

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

RAPPORT DE SYNTHÈSE

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.

L'évaluation a été menée de manière indépendante par Cambridge Reproductive Health Consultants, États-Unis.

Ce rapport est une version abrégée du rapport d'évaluation et a été élaboré par la SEU.

Il est une traduction de la version originale en anglais, qui reste le document de référence. 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.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

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

INTRODUCTION

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

Une approche mixte a été utilisée 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 réplique de l'initiative.

RESULTATS

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.

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 VIH¹. 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 participation¹. 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 supprimés¹. En RCA, y compris à Bangui, où la majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté¹, 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

¹ Pour les références et la bibliographie complète, voir le rapport d'évaluation final.

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 fournisseurs, 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 urbaines². 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 fiables². 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

^{2 2} Pour les références et la bibliographie complète, voir le rapport d'évaluation final.

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 soins³.

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

³ Pour les références et la bibliographie complète, voir le rapport d'évaluation final.

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 établis 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)⁴ : 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

⁴ Pour les références et la bibliographie complète, voir le rapport d'évaluation final.

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 donateurs⁵. 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

⁵ Pour les références et la bibliographie complète, voir le rapport d'évaluation final.

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 géospaciales** 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 obstétricaux 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 réplique 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.