent pas qu'ils sont disponibles au centre de santé ? S'il s'agit de services, comment peut-on mieux informer la communauté de la disponibilité de ces services ?
5. Quels sont les services de SSR et de VIH dont les clients n'ont pas besoin mais qui ne sont pas proposés au centre de santé ? Pourquoi ? Quelles sont les difficultés rencontrées pour accéder à ces services ?

Sondez : problèmes de personnel, longs délais d'attente, infrastructure ou transport des laboratoires, disponibilité des médicaments ou des produits, stigmatisation/discrimination, etc.

B. SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES REÇUS EN MATIÈRE DE SRH ET DE VIH

6. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des services de santé que vous avez reçus aujourd'hui ?
7. Quelle est la principale raison de votre satisfaction/insatisfaction ?
8. Comment vous ou les membres de votre communauté percevez-vous les prestataires de soins de santé/le personnel soignant de ce centre de santé/de ces régions ?

Sonder : leurs compétences, leurs attitudes, etc.

C. Conclusion

Merci beaucoup ! Ce sont toutes les questions que je me pose.

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose d'autre ?
- Y a-t-il une question que vous auriez aimé que je pose, mais que j'ai laissée de côté ?
- Avez-vous des questions à me poser ?

Enregistrer l'heure de fin de l'IDI : ___ hr ___ min

Merci d'avoir participé à cette étude. Les informations que vous avez partagées seront très utiles. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez me demander ? (*pause*). N'oubliez pas que toutes les informations que vous partagerez avec moi resteront confidentielles. Merci encore de m'avoir parlé.

Notes _____ *de* _____ *terrain* _____ :

3.4. Guide IDI pour les agents de santé communautaire

Date de l'IDI	___ / ___ / ___
---------------	-----------------

ID de l'enquêteur	
ID du site	

Enregistrer l'heure de début de l'IDI : ___ hr ___ min

INTRODUCTION:

Nous aimerions vous interroger sur vos expériences et vos opinions concernant l'utilisation et l'accès aux soins de santé primaires en matière de SSR et de VIH, y compris les schémas d'utilisation dans les centres de santé et les communautés soutenus par MSF. En outre, nous vous demanderons votre point de vue sur les obstacles à la prestation de services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH. Je vous poserai une série de questions fermées, puis des questions ouvertes où vous pourrez parler librement de vos expériences pendant que je prendrai des notes.

I. QUESTIONS INTRODUCTIVES

Sauf indication contraire, une seule réponse doit être sélectionnée.

Q#	Question	Réponse
1.	Quel est votre sexe ?	<input type="checkbox"/> (1) Femme <input type="checkbox"/> (2) Homme <input type="checkbox"/> (3) Autre identité : _____
2.	Quel est votre âge ? (<i>en années</i>)	____ _
3.	Quelle est votre profession dans ce centre de santé/cette communauté ?	<input type="checkbox"/> (1) Infirmier(e) assistant(e) <input type="checkbox"/> (2) Infirmière <input type="checkbox"/> (3) Sage-femme <input type="checkbox"/> (4) Infirmier clinicien

		<input type="checkbox"/> (5) Conseiller <input type="checkbox"/> (6) Agent de santé communautaire <input type="checkbox"/> (8) Technicien en pharmacie <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
4.	Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce centre de santé/cette communauté ? (en années)	_____
5.	Combien d'années d'expérience professionnelle avez-vous dans le domaine de SSR et/ou VIH ? (en années)	_____
6.	Avez-vous été formé par MSF pour fournir des services de SSR et VIH à la communauté ?	<input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (1) Oui
7.	Quand avez-vous été formé par MSF pour la dernière fois ?	_____
8.	Quelle formation avez-vous reçue de MSF ? Cochez toutes les cases qui s'appliquent	<input type="checkbox"/> (1) Soins prénatals <input type="checkbox"/> (2) Soins postnatals <input type="checkbox"/> (3) Compétences en matière de conseil <input type="checkbox"/> (4) Mobilisation communautaire <input type="checkbox"/> (5) Conseil et dépistage du VIH <input type="checkbox"/> (6) Recherche des contacts avec la tuberculose

		<input type="checkbox"/> (8) Suivi des clients séropositifs perdus de vue <input type="checkbox"/> (9) Renvois à l'établissement <input type="checkbox"/> (10) VBG <input type="checkbox"/> (11) Distribution de produits de planification familiale <input type="checkbox"/> (12) Gestion communautaire des IST <input type="checkbox"/> (88) Autre, précisez : _____
--	--	---

INSTRUCTIONS : *Les questions suivantes ne sont qu'un guide. Il ne s'agit pas d'une ligne de questions obligatoires, mais plutôt de questions suggérées. L'enquêteur doit formuler ces questions de la manière qui convient le mieux au participant.*

Allumez maintenant l'enregistreur audio.

Nous souhaitons tout d'abord comprendre les comportements de recherche des services de SSR et VIH par les membres de votre communauté. Il s'agit des services, tels que les soins prénatals, les soins de maternité, le planning familial et le dépistage du VIH, lorsqu'ils en ont besoin.

D. DISPONIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES LIÉS AU VIH

9. Quels types de services liés au VIH sont fournis dans votre communauté ? Qui les fournit ?
10. La communauté a-t-elle accès aux services disponibles ? Pourquoi ou pourquoi pas ? Comment l'accessibilité à ces services peut-elle être améliorée ?
- Sondez : sensibilisation, peur, confidentialité, stigmatisation/honte ?*
11. Quels sont les services liés au VIH dont les clients ont besoin mais dont ils ne savent pas qu'ils sont disponibles au point de service communautaire ? S'il s'agit de services : comment mieux informer la communauté de la disponibilité de ces services ?

E. DISPONIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

12. Quels types de services liés à la SSR sont fournis dans votre communauté ? Qui les fournit ?

13. La communauté a-t-elle accès aux services disponibles ? Pourquoi ou pourquoi pas ? Comment l'accessibilité à ces services peut-elle être améliorée ?

Sondez : sensibilisation, peur, confidentialité, stigmatisation/honte ?

14. Quels sont les services liés à la SSR, dont les clients n'ont pas besoin, mais dont ils ne savent pas qu'ils sont disponibles au point de service communautaire ? S'il s'agit de services : comment la disponibilité de ces services peut-elle être mieux communiquée à la communauté ?

F. PROCESSUS D'ORIENTATION

15. Dans quelle mesure l'orientation des patients fait-elle partie de votre rôle en tant qu'agent de santé communautaire ? Comment/où se fait l'orientation ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans ce processus, le cas échéant ?

Sondez : diagnostic, triage, gravité de la maladie, transport, documentation, suivi, disponibilité, distance, etc.

16. Quels sont les services de santé sexuelle et reproductive pour lesquels vous orienteriez les membres de votre communauté vers le centre de santé ?

Sondez : VBG, TB, thérapie antirétrovirale, grossesses présentant des signes de danger, etc.

17. Où orientez-vous les clients qui recherchent des services de santé sexuelle et reproductive ou de lutte contre le VIH sur le site ? Pouvez-vous nous décrire le fonctionnement de ce processus d'orientation ?

- a. Comment sélectionnez-vous les clients à orienter vers les services de SSR ou de VIH ?
- b. Comment partagez-vous les informations entre le point de prestation de services de la communauté et l'établissement de référence ?
- c. Comment ce processus pourrait-il être amélioré ?

G. COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE RECHERCHE DE SOINS DE SANTÉ POUR LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE VIH

18. Quelle est la probabilité que les membres de la communauté se rendent au centre de santé lorsqu'ils sont malades ou ont besoin de services ?

- f. Quelles sont, selon vous, les principales raisons ou les principaux obstacles qui empêchent de rechercher ou d'accéder à des services ?

Sondez : sensibilisation ? accès ? pression ? qualité de l'information/des services ? connaissance/manque de connaissance du processus ? La confiance ? Mauvais comportement en matière de recherche de santé ? Stigmatisation/discrimination ? Commodité ? disponibilité des traitements ? disponibilité des services ?

- g. Cela a-t-il tendance à se produire avec certains groupes de personnes (par exemple, les femmes, les hommes, les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap) ? Ou les personnes

qui recherchent certains services (**par exemple, la violence liée au sexe, le VIH, les soins prénataux**) ? Quels groupes ou services ?

- h. Quelles sont, selon vous, les principales raisons ou les principaux obstacles qui empêchent de rechercher ou d'accéder aux services de VIH et de santé sexuelle et reproductive ?

Sondez : sensibilisation ? accès ? pression ? qualité de l'information/des services ? connaissance/manque de connaissance du processus ? La confiance ? Mauvais comportement en matière de recherche de santé ? Stigmatisation/discrimination ? Commodité ? disponibilité des traitements ? disponibilité des services ?

19. Quels sont les facteurs qui motivent les personnes de votre communauté () à accéder en temps voulu aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH nécessaires au dépistage de routine, aux soins préventifs, diagnostiques et thérapeutiques ?

Sondez : facteurs communautaires ? facteurs liés à l'établissement ? famille/amis ? expériences individuelles ?

20. Que faudrait-il faire pour que davantage de membres de la communauté cherchent à obtenir des soins de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH au niveau du centre de santé ?

i. De la communauté ?

j. Du centre de santé ?

21. Quels sont les services de SSR et de VIH dont les clients ont besoin mais dont ils ne savent pas qu'ils sont disponibles au centre de santé ? S'il s'agit de services, comment peut-on mieux informer la communauté de la disponibilité de ces services ?

22. Quels sont les services de SSR et de VIH dont les clients n'ont pas besoin mais qui ne sont pas proposés au centre de santé ? Pourquoi ? Quelles sont les difficultés rencontrées pour offrir ces services ?

Sondez : problèmes de personnel, nombre de patients, infrastructure de laboratoire ou transport, disponibilité des médicaments ou des produits de base.

H. MOYENS, MOTIFS, POSSIBILITÉS

Moyens

23. Dans quels domaines vous sentez-vous le plus à l'aise pour soutenir les membres de votre communauté qui ont besoin de services de SSR et/ou de VIH ? Pourquoi ? Quels sont les groupes de personnes ou les services concernés ?

Sondez : services spécifiques (STIS, VBG, dépistage du VIH, etc.), conseils, orientation vers des établissements, mobilisation communautaire, jeunes, personnes handicapées, hommes, femmes, etc.

24. Dans quels domaines de votre travail avez-vous l'impression d'être moins bien informé ou d'avoir moins de compétences ? Dans quels domaines vous sentez-vous moins bien informé ou moins compétent ?
25. Quels types de boîtes à outils et de lignes directrices sont à votre disposition pour accroître votre confiance et vos compétences ? Pourquoi ?
26. De quoi avez-vous besoin pour fournir des services optimaux de SSR et de sensibilisation à la SSR et au VIH dans votre communauté ? Pourquoi ?

Sondez : charge de travail, infrastructure, sécurité, engagement des membres de la communauté, connaissances/formation, personnel, ressources matérielles (par exemple, infrastructure, équipement, fournitures)

Motivations

16. Quels sont les facteurs qui vous motivent à fournir des services optimaux de SSR et de sensibilisation à la SSR et au VIH dans votre communauté ? Pourquoi ?

Sondez : engagement communautaire, connaissances/formation, personnel, ressources (par exemple, infrastructure, équipement, fournitures, salaires)

Opportunités

27. Comment pensez-vous que la disponibilité des soins de santé sexuelle et reproductive et des soins liés au VIH peut être améliorée dans votre communauté ?
28. Comment pensez-vous que l'accessibilité des soins de santé sexuelle et reproductive et des soins de santé liés au VIH peut être améliorée dans votre communauté ?

CONCLUSION

Merci beaucoup ! Ce sont toutes les questions que je me pose.

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose d'autre ?
- Y a-t-il une question que vous auriez aimé que je pose, mais que j'ai laissée de côté ?
- Avez-vous des questions à me poser ?

Enregistrer l'heure de fin de l'IDI : ___ hr ___ min

Merci d'avoir participé à cette étude. Les informations que vous avez partagées seront très utiles. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez me demander ? (*pause*). N'oubliez pas que toutes les informations que vous partagerez avec moi resteront confidentielles. Merci encore de m'avoir parlé.

Notes de terrain :

3.5. Guide d'entretien pour les parties prenantes externes

Date de l'entretien	___ ___ / ___ ___ / ___ ___
ID de l'enquêteur	
ID de l'organisation	

Identifiant de l'entretien IDI :

Heure de début : ___ hr ___ min

INTRODUCTION:

Merci encore d'avoir accepté de participer à cet entretien. Nous évaluons l'initiative de décentralisation du projet MSF Bangui, c'est-à-dire le soutien apporté par MSF aux centres de santé pour améliorer la disponibilité des services de SSR et de VIH plus proches de la population cible à Bangui. Pour cette évaluation, nous nous intéressons particulièrement à obtenir vos perspectives sur la pertinence de cette initiative dans le contexte du système de santé de Bangui, les comportements de recours aux soins de santé liés à la SSR et au VIH à Bangui, et le potentiel de succès, d'impact et de reproductibilité de l'initiative de décentralisation.

Laissez-moi vous expliquer brièvement le processus. L'entretien durera environ 30 minutes et j'aimerais l'enregistrer pour pouvoir capturer ce que vous dites. Cependant, votre nom et d'autres informations identifiantes ne seront partagés qu'avec les autres membres de l'équipe de recherche. Nous n'attribuerons pas non plus de citations ou d'autres informations à vous dans les rapports ou présentations résultant de cette évaluation. Vous pouvez nous demander d'éteindre le magnétophone à tout moment.

Consentez-vous à participer à l'entretien ?

Oui

Non

Consentez-vous à l'enregistrement de l'entretien ?

Oui

Non

INSTRUCTIONS : Les questions suivantes ne sont qu'un guide. Ce n'est pas une ligne de questionnaire obligatoire, mais plutôt des questions suggérées. L'intervieweur doit formuler ces questions de manière qu'elles conviennent le mieux au participant.

Allumez maintenant l'enregistreur audio.

Section 0 : Informations générales

1. Veuillez commencer par me parler un peu de vous. Pistes : Rôle professionnel, expérience éducative, durée de travail dans le district sanitaire ?
2. Veuillez me parler (davantage) de votre implication dans le projet MSF Bangui, le cas échéant.

Section I : Pertinence de l'initiative de décentralisation

Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la mesure dans laquelle l'initiative de décentralisation du projet Bangui est pertinente pour le contexte du système de santé de Bangui.

3. Pour commencer, parlez-moi des problèmes les plus pressants en matière de SSR et de VIH à Bangui.
4. Quels sont les défis que vous rencontrez pour fournir des services de santé de qualité en matière de SSR et de VIH dans le contexte de Bangui ?
5. Dans quelle mesure les objectifs et les stratégies de mise en œuvre de l'initiative de décentralisation sont-ils alignés sur les priorités en matière de VIH et de SSR du système de santé de Bangui ? Comment cette initiative peut-elle répondre aux problèmes les plus pressants en matière de SSR et de VIH à Bangui ?
6. Si ce n'est pas pertinent, comment les objectifs et les stratégies de mise en œuvre de cette initiative pourraient-ils être améliorés pour les rendre plus pertinents par rapport aux priorités en matière de VIH et de SSR du système de santé de Bangui ?

Section II : Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de SSR et de VIH

7. Quels sont les facteurs qui empêchent les gens de votre communauté d'accéder en temps voulu aux services de santé liés à la SSR et au VIH nécessaires pour le dépistage de routine, les soins préventifs, diagnostiques et thérapeutiques ?

Sondez : Facteurs communautaires (stigmatisation, tabous entourant la sexualité, croyances culturelles et religieuses) ? Facteurs organisationnels (manque de médicaments essentiels, services peu accueillants, mauvaises attitudes des prestataires de soins, frais à la charge des patients, etc.) ? Facteurs interpersonnels (soutien du réseau social, etc.) ? Facteurs individuels (littératie en santé, âge, sexe, statut de handicap, etc.) ?

8. Que faudrait-il pour que plus de membres de la communauté recherchent des services de santé de SSR et de VIH au point de soins communautaire ou au niveau du centre de santé ?

Sondez : De la part des agents de santé communautaires ? Du centre de santé ? Pistes : Accès pour les populations vulnérables (adolescents, personnes en situation de handicap, etc.) et les populations clés.

9. Quels sont les services de SSR et de VIH dont les clients n'ont pas besoin mais ne savent pas qu'ils sont disponibles au centre de santé ? Si des services : comment la disponibilité de ces services peut-elle être mieux communiquée à la communauté ?

10. Quels sont les services de SSR et de VIH dont les clients n'ont pas besoin mais qui ne sont pas proposés au centre de santé ? Pourquoi ? Quels défis rencontrez-vous pour offrir ces services ?

Sondez : Problèmes de personnel, volumes de patients, infrastructure ou transport de laboratoire, disponibilité des médicaments ou des produits de base.

Section III : Succès, impact et perspectives de reproductibilité de l'initiative de décentralisation

11. Parlez-nous des changements positifs clés que l'initiative de décentralisation a apportés dans la prestation des services de SSR et de VIH dans les centres de santé soutenus par MSF et les points de soins communautaires au sein du système de santé de Bangui.

Sondez : Qualité des informations/services ? Commodité des services ? Disponibilité des traitements ? Disponibilité des services ? Frais des services ? Amélioration de l'utilisation des services de SSR et de VIH ? Amélioration du processus de référence pour les soins avancés du VIH et les soins maternels et néonataux d'urgence complets ? Amélioration des résultats de santé des patients ?

12. Dans quelle mesure les changements apportés dans les centres de santé soutenus par MSF et les points de soins communautaires sont-ils susceptibles d'être maintenus et reproduits ailleurs par les autorités du district sanitaire / le ministère de la Santé en cas de retrait du soutien de MSF ?

Sondez : Pourquoi ? Pourquoi pas ?

13. Quels facteurs organisationnels peuvent faciliter la reproduction de certains des succès des initiatives de décentralisation, telle que la gratuité des soins ?

Sondez : Changements de politiques ?

CONCLUSION

Merci beaucoup ! Ce sont toutes les questions que j'ai.

- Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter ?
- Y a-t-il quelque chose que vous auriez aimé que je demande, mais que j'ai oublié ?
- Avez-vous des questions à me poser ?

Heure de fin de l'entretien : ___ hr ___ min

Merci d'avoir participé à cette étude. Les informations que vous avez partagées seront très utiles. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez me demander ? (*marquer une pause ici*). Veuillez-vous rappeler que toutes les informations que vous partagez resteront confidentielles. Merci encore de m'avoir parlé.

Notes _____ de _____ terrain _____ :

3.6. Guide d'entretien pour les parties prenantes du ministère de la Santé

Date de l'entretien	___ ___ / ___ ___ / ___ ___
ID de l'enquêteur	
ID de l'organisation	

Enregistrer l'heure de début de l'entretien : ___ hr ___ min

INTRODUCTION:

Merci encore d'avoir accepté de participer à cet entretien. Nous évaluons l'initiative de décentralisation du projet MSF Bangui, c'est-à-dire l'appui fourni par MSF aux centres de santé pour améliorer la disponibilité des services de SSR et de VIH au plus près de la population cible à Bangui. Pour cette évaluation, nous sommes particulièrement intéressés par votre point de vue sur la pertinence de cette initiative dans le contexte du système de santé de Bangui, sur les parcours de recherche de soins de santé sexuelle et reproductive et sur le potentiel d'efficacité, d'impact et de reproductibilité de l'initiative de décentralisation.

Permettez-moi de vous expliquer brièvement le processus. L'entretien durera environ 30 minutes et j'aimerais l'enregistrer afin de pouvoir saisir ce que vous dites. Toutefois, votre nom et les autres informations permettant de vous identifier ne seront communiqués à personne, à l'exception des autres membres de l'équipe de recherche. Nous ne vous attribuerons pas non plus de citations ou d'autres informations dans les rapports ou présentations résultant de cette évaluation. Vous pouvez nous demander d'éteindre l'enregistreur à tout moment.

Consentez-vous à participer à l'entretien ?

Oui

Non

Consentez-vous à l'enregistrement de l'entretien ?

Oui

Non

INSTRUCTIONS : *Les questions suivantes ne sont qu'un guide. Il ne s'agit pas d'une ligne de questions obligatoires, mais plutôt de questions suggérées. L'enquêteur doit formuler ces questions de la manière qui convient le mieux au participant.*

Allumez maintenant l'enregistreur audio.

Section 0 : Informations générales

1. Commencez par me parler un peu de vous.
Sondages : Rôle professionnel, expérience éducative, durée du travail dans le district sanitaire ?
2. Veuillez m'en dire plus sur votre participation au projet MSF Bangui, le cas échéant.

Section I : Pertinence de l'initiative de décentralisation

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur la pertinence de l'initiative de décentralisation du projet Bangui dans le contexte du système de santé de Bangui.

3. Pour commencer, parlez-moi des problèmes les plus urgents en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH à Bangui.
4. Quels sont les défis auxquels vous êtes confrontés pour fournir des services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH de qualité dans le contexte de Bangui ?
5. Dans quelle mesure les objectifs et les stratégies de mise en œuvre de l'initiative de décentralisation s'alignent-ils sur les priorités du système de santé de Bangui en matière de VIH et de SSR ? Comment cette initiative peut-elle répondre aux problèmes de SSR et de VIH les plus urgents à Bangui ?
6. Si ce n'est pas le cas, comment les objectifs et les stratégies de mise en œuvre de cette initiative pourraient-ils être améliorés pour les rendre plus pertinents par rapport aux priorités du système de santé de Bangui en matière de VIH et de SSR ?

Section II : Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de SSR et de VIH

7. Quels sont les facteurs qui empêchent les membres de votre communauté d'accéder en temps voulu aux services de santé sexuelle et reproductive et aux services de santé liés au VIH nécessaires au dépistage de routine, aux soins préventifs, diagnostiques et thérapeutiques ?

Sonder : facteurs communautaires (stigmatisation, tabou entourant la sexualité, croyances culturelles et religieuses) ? Facteurs organisationnels (manque de médicaments essentiels, services peu conviviaux, mauvaise attitude du prestataire de soins, frais à la charge du patient, etc.) Facteurs interpersonnels (soutien du réseau social, etc.) ? Facteurs individuels (connaissances en matière de santé, âge, sexe, handicap, etc.)

8. Que faudrait-il faire pour que davantage de membres de la communauté recherchent des services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH au niveau du point de contact communautaire ou du centre de santé ?

Sonder : De la part des agents de santé communautaires ? Du centre de santé ?

Sonder : l'accès des populations vulnérables (adolescents, personnes handicapées, etc.) et des populations clés.

9. Quels sont les services de SSR et de VIH dont les clients ont besoin mais dont ils ne savent pas qu'ils sont disponibles au centre de santé ? S'il s'agit de services, comment peut-on mieux informer la communauté de la disponibilité de ces services ?

10. Quels sont les services de SSR et de VIH dont les clients n'ont pas besoin mais qui ne sont pas proposés au centre de santé ? Pourquoi ? Quelles sont les difficultés rencontrées pour offrir ces services ?

Sondages : problèmes de personnel, nombre de patients, infrastructure de laboratoire ou transport, disponibilité des médicaments ou des produits de base.

Section III : Efficacité, impact et perspectives de reproductibilité de l'initiative de décentralisation

11. Parlez-nous des principaux changements positifs que l'initiative de décentralisation a entraînés dans la prestation de services de SSR et de VIH dans les centres de santé soutenus par MSF et les points de soins communautaires au sein du système de santé de Bangui.

Sondes : Qualité de l'information/des services ? Commodité des services ? disponibilité des traitements ? disponibilité des services ? honoraires des services ? Amélioration du processus d'orientation vers des soins avancés en matière de VIH et des soins maternels et néonataux d'urgence complets ?

12. Quelle est la probabilité que les changements apportés dans les centres de santé et les points de soins communautaires soutenus par MSF soient maintenus et reproduits ailleurs par les autorités du district sanitaire/MOH en cas de retrait de l'aide de MSF ?

Sondes : Pourquoi ? Pourquoi pas ?

13. Quels sont les facteurs organisationnels qui peuvent faciliter la réplication de certaines des réalisations des initiatives de décentralisation, telle que la gratuité des soins ?

Sondages : Changements de politiques ?

CONCLUSION

Merci beaucoup ! Ce sont toutes les questions que j'avais à vous poser.

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose d'autre ?
- Y a-t-il une question que vous auriez aimé que je pose, mais que j'ai laissée de côté ?
- Avez-vous des questions à me poser ?

Enregistrer l'heure de fin de l'entretien : ___ hr ___ min

Merci d'avoir participé à cette étude. Les informations que vous avez partagées seront très utiles. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez me demander ? (*pause*). N'oubliez pas que toutes les informations que vous partagerez avec moi resteront confidentielles. Merci encore de m'avoir parlé.

Notes *de* **terrain** **:**

3.7. Sondage sur le flux de sortie des clients

Formulaire de déroulement de la visite du client

Date de la visite __ / __ __ / __ __ __ __

Type de client : Adulte (seul), Adolescents et jeunes adultes âgés de 15 ans et plus, Adulte accompagnant un enfant (âge de l'enfant : ____ mois), Adulte accompagnant un adolescent de moins de 15 ans (âge de l'adolescent : ____ ans).

Heure d'arrivée du client : HH.... MM

Instructions pour le client : Veuillez emporter ce formulaire avec vous et le présenter à chaque infirmière, médecin ou autre prestataire de soins que vous rencontrerez au cours de votre visite dans cet établissement aujourd'hui. Veuillez me remettre le formulaire dûment rempli avant de partir.

Instructions pour le prestataire : Lorsqu'un client vous présente ce formulaire, repérez la **première section non cochée** correspondant au prestataire vu et cochez la case correspondante (1er prestataire, 2ème prestataire, etc.). Fournissez vos services comme d'habitude. À la fin de la séance, cochez la case correspondant à la durée de la consultation (courte, normale ou prolongée) à côté de « Prestataire vu ». Dans la section A, indiquez les services que vous avez fournis au client en cochant les cases correspondantes. Dans la section B, indiquez toute référence interne en cochant la ou les cases correspondantes, le cas échéant. Si aucune référence interne n'a été faite, laissez cette section vide. Dans la section C, indiquez toute orientation externe vers un autre prestataire ou établissement de soins de santé.

Objet de la visite (cochez TOUT ce qui s'applique) : <i>[À remplir par le membre de l'équipe d'évaluation qui interrogera le client]</i> <input type="checkbox"/> Soins prénatals (CPN) <input type="checkbox"/> Soins postnatals (CPoN) <input type="checkbox"/> Visite d'un enfant malade	<input type="checkbox"/> Vaccination ou visite de l'enfant en bonne santé	<input type="checkbox"/> Conseils, Dépistage ou soins en matière de VIH	
	<input type="checkbox"/> Planification familiale <input type="checkbox"/> Counseling/provisionnement évaluation, conseil ou traitement en matière de nutrition	<input type="checkbox"/> Conseils, Dépistage ou soins en matière d'IST <input type="checkbox"/> Laboratoire VIH ou SSR <input type="checkbox"/> Pharmacie pour le VIH ou la SSR Autre (précisez) :	
<input type="checkbox"/> 1er prestataire vu Durée de la consultation : <input type="checkbox"/> Court <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Étendu			
1A. Quel(s) service(s) avez-vous fourni ? (cochez TOUT ce qui s'applique)		1B. Vers quels services avez-vous orienté le client dans votre établissement ?	
<input type="checkbox"/> Soins prénatals	<input type="checkbox"/> Visite/traitement TB <input type="checkbox"/> Pesée d'enfants/MUAC	<input type="checkbox"/> Soins prénatals	<input type="checkbox"/> Soins/Traitement TB

<input type="checkbox"/> Soins postnatals visite-mère <input type="checkbox"/> Soins postnatals visite-enfant <input type="checkbox"/> Vaccination des enfants <input type="checkbox"/> FP conseil <input type="checkbox"/> LAM conseil Disposition <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> Conseils/tests de dépistage du VIH <input type="checkbox"/> Soins VIH (ART) <input type="checkbox"/> PTME <input type="checkbox"/> Dépistage/Diagnostic des IST <input type="checkbox"/> Traitement IST <input type="checkbox"/> Soins aux victimes de violences sexuelles	<input type="checkbox"/> Conseil en nutrition infantile <input type="checkbox"/> Soutien à la nutrition maternelle, infantile et juvénile <input type="checkbox"/> Supplémentation en fer-mère <input type="checkbox"/> Supplémentation en fer-enfant <input type="checkbox"/> Vitamine A-enfant <input type="checkbox"/> Dispensation de médicaments <input type="checkbox"/> Test de laboratoire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Soins postnatals visite-mère <input type="checkbox"/> Soins postnatals visite-enfant <input type="checkbox"/> Vaccination des enfants <input type="checkbox"/> FP conseil <input type="checkbox"/> LAM conseil Disposition <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> Conseils/tests de dépistage du VIH <input type="checkbox"/> Soins VIH (ART) <input type="checkbox"/> PTME <input type="checkbox"/> Dépistage/Diagnostic IST <input type="checkbox"/> Traitement IST <input type="checkbox"/> Soins aux victimes de violences sexuelles	<input type="checkbox"/> Pesée d'enfants/MUAC <input type="checkbox"/> Conseil en nutrition infantile <input type="checkbox"/> Soutien à la nutrition maternelle, infantile et juvénile <input type="checkbox"/> Supplémentation en fer-mère <input type="checkbox"/> Supplémentation en fer-enfant <input type="checkbox"/> Vitamine A-enfant <input type="checkbox"/> Dispensation de médicaments <input type="checkbox"/> Test de laboratoire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
1C. Avez-vous orienté le client vers une autre formation sanitaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, où ?			
<input type="checkbox"/> 2e Prestataire vu Temps de consultation : <input type="checkbox"/> Court <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Étendu			
1A. Quel(s) service(s) avez-vous fourni ? (cochez TOUT ce qui s'applique)		1B. Vers quels services avez-vous orienté le client dans votre établissement ?	
<input type="checkbox"/> Soins prénatals <input type="checkbox"/> Soins postnatal visite-mère <input type="checkbox"/> Soins postnatals visite-enfant <input type="checkbox"/> Vaccination des enfants <input type="checkbox"/> FP conseil	<input type="checkbox"/> Soins/traitement TB <input type="checkbox"/> Pesée d'enfants/MUAC <input type="checkbox"/> Conseil en nutrition infantile <input type="checkbox"/> Soutien à la nutrition maternelle, infantile et juvénile	<input type="checkbox"/> Soins prénatals <input type="checkbox"/> Soins postnatal visite-mère <input type="checkbox"/> Soins postnatals visite-enfant <input type="checkbox"/> Vaccination des enfants <input type="checkbox"/> FP conseil <input type="checkbox"/> LAM conseil	<input type="checkbox"/> Soins/traitement TB <input type="checkbox"/> Pesée d'enfants/MUAC <input type="checkbox"/> Conseil en nutrition infantile <input type="checkbox"/> Soutien à la nutrition

<input type="checkbox"/> LAM conseil Disposition <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> Conseils/tests de dépistage du VIH <input type="checkbox"/> Soins VIH (ART) <input type="checkbox"/> PTME <input type="checkbox"/> Dépistage/Diagnostic des IST <input type="checkbox"/> Traitement IST <input type="checkbox"/> Soins aux victimes de violences sexuelles	<input type="checkbox"/> Supplémentation en fer-mère <input type="checkbox"/> Supplémentation en fer-enfant <input type="checkbox"/> Vitamine A-enfant <input type="checkbox"/> Dispensation de médicaments <input type="checkbox"/> Test de laboratoire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	Disposition <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> Conseils/tests de dépistage du VIH <input type="checkbox"/> Soins VIH (ART) <input type="checkbox"/> PTME <input type="checkbox"/> Dépistage/Diagnostic des IST <input type="checkbox"/> Traitement IST <input type="checkbox"/> Soins aux victimes de violences sexuelles	maternelle, infantile et juvénile <input type="checkbox"/> Supplémentation en fer-mère <input type="checkbox"/> Supplémentation en fer-enfant <input type="checkbox"/> Vitamine A-enfant <input type="checkbox"/> Dispensation de médicaments <input type="checkbox"/> Test de laboratoire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
1C. Avez-vous orienté le client vers une autre formation sanitaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, où ?			

ANNEXE 4 : DONNEES COMPLEMENTAIRES (INDICATEURS DE SANTE, VENTILATION BUDGETAIRE)

3.1. Mandat



Annex I. Terms of
Reference (003).pdf

3.2. Cadre logique



Copy of
2023_10_15_Cadre lo

3.3. Feuilles de route sur le VIH et la SSR



Feuille de route VIH
Projet Bangui.docx



Feuille de route
SSR.docx

ANNEXE 5 : MATRICE D'ANALYSE DES DONNEES

Analyse quantitative :

Nous avons analysé les données quantitatives recueillies auprès de 134 répondants à l'enquête de sortie à l'aide de méthodes statistiques descriptives. Après le nettoyage des données dans Microsoft Excel, nous avons appliqué un codage binaire le cas échéant pour faciliter l'agrégation des réponses fermées. À l'aide de tableaux croisés dynamiques et de fonctions, nous avons résumé les variables catégorielles à l'aide de fréquences et de pourcentages. Notre analyse s'est concentrée sur la description des résultats en matière de disponibilité des services, d'utilisation, de coûts, d'abordabilité et d'expérience client. Nous avons également effectué des tableaux croisés pour comparer certaines variables, telles que les coûts déclarés et leur abordabilité perçue.

Analyse qualitative:

Deux membres de l'équipe d'évaluation ont transcrit textuellement les entrevues réalisées en français, tandis que deux assistants de recherche locaux ont transcrit textuellement les entrevues réalisées en sango, tout en assurant leur traduction en français. Les données qualitatives, y compris les transcriptions d'entretiens, les notes de terrain et les mémos, ont ensuite été importées dans NVivo pour le codage et l'organisation des données. Deux membres de l'équipe d'évaluation ont analysé les données à l'aide d'un livre de codes prédéfini. Ce livre de codes comprenait des codes a priori basés sur les critères d'évaluation de l'OCDE et de nouveaux codes qui ont émergé de nos données. Nous avons utilisé des techniques d'analyse thématique déductive et inductive pour examiner les données codées (Braun et Clarke, 2006).