

ÉVALUATION

PROJET DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DE MSF à Port-à-Piment, Haïti

OCTOBRE 2026

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 doivent respecter les directives éthiques de la SEU.

Cette publication a été préparée de manière indépendante par Rose Mary Asong Tazinya, Lisa Dona Bonhomme, Andrew Aoun, Priscilla Bokele et Angel M. Foster, de Cambridge Reproductive Health Consultants (CRHC).

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES.....	3
LISTE DES TABLEAUX.....	5
LISTE DES FIGURES.....	6
RÉSUMÉ	7
INTRODUCTION.....	9
APPROCHE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET ET THÉORIE DU CHANGEMENT	15
QUESTIONS D'ÉVALUATION ET APPROCHE CONCEPTUELLE	17
MÉTHODES	21
RÉSULTATS	25
Portée des interventions mises en œuvre dans le cadre du projet PaPim	25
Pertinence du projet PaPim SSR.....	35
Cohérence du projet PaPim SSR.....	42
Efficacité	48
Efficacité	74
Impact.....	79
Durabilité.....	83
DISCUSSION.....	88
CONCLUSION	92
LIMITES.....	93
RECOMMANDATIONS.....	94
REMERCIEMENTS	103
RÉFÉRENCES.....	104
APPENDICES	107
APPENDICE 1 - Termes de Référence.....	107
APPENDICE 2 - Liste des participants interrogés	112
APPENDICE 3 - Liste des documents examinés	113
APPENDICE 4 - Évaluation matricielle.....	114
APPENDICE 5 - Évaluation des coûts programmatiques	118

LISTE DES ACRONYMES

ARO	Annual Review of Operations
ASCP	Agents de Santé Communautaire Polyvalents
CAL	Centre de Santé à Lits
CAN	Centre Ambulancier National
CCS	Centre Communautaire de Santé
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
COD	Complications Obstétricales Directes
ColVols	Collaborateurs Volontaires
COM-B	Capability, Opportunity, and Motivation Behavior
CPN	Consultation Pré-Natale
CPN1	Première consultation prénatale
CPoN	Consultation Post-Natale
CRHC	Cambridge Reproductive Health Consultants
DHIS2	District Health Information Software 2
DIU	Dispositif Intra-Utérin
EIA	Entretien Individuel Approfondi
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GC	Groupe de Consultation
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HP	Health promotion
MIO	Mobile Implementation Officer
MOU	Memorandum of Understanding
MSF	Médecins Sans Frontières
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
CAD-OECD	Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PaPim	Port-à-Piment
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PF	Planification Familiale
POS	Procédures Opératoires Standardisées
PRECEDE	Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation

PROCEED	Policy, Regulations and Organisational Constructs in Educational and Environmental Development
PSAT	Program Sustainability Assessment Tool
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
PTS	Poste de transfusion sanguine
SEU	Stockholm Evaluation Unit
SOA	Soins Obstétricaux Avancés
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SPN	Suivi Prénatal
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TdC	Theorie de Changement
TdR	Terme de Référence
USIN	Unité de Soins Intensifs Néonataux
VBG / VSGB	Violence Basée sur le Genre / Violence sexuelle basée sur le genre

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Établissements de santé soutenus par le projet PaPim et activités communautaires associées	13
Tableau 2: Cartographie des services	25
Tableau 3: Profil des participants à l'enquête	35
Tableau 4: Structure du système de santé en Haïti (PES)	43
Tableau 5: Lieu d'accouchement des femmes- Données du département du Sud	50
Tableau 6: Origine des patientes fréquentant les CPN au SONUC de PaPim	55
Tableau 7: Tendances d'utilisation des services SONUB entre 2023 et 2025	61
Tableau 8: Diagnostic de sortie des femmes référées à PaPim depuis les sites soutenus par MSF	66
Tableau 9: Prévalence des comorbidités diagnostiquées pendant la grossesse au SONUC de décembre 2024 à janvier 2026	67
Tableau 10: Issue Maternelle/Obstétricale à PaPim	68
Tableau 11: Issue nouveaux-nés admis à l'USIN-NICU à PaPim	69
Tableau 12: Données du département du Sud -Mortalité maternelle institutionnelle	69
Tableau 13: Méthodes de recours à la PF à PaPim, décembre 2024 à décembre 2025	70
Tableau 14: Méthodes de PF et recours dans le Département du Sud	70
Tableau 15: Nombre de cas de VBG signalés à PaPim de juillet 2024 à avril 2026	72

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Évolution du projet PaPim (PAPIM ARO, 2026)	12
Figure 2: Haïti-Sud : la carte met en évidence la présence de MSF depuis 2025 (en rouge) et les prévisions pour 2026 (en bleu)	14
Figure 3: Théorie du changement (TOC) du projet PaPim.....	16
Figure 4: Conception de l'évaluation	22
Figure 5: Perception des participants des problèmes de santé reproductive ou de santé maternelle dans la communauté	38
Figure 6: Perception des participants sur la pertinence des services	38
Figure 7: Perception des participants sur les interventions importantes en matière de santé reproductive et maternelle dans leur communauté	39
Figure 8: Participants' first point of contact when unwell	49
Figure 9: Lieu d'accouchement des femmes fréquentant les soins postnatals à PaPim	49
Figure 10: Origine des femmes venant à PaPim pour un CPoN, après avoir accouché à domicile.....	50
Figure 11: Lieu du dernier accouchement des répondantes à l'enquête.....	51
Figure 12: Âge de la CPN 1 à PaPim par rapport à celui dans le Département du Sud.....	53
Figure 13: Tendance du recours aux services de santé maternelle à PaPim - 2019 - 2025.....	54
Figure 14: Origine des patients orientés vers l'unité de soins intensifs néonataux à PaPim	57
Figure 15: Barrières liées à l'accès aux soins	59
Figure 16: Facilitateurs liés à l'accès aux soins.....	60
Figure 17: Évolution du taux de fréquentation des services de santé maternelle dans les CDS soutenues par MSF	62
Figure 18: Tendance des références des sites SONUB vers PaPim	63
Figure 19: Orientations par des travailleurs communautaires	65
Figure 20: trend of maternal and infant mortality rates in PaPim from 2023 to 2025.....	69
Figure 21: Proportion des participantes à l'enquête utilisant une méthode de PF	71
Figure 22: Pourcentage de recours à la PF dans le Département du Sud	72
Figure 23: Expériences de violence parmi les participantes à l'enquête	74
Figure 24: Connaissance, par les participant(e)s, de membres de la communauté ayant été victimes de violence	74
Figure 25: Coût annuel de mise en œuvre.....	78
Figure 26: Proportion des coûts par sous-section de service.....	79
Figure 27: Niveau de satisfaction des participant(e)s à l'enquête.....	81
Figure 28: Réponse des participants à la question : « Continueriez-vous à utiliser cet établissement si le soutien de MSF prenait fin ? »	86

RÉSUMÉ

Contexte : Haïti possède l'un des systèmes de santé les plus fragiles de l'hémisphère occidental, en raison d'une instabilité politique chronique, d'une insécurité généralisée, et de difficultés économiques, qui ont considérablement réduit l'accès aux soins de santé essentiels. Les femmes et les enfants sont touché(e)s de manière disproportionnée, en particulier dans le sud rural d'Haïti, où l'isolement géographique, la faiblesse des infrastructures, les pénuries de personnel de santé et de fournitures médicales, ainsi que les obstacles financiers, contribuent à de mauvais résultats en matière de santé maternelle et reproductive. Face à ces défis, Médecins Sans Frontières (MSF) a établi le projet de santé sexuelle et reproductive (SSR) de Port-à-Piment (PaPim) suite à l'ouragan Matthew en 2016, en élargissant progressivement, à partir de 2022, la réponse d'urgence initiale vers un projet complet de SSR comprenant un réseau d'un établissement de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) et de quatre établissements de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), soutenus par des systèmes communautaires de promotion de la santé et de référence. Guidé par le modèle des trois retards, le projet visait à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales en améliorant la rapidité du recours aux soins, en renforçant les systèmes de référence et de transport, et en garantissant l'accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de haute qualité.

Objectif de l'évaluation et méthodologie : Cette évaluation visait à évaluer les progrès et l'impact du projet PaPim de 2022 à 2025, ainsi que ses perspectives de durabilité après la fin du cycle du projet prévue pour fin 2027¹. Nous avons mené une évaluation à méthodes mixtes selon un modèle d'étude de cas intégrée, combinant une revue documentaire, une analyse secondaire des données du système d'information sanitaire de routine (DHIS2), des études de cas portant sur un établissement de SONUC et deux établissements de SONUB, des enquêtes de sortie auprès des patient(e)s, une cartographie des services, ainsi que des entretiens semi-structurés avec MSF, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), les prestataires de soins, les usager(ère)s des services, et les parties prenantes communautaires. Les données quantitatives ont été analysées de manière descriptive à l'aide d'Excel afin d'évaluer le recours aux services et les principaux indicateurs de SSR, tandis que les données qualitatives ont été analysées de manière thématique à l'aide de NVivo 14 afin d'explorer les perceptions relatives à la qualité des services, à l'accès, aux systèmes de référence, à la durabilité, et au transfert du projet. Les résultats issus de l'ensemble des sources de données ont été triangulés afin de renforcer les conclusions de l'évaluation. Toutes les procédures de l'étude ont été menées conformément aux normes éthiques applicables à la recherche humanitaire, notamment le consentement éclairé, la confidentialité, et la sécurité des participant(e)s.

Résultats : Sur la base des critères d'évaluation du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD-OCDE), les résultats indiquent que le projet a été hautement pertinent pour répondre à un contexte marqué par l'isolement géographique, l'insécurité, la pauvreté, la disponibilité limitée des services de santé, les obstacles liés au transport, et un accès restreint à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité. Le projet a contribué à une augmentation du recours aux consultations prénatales (CPN) et aux accouchements en

¹ Note de la Stockholm Evaluation Unit : l'évaluation a été conduite sur le postulat que le projet se terminerait en décembre 2027. Alors que l'évaluation était terminée (mi 2026), la date de fin du projet a été confirmée pour mi-2027 et non fin 2027. Ceci a évidemment un impact notamment sur les recommandations. Ce rapport n'a pas été modifié pour refléter cette nouvelle date de fin, compte tenu de l'information tardive par rapport au processus d'évaluation.

établissement, a renforcé l'accès aux soins d'urgence, et a amélioré la décentralisation des services de santé maternelle. Malgré ces réalisations, plusieurs défis structurels et systémiques menacent la durabilité de ces acquis. L'évaluation a révélé une cohérence mitigée entre le projet et la structure plus large du système de santé du MSPP, en particulier concernant le rôle de l'hôpital de PaPim au sein du réseau de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). La dépendance continue envers PaPim en tant que centre de référence de haute qualité, combinée aux obstacles persistants liés à la distance, au transport, aux coûts, et à la fonctionnalité limitée des établissements périphériques, restreint l'efficacité, l'efficience, et la durabilité à long terme. Parmi les autres défis figurent les retards dans les références d'urgence, les ruptures de stock intermittentes de médicaments essentiels et de produits sanguins, la faiblesse des systèmes de suivi et d'apprentissage, le faible recours aux services de lutte contre les violences basées sur le genre, et les lacunes persistantes dans les services de santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescent(e)s.

Conclusion et recommandations : Bien que le projet PaPim ait considérablement amélioré l'accès aux services de santé maternelle et néonatale ainsi que leur utilisation, la pérennisation de ces bénéfices nécessitera un changement stratégique, passant d'un modèle de prestation de services soutenu par les bailleurs à une approche de renforcement des systèmes de santé priorisant l'appropriation locale, la capacité institutionnelle, et l'intégration au sein des structures du MSPP.

Pour appuyer cette transition, l'évaluation recommande ce qui suit :

- 1) Élaborer un plan de transition financière combinant une évaluation ciblée du rapport coût-efficacité et un transfert progressif des responsabilités afin de protéger la continuité et la durabilité des activités du projet ;
- 2) Redéfinir les objectifs de durabilité et les actions spécifiques en collaboration avec le MSPP et les autres parties prenantes clés, notamment en élaborant une stratégie conjointe MSPP–MSF de durabilité et de transition définissant un processus de transfert progressif, et en mettant en place un cadre conjoint MSPP–MSF d'évaluation de la durabilité ;
- 3) Intégrer des éducateurs pairs adolescents et les former aux côtés des agents de santé communautaires sur le soutien en SSR adapté aux adolescent(e)s ;
- 4) Améliorer les approches de collecte et de gestion des données afin d'intégrer des données désagrégées et des revues de routine ;
- 5) Repenser les services de lutte contre les violences basées sur le genre (VBG) selon une stratégie de recours centrée sur les survivant(e)s.

INTRODUCTION

CRISE HUMANITAIRE EN HAÏTI

Haïti possède l'un des systèmes de santé les plus fragiles de l'hémisphère occidental (Blot et al., 2018). Cette fragilité trouve ses racines dans une instabilité politique chronique, des fluctuations sécuritaires, des difficultés économiques persistantes, des catastrophes naturelles récurrentes, ainsi que des inégalités structurelles de longue date. Depuis 2021, le pays est plongé dans une crise humanitaire qui a atteint des niveaux critiques, affaiblissant davantage des institutions publiques déjà fragilisées et limitant la capacité du système de santé à répondre aux besoins de la population. L'effondrement des services de base dû à l'insécurité généralisée a accru les vulnérabilités, et la violence des gangs armés a causé des dizaines de milliers de décès, alimentant une crise sanitaire de plus en plus alarmante (OPS, 2025).

La violence des gangs a gravement compromis l'accès aux soins de santé, deux Haïtien(ne)s sur cinq ayant un besoin urgent de soins médicaux. À l'échelle nationale, 49 % des établissements de santé sont partiellement fonctionnels, 21 % non fonctionnels, et 4 % ont été détruits. À Port-au-Prince, la capitale, seuls 37 % des établissements de santé avec hospitalisation sont pleinement fonctionnels, 40 % sont non fonctionnels, et 10 % ont été détruits. En outre, les problèmes de sécurité ont perturbé la réponse humanitaire, entraînant des difficultés d'accès, des pénuries d'approvisionnement, et la fermeture d'établissements de santé (OPS, 2025). La suspension des vols internationaux à destination de Port-au-Prince a encore aggravé la crise en provoquant une pénurie critique de médicaments en Haïti (RFI, 2024). De plus, la crise humanitaire actuelle en Haïti touche de manière disproportionnée les femmes et les filles, qui représentent plus de 98 % des survivantes de violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) recevant des soins (MSF, 2017).

L'inaccessibilité de plusieurs routes dans les grandes villes, causée par les groupes armés, a contraint au déplacement de 1,4 million de personnes, soit environ 12 % de la population. Plus de la moitié de la population déplacée est composée de femmes et d'enfants (OPS, 2025). La plupart de ces personnes se sont installées dans des zones rurales relativement plus sûres, comme le sud du pays. Cependant, l'accès aux soins de santé dans les régions rurales du pays demeure extrêmement limité, et la disponibilité des services reste insuffisante. Dans le sud d'Haïti, les principaux obstacles à l'accès aux soins de santé comprennent l'éloignement géographique, la faiblesse des infrastructures, et une capacité limitée à fournir des soins d'urgence. Avec le soutien d'organisations non gouvernementales (ONG) telles que MSF, des interventions ont cherché à combler les lacunes critiques en matière de disponibilité, d'accessibilité financière, et de qualité des services de santé, tout en contribuant à la reconstruction des établissements de santé endommagés et à l'atténuation des obstacles financiers qui limitent l'accès aux soins.

APERÇU DE LA STRUCTURE DE SANTÉ ET DE L'ACCÈS AUX SOINS EN HAÏTI

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) d'Haïti opère au sein d'un cadre administratif composé de 10 départements, 146 communes et 571 sections communales (Blot et al., 2018). Dans cette structure, la prestation des soins de santé est organisée en trois niveaux. Le premier niveau fournit les services de soins de santé primaires et représente environ 80 % des institutions de

santé, y compris les centres avec lits (CAL). Le deuxième niveau comprend les hôpitaux départementaux et les établissements médicaux spécialisés qui fournissent des soins plus avancés et servent de centres de référence. Le troisième niveau comprend les hôpitaux universitaires et les institutions spécialisées qui fournissent des services tertiaires et hautement spécialisés. Cependant, malgré cette organisation formellement structurée et hiérarchisée, le système de santé fonctionne très différemment dans la pratique et demeure fortement fragmenté (Dorilien & Sanabria, 2025; MSPP, 2022).

Cette fragmentation se manifeste également dans la répartition géographique inégale des institutions de santé à travers le pays. Le département de l'Ouest, qui comprend la capitale, Port-au-Prince, concentre la plus grande part des institutions de santé (36,5 %), bien qu'il n'abrite que 15,7 % de la population (MSPP, 2022). En revanche, dans les départements à activité économique plus faible, où les zones rurales prédominent et où la pauvreté est plus élevée, la disponibilité des institutions de santé est nettement plus limitée. En raison de ces inégalités structurelles, l'accès aux soins de santé reste limité pour une grande partie de la population. Une faible proportion des Haïtien(ne)s a accès aux services de santé, et la plupart du personnel médical exerce en zone urbaine, avec une forte concentration dans la région métropolitaine de Port-au-Prince. En zone rurale, la situation est encore plus critique, puisqu'une faible part des établissements de santé y sont situés, alors qu'une part importante de la population y réside (Blot et al., 2018). Des difficultés opérationnelles systémiques aggravent encore ces déséquilibres géographiques et en ressources humaines. Les hôpitaux et cliniques publics font fréquemment face à des difficultés de gestion, à des grèves, ainsi qu'à des pénuries de personnel, de médicaments, de sang, de carburant, d'électricité et d'équipements médicaux, ce qui limite davantage la disponibilité et la qualité des soins.

Outre ces obstacles structurels et opérationnels, les contraintes financières restreignent davantage l'accès aux soins de santé. Le système de santé haïtien fonctionne selon un modèle mixte public-privé sous l'autorité du MSPP, mais l'investissement public dans la santé demeure insuffisant. En conséquence, le recours aux paiements directs des ménages constitue un obstacle majeur à l'accès aux services (Joseph et al., 2024). La couverture en assurance maladie est extrêmement limitée, avec seulement 2,1 % de la population rurale et 14,4 % de la population urbaine couvertes (Alfred, 2012). Par conséquent, de nombreuses personnes retardent ou renoncent à recourir aux soins en raison de contraintes financières, exacerbant davantage les inégalités en matière de santé.

APERÇU DU CONTEXTE SANITAIRE DANS LE SUD D'HAÏTI

Le Département du Sud est administrativement divisé en 5 arrondissements, 18 communes et 69 sections communales, elles-mêmes subdivisées en localités plus petites. Le chef-lieu départemental est Les Cayes, qui abrite l'Hôpital général départemental. Les zones reculées du département font face à une géographie rurale difficile, à des infrastructures de transport limitées et à un accès restreint, en particulier pendant la saison des pluies (Burtscher et al., 2023). L'accès aux soins de santé demeure un défi majeur dans cette région, où la qualité et la disponibilité des services de santé sont insuffisantes pour répondre aux besoins de la population. Cette situation a été davantage exacerbée par l'instabilité affectant Port-au-Prince (Burtscher et al., 2023).

Dans ce contexte, les indicateurs de santé maternelle et reproductive du département demeurent particulièrement préoccupants. Les chiffres officiels estiment le ratio de mortalité maternelle pour les accouchements en établissement dans le Département du Sud à 459 pour 100 000 naissances vivantes

; toutefois, ce chiffre ne tient pas compte des décès maternels survenant lorsque les femmes ne parviennent pas à atteindre les établissements de santé. Dans ce même département, seulement environ 56 % des femmes enceintes ont eu accès à au moins une consultation de soins prénatals. Le Département du Sud présente également une couverture contraceptive particulièrement faible (28 %) et figure parmi les départements affichant les taux les plus élevés de maternité chez les adolescentes (13 %), après le Centre (14 %) et la Grand'Anse (Blot et al., 2018).

HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DU PROJET PAPIM

Port-à-Piment (PaPim), une commune côtière du Département du Sud d'Haïti, est extrêmement vulnérable aux catastrophes naturelles et dispose d'une capacité de réponse limitée. Ce manque de capacité a été mis en évidence lors de l'ouragan Matthew en 2016, qui a gravement endommagé les infrastructures de santé dans tout le sud d'Haïti, affaiblissant davantage l'accès aux services de santé essentiels (Burtscher et al., 2023; MSF, 2024).

Suite à l'ouragan Matthew, MSF a déployé des interventions d'urgence au CAL de Port-à-Piment pour répondre aux besoins urgents en matière de santé, en particulier la prise en charge du choléra. Cet engagement d'urgence a progressivement évolué vers un programme durable au sein du CAL. Au fil du temps, MSF a stratégiquement recentré son champ d'action sur la fourniture de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), tout en continuant à renforcer le fonctionnement global de l'établissement par un soutien financier et matériel (Burtscher et al., 2023; MSF, 2024).

Suite à la mise en place de services gratuits et de haute qualité par MSF au sein du SONUB de Port-à-Piment, la fréquentation des établissements de santé environnants a diminué, mettant en évidence à la fois des besoins non satisfaits et des disparités en matière d'accessibilité et de qualité des services. En réponse, deux centres de santé soutenus ont été établis en 2019 dans les communes voisines de Chardonnières et Coteaux afin d'élargir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Par la suite, en 2020, le projet a renforcé le système de référence pour les urgences obstétricales et néonatales en soutenant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) à Port-Salut, renforçant ainsi le continuum régional de soins maternels et néonataux. Malheureusement, la collaboration entre MSF et l'établissement de santé de Port-Salut n'a pas été concluante (MSF, 2024).

En 2021, un important tremblement de terre a gravement touché la péninsule sud d'Haïti, y compris Port-à-Piment, causant des dommages considérables à des infrastructures de santé déjà fragiles et limitant davantage l'accès aux services essentiels (Burtscher et al., 2023; Joseph et al., 2024; MSF, 2024). En réponse, la maternité de PaPim a été entièrement reconstruite et modernisée pour fournir des SONUC, en partenariat avec MSF et le ministère de la Santé d'Haïti. Elle représente désormais l'un des rares établissements de la région capables de fournir des soins maternels et néonataux avancés. Le SONUC de Port-à-Piment offre des services complets de SSR, notamment des soins prénatals et postnatals, un accouchement assisté par du personnel qualifié, les soins contraceptif², la prise en charge des survivant(e)s de violences sexuelles, et les soins après avortement, soutenus par des composantes opérationnelles telles que l'eau et l'assainissement, la stérilisation, l'hygiène et la logistique. L'intervention comprend également un soutien de MSF à 4 structures périphériques, à savoir

² Note de la Stockholm Evaluation Unit : Cette terminologie est utilisée car recommandée par MSF, cependant il convient de souligner que la documentation du projet fait largement référence à la planification familiale, plutôt qu'aux soins contraceptifs.

des centres de santé³ (CDS Rendel, CDS Chardonnière, CDS Tiburon, CDS Les Anglais). Au total, le projet renforce un réseau de cinq établissements (4 SONUB dont les CDS et 1 SONUC à Papim) avec des filières de référence soutenues par des services d'ambulance dédiés, afin de garantir un accès rapide à des soins complets (Burtscher et al., 2023; MSF, 2024).

Outre le soutien aux services cliniques, MSF a mis en œuvre des interventions communautaires afin de renforcer la prestation des soins de santé et de promouvoir l'engagement communautaire. Ces activités comprennent des séances de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris des actions de proximité auprès des adolescents à travers un réseau d'éducateurs pairs (devant débuter en avril 2026), la diffusion d'informations sur les valeurs et principes de MSF, la sensibilisation et la co-organisation d'initiatives de don de sang, l'engagement auprès des femmes enceintes et de leurs partenaires, le renforcement et la supervision du réseau de « matrones », ainsi que la mise en place de comités communautaires de santé et de référence. Initialement, ces activités de sensibilisation communautaire étaient menées porte-à-porte ; toutefois, cette approche a progressivement évolué vers une démarche plus ciblée à partir de 2024, visant les populations les plus vulnérables, par exemple les femmes enceintes et leurs partenaires, les jeunes et adolescents, ainsi que certaines zones reculées identifiées sur la base de l'évaluation des besoins (Burtscher et al., 2023).

HISTORIQUE DU PROJET

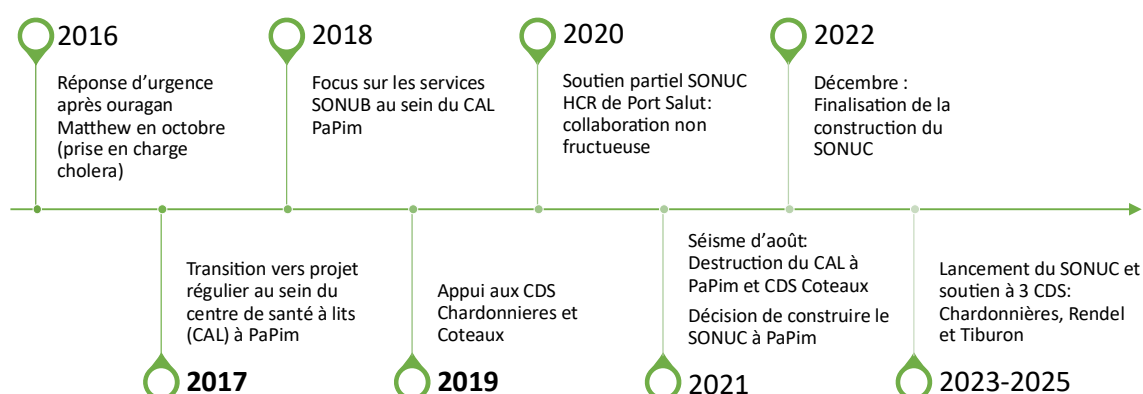


Figure 1: Évolution du projet PaPim (PAPIM ARO, 2026)

³ Note de la Stockholm Evaluation Unit : Ce rapport d'évaluation fait référence aux Centres de Santé (CDS) car c'est la terminologie utilisée par MSF. Il convient cependant de noter une disparité entre cette terminologie et la nomenclature haïtienne pour désigner ces structures.

Tableau 1: Établissements de santé soutenus par le projet PaPim et activités communautaires associées

	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ CONCERNÉ	ACTIVITÉS PRINCIPALES
SONUC	Port à Piment	- Salle d'opération pour la prise en charge des césariennes. - Unité de soins intensifs néonataux (USIN) pour les soins aux nouveau-nés. - Soins de SSR adaptés aux adolescents. - Néonatalogie - Maternité - Consultations externes (OPD – Outpatient department) avec consultation prénatale, consultation postnatale, violence sexuelle et planification familiale.
SONUB	CDS Tiburon CDS Chardonnières CDS Rendel CDS Les Anglais	- Suivi prénatal (SPN). - Planification familiale (PF). - Suivi postnatal des mères et de leurs nouveau-nés (jusqu'à 7 jours après l'accouchement). - Prise en charge clinique des victimes d'agression sexuelle. - Orientation des complications obstétricales directes (COD) vers un centre de soins obstétricaux d'urgence et de soins intensifs (SONUC). - Soins de SSR adaptés aux adolescents. - Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) (dépistage uniquement, orientation pour le suivi).
Activités communautaires	- Écoles (collaboration en cours avec deux établissements, avec pour objectif d'en compter cinq d'ici avril 2026) - Associations de jeunesse - Groupes communautaires locaux	- Séances d'éducation communautaire et de promotion de la santé destinées aux différents acteurs locaux de la zone cible. - Réunions mensuelles avec les co-responsables, l'ASCP et le comité d'orientation. - Séances d'information en groupe avec les femmes enceintes. - Réunions trimestrielles avec les accoucheuses traditionnelles. - Séances de promotion de la santé dans les écoles.

NB : CDS Les Anglais : Nouveau site, le service d'assistance vient d'être mis en place en février 2026

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DU PROJET

Le projet PaPim couvre plusieurs communes rurales du sud d'Haïti, notamment Port-à-Piment, Roche-à-Bateau, Tiburon, Chardonnières, et les localités environnantes, caractérisées par des populations dispersées et des conditions géographiques difficiles. La population totale de la zone s'étendant de Tiburon à Roche-à-Bateau est estimée à 154 857 habitants. Port-à-Piment couvre environ 60 km² et compte une population majoritairement rurale de moins de 20 000 habitants. En revanche, Tiburon est à la fois géographiquement plus vaste et plus peuplée, avec plus de 20 000 résident(e)s vivant dans des zones montagneuses et difficiles d'accès (Burtscher et al., 2023).

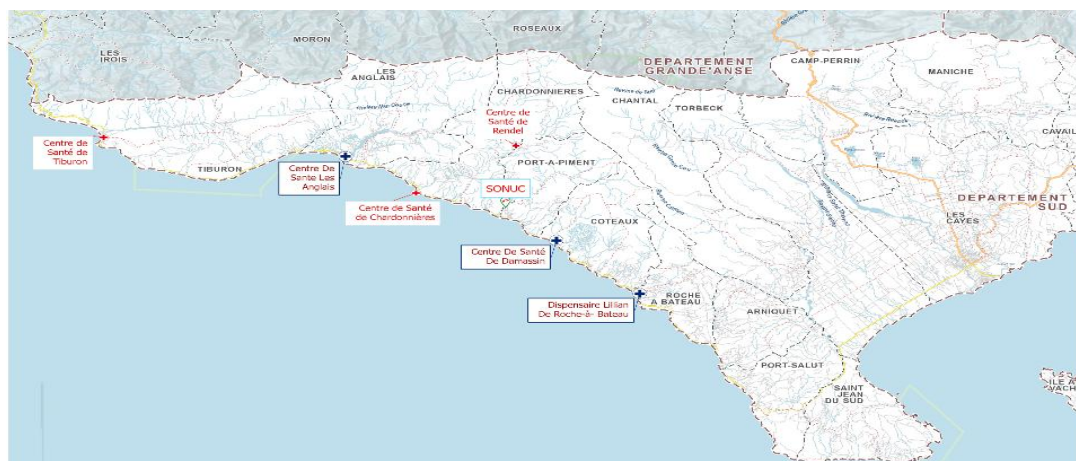


Figure 2: Haïti-Sud : la carte met en évidence la présence de MSF depuis 2025 (en rouge) et les prévisions pour 2026 (en bleu)

En tenant compte des localités rurales environnantes, la population totale dépasse probablement 40 000 à 50 000 habitants. Ces populations sont largement dispersées, et les distances à parcourir pour atteindre les établissements de santé sont souvent considérables (Burtscher et al., 2023). De nombreux résidents vivent dans des villages isolés, accessibles uniquement par des sentiers ou des routes mal entretenues, en particulier pendant la saison des pluies, ce qui limite davantage l'accès rapide aux services de santé (Sarikhani et al., 2024).

La maternité de Port-à-Piment fonctionne bien au-delà de sa zone de couverture initiale, reflétant la grave pénurie de services de santé opérationnels dans le sud d'Haïti. Les patient(e)s parcourent fréquemment de longues distances, notamment depuis Les Cayes et les communes environnantes, pour accéder à ses services. Bien que cette dynamique augmente la demande pour des ressources limitées, elle met également en évidence la fonction essentielle de l'établissement en tant que pôle de référence régional. Par conséquent, le projet PaPim remplit un double mandat : répondre aux besoins des communautés locales tout en servant de filet de sécurité indispensable pour les populations mal desservies de la péninsule sud (Burtscher et al., 2023).

APPROCHE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET ET THÉORIE DU CHANGEMENT

Selon les Termes de Référence (TdR) et le cadre logique du projet, l'objectif global est de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales dans les communautés situées dans le Sud, le long de l'axe Roche-à-Bateau–Tiburón. Pour atteindre cet objectif, le projet s'appuie sur le modèle des « trois retards » (*3-delay model*) en matière de réponse obstétricale d'urgence (Raymondville et al., 2020), tout en collaborant étroitement avec le MSPP et d'autres partenaires du secteur afin d'assurer une intégration progressive et une mutualisation des activités et des responsabilités, en vue d'un transfert harmonieux d'ici la fin de l'année 2027.

Les principales composantes du modèle des trois retards sont les suivantes :

Retard 1 : Reconnaissance du problème et décision de recourir aux soins

L'objectif est que les femmes, les adolescentes, les familles et les communautés dans la zone d'intervention du projet prennent des décisions à temps pour rechercher des soins médicaux. Pour ce faire, le projet met l'accent sur des activités d'engagement communautaire, principalement des sessions de promotion de la santé (sensibilisation et éducation) destinées à des groupes cibles (adolescents, femmes enceintes, leurs partenaires et certaines zones reculées).

Ces activités sont également menées dans divers cadres (écoles, groupes communautaires tels que les associations de jeunes et autres organisations communautaires) afin de renforcer les connaissances sur les thématiques générales de SSR et l'importance des consultations prénatales ainsi que des accouchements assistés par des professionnels de santé qualifiés. Ces activités communautaires sont principalement réalisées par les Colvols (collaborateurs volontaires) de MSF et les ASCP (agents de santé communautaire polyvalents) soutenus par le MSPP, en collaboration avec les matrones et les comités communautaires de référence, sous la supervision du personnel de promotion de la santé (*HP-Heath Promotion*) de MSF.

Retard 2 : Accès et transport vers les soins

L'objectif ici c'est que la qualité et la rapidité des systèmes de référence et de contre-référence sont renforcées dans la zone d'intervention du projet. Cela est assuré principalement par :

- La mise à disposition de ressources matérielles (ambulances, lignes téléphoniques et petits équipements tels que des chaussures et des lampes torches pour faciliter les déplacements nocturnes) ;
- Des incitations financières (pour le personnel de santé du MSPP et les partenaires communautaires, y compris les matrones, ASCP et Colvols) ;
- Le renforcement des capacités du personnel des trois centres de santé périphériques soutenus et la formation des accoucheuses traditionnelles (matrones) afin de reconnaître et référer les urgences obstétricales depuis les communautés et les structures périphériques vers l'hôpital de PaPim ;
- La mise à disposition de ressources humaines (superviseurs en promotion de la santé, chauffeurs et personnel logistique).

Retard 3 : Accès à des soins de qualité : Les principaux objectifs sont les suivants :

- Assurer la disponibilité de services SONUB de qualité ainsi que des services de SSR primaires (PF, consultations prénatales et postnatales, prise en charge clinique des violences sexuelles) dans les trois centres de santé périphériques soutenus, tout en renforçant le système de référence et de contre-référence dans la zone du projet ;
- Garantir la disponibilité de services SONUC complets de qualité à PaPim, ainsi que le renforcement des capacités du personnel de santé en matière de SSR.

La figure 3 présente les objectifs généraux, les activités et les résultats du projet sous la forme d'une théorie du changement (TOC) schématique. Contrairement aux cadres logiques actuellement utilisés pour le projet, le modèle de changement offre une compréhension plus simple, plus flexible et plus holistique des mécanismes de changement, des hypothèses et des rôles de chaque partie prenante dans le projet. Dans le cadre de cette évaluation, ce modèle de changement a servi de feuille de route pour vérifier si les processus prévus s'étaient déroulés comme prévu, identifier où et pourquoi la mise en œuvre avait réussi ou échoué, et expliquer les résultats observés.

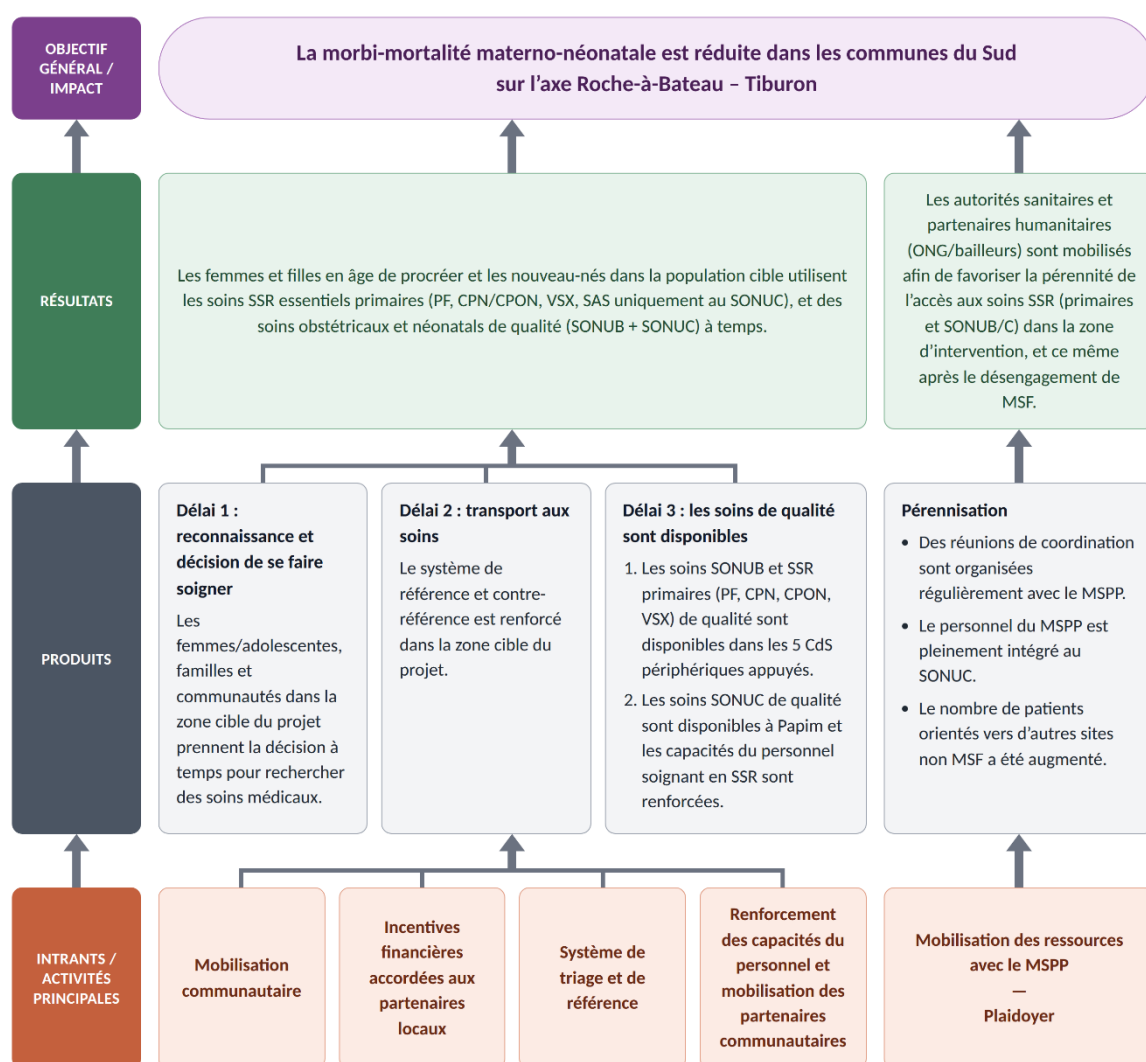


Figure 3: Théorie du changement (TOC) du projet PaPim

QUESTIONS D'ÉVALUATION ET APPROCHE CONCEPTUELLE

QUESTIONS D'ÉVALUATION

Selon le TdR, les questions d'évaluation sont les suivantes :

1. Quels **changements dans les comportements de recherche de soins** ont eu lieu au cours du projet, et quelles **conditions ou interventions ont été les plus critiques** pour permettre à ces changements de persister après la fin du soutien de MSF ?
 - a. Que révèlent les schémas d'utilisation du SONUC sur la **reconnaissance communautaire des complications et des parcours de recherche de soins**, et **qu'est-ce qui doit être et rester en place** pour garantir que les femmes à haut risque reçoivent des soins appropriés, y compris après le départ de MSF ?
 - b. Quels **obstacles persistants aux soins** en établissement le projet n'a-t-il pas encore surmontés, et **lesquels d'entre eux risquent de s'intensifier** après le départ de MSF sans stratégies d'atténuation spécifiques ?
2. Quelles **améliorations spécifiques de capacité dans les CDS (SONUB)** se sont révélées les plus durables et valorisées par les communautés, et de quel soutien ces établissements auront-ils besoin pour maintenir la qualité des services et la confiance des patients après la transition ?
3. Quels investissements fondamentaux - tels que les approches d'engagement communautaire et le renforcement des capacités - ont créé un **élan auto-renforçant** qui se poursuivra de manière indépendante, et quels investissements restent **fragiles** et dépendants d'un soutien externe continu ?
4. **Qu'est-ce qui s'est avéré le plus et le moins efficace pour renforcer les soins obstétricaux d'urgence et de base**, et comment ces informations peuvent-elles guider à la fois l'intervention de MSF dans la phase finale du projet, ainsi que la stratégie et la mise en œuvre de la passation afin de maximiser la durabilité post-MSF ?
 - a. Quels éléments du système de référence dépendent de la présence de MSF par rapport à la capacité locale, et quels fossés ou relations critiques doivent être renforcés maintenant, notamment pour éviter toute rupture dans les références après le retrait de MSF ?
 - b. Quelles capacités peuvent réellement être transférées au MSPP ou à d'autres acteurs compte tenu de leur capacité et contraintes actuelles, qu'est-ce qui nécessitera un soutien externe continu, et quelles lacunes cela révèle-t-il qui doivent être comblées dès maintenant ou par des dispositifs alternatifs ?
 - c. Quels pivots stratégiques dans le temps restant de MSF permettraient au mieux au système de santé de maintenir les gains en santé maternelle de manière indépendante, et qu'est-ce que nous regretterions le plus de ne pas avoir fait avant de partir ?
5. **Quels indicateurs mesurables** au niveau communautaire et institutionnel pourraient indiquer que les conditions sont réunies pour une passation ou bien que le retrait soit prématuré, et quel devrait être le plan de secours si ces conditions ne sont pas remplies à la date prévue de départ ?

- a. Quels services, systèmes ou mécanismes de support spécifiques représentent l'infrastructure minimale viable pour l'accès à la SSR, et quels signes d'alerte précoces indiqueraient que ces éléments essentiels se détériorent après la rétrocession ?

Cependant, selon le rapport initial, la question n° 1 a été reformulée comme suit : « *Quels **changements dans les comportements de recherche de soins semblent être produits au cours du projet, et quelles conditions ou interventions ont été les plus critiques pour permettre à ces changements de persister après la fin du soutien de MSF ?*** »

CONCEPTS CLÉS ET DÉFINITIONS

Lors de l'examen des documents initiaux du projet communiqués à l'équipe d'évaluation (notamment les cadres logiques et les documents de projet), nous avons identifié certains concepts liés à la mise en œuvre, au transfert et à la pérennité du projet. Ces concepts ont été approfondis lors des premiers entretiens avec les membres du groupe de coordination et sont présentés ici afin de garantir la clarté et une compréhension commune entre l'équipe d'évaluation et le groupe de coordination. Il s'agit des concepts suivants :

- i. **Mutualisation/Intégration** : Dans le cadre du projet PaPim, les termes « mutualisation » et « intégration » sont utilisés de manière interchangeable pour décrire une mise en commun du personnel, des ressources financières et d'autres ressources entre le MSPP et MSF. Cette approche implique progressivement le personnel du MSPP dans les activités du projet et permet au MSPP d'assumer certaines responsabilités (financières et matérielles) qui étaient auparavant supportées exclusivement par le projet. Elle sert ainsi de stratégie pour amorcer ou aborder le transfert vers le MSPP, en assurant un transfert progressif des responsabilités. Dès son lancement début 2025, les progrès ont été timides et, jusqu'au début de l'année 2026, seules les activités de planification et de coordination avec le MSPP, ainsi que la mutualisation de certains membres du personnel auxiliaire et de leurs rôles entre le CDS de Port-à-Piment et le SONUC de MSF (agents d'entretien, personnel de sécurité), ont abouti. Le projet espère continuer à plaider en faveur de cette transition, notamment la mutualisation/intégration du personnel médical au SONUC et des activités communautaires en 2026, avec un transfert complet d'ici fin 2027.
- ii. **Mobilisation** : ce terme désigne la mobilisation d'autres acteurs (principalement le MSPP et le Fonds des Nations Unies pour la population - FNUAP) ainsi que de financements humanitaires afin de combler les lacunes existantes dans le système de santé du Sud, en particulier dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Il s'agit des efforts de plaidoyer que MSF déploie ou prévoit de déployer auprès du MSPP et d'autres partenaires qui soutiennent les activités de SSR dans la zone, dans le but d'obtenir leur reconnaissance et leur intérêt pour la reprise des activités de MSF au niveau du SONUC, des SONUB et des communautés avant et surtout après le transfert de 2027. D'après ce que nous comprenons, les activités de mobilisation ont démarré lentement en 2025 et devraient constituer une part importante des activités du projet en 2026, certaines activités cibles étant :
 - Plaidoyer en faveur du déploiement de personnel qualifié dans le Sud
 - Plaidoyer en faveur de la décentralisation du système d'analyse sanguine et d'une meilleure disponibilité du sang dans le Sud

- Amélioration de la prise en charge globale des violences sexuelles et d'autres priorités négligées en matière de SSR
 - Promotion de l'importance d'une approche de la SSR des adolescents (PaPim Log frame 2024 & 2025)
- iii. **Décentralisation** : Bien que le terme « décentralisation » soit souvent compris comme désignant de manière générale le transfert de pouvoirs d'un niveau décisionnel supérieur vers un niveau inférieur (OECD, 2019), dans le cadre du projet PaPim, ce terme revêt une dimension plus stratégique. Il représente un changement de paradigme opérationnel du projet, passant d'une approche parallèle/verticale (où le projet était situé uniquement au niveau de l'hôpital de Papim et impliquait uniquement le personnel de MSF) à une approche plus horizontale/intégrée (soutenant trois établissements de santé périphériques, notamment le CS Tiburon, le CS De Chardonnières et Rendel, tous gérés par le personnel du MSPP), dans le but de renforcer les capacités de ces établissements de santé pour qu'ils fonctionnent efficacement en tant que sites SONUB (fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et prenant en charge les cas obstétricaux moins complexes, ne référant les cas complexes qu'au SONUC). L'initiative de décentralisation a également été mise en œuvre comme stratégie visant à mieux aligner le projet sur le système de santé haïtien, à faire des sites SONUB le premier point de contact pour les patientes, à désengorger le SONUC et à le rendre plus efficace en ne prenant en charge que les cas nécessitant une attention spécialisée.

APPROCHE CONCEPTUELLE

Nous avons utilisé trois cadres théoriques : le modèle PRECEDE-PROCEED, le modèle COM-B et le modèle socio-écologique.

- i. **Le modèle PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005)** : Le modèle PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*) et PROCEED (*Policy, Regulatory, and Organisational Constructs in Educational and Environmental Development*) est un modèle de promotion de la santé adapté aux interventions qui ciblent une communauté et qui travaillent avec celle-ci afin de favoriser le changement. Ce cadre servira de cadre global et guidera l'ensemble de l'évaluation. Il permettra d'examiner le niveau d'engagement de la communauté et des parties prenantes dans la planification et la mise en œuvre du programme, sa pertinence, son impact, ainsi que les obstacles et les possibilités d'amélioration, ce qui orientera les plans de transfert.
- ii. **Le modèle COM-B (Michie et al., 2011)** : Le modèle COM-B (*Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour*) est un modèle comportemental qui vise à comprendre comment les caractéristiques des individus en termes de capacité (psychologique et physique, connaissances et compétences), de motivation et d'opportunités (les situations dans lesquelles ils se trouvent) influencent leurs comportements. Il guide également la manière dont les interventions visant le changement de comportement peuvent être mises en œuvre, ainsi que les options de politiques nécessaires pour les soutenir. Ce modèle sera utilisé pour évaluer les aspects du changement de comportement induits par le projet, ainsi que les interventions et

activités mises en place pour favoriser ce changement au sein de la population, et pour déterminer ce qui peut être fait afin d'améliorer et de faciliter la transition.

- iii. **Le modèle socio-écologique** : Ce modèle explore les processus interactifs entre une personne et les différentes couches de son environnement (McLeroy et al., 1988). Ce cadre guidera la compréhension de la manière dont les différents niveaux de la société - facteurs individuels, interpersonnels, communautaires et sociétaux - influencent le changement de comportement, l'adoption et le transfert ultérieur du projet.

MÉTHODES

CONCEPTION DE L'ÉVALUATION

Nous avons utilisé une approche mixte intégrant une étude de cas pour réaliser cette évaluation. Celle-ci comprendra les éléments suivants :

1. **Revue documentaire** : Analyse des documents spécifiques au projet ainsi que des politiques nationales et internationales pertinentes afin de contextualiser et de situer le projet (par exemple : protocole d'accord avec le MSPP ou d'autres partenaires, théorie du changement et modèle logique du projet, rapports nationaux en matière de SSR).
2. **Analyse secondaire des données** : Nous avons réalisé une analyse secondaire des données de suivi collectées de manière routinière, afin d'examiner l'évolution des services de santé et des résultats de santé au fil du temps. Les données ont été extraites du système national d'information sanitaire (DHIS2) et couvrent la période de 2022 à 2025. Lorsqu'il était possible, les données de 2019 à janvier 2026 ont été utilisées pour établir les tendances avant et après la période d'évaluation. Nous n'avons pas obtenu l'autorisation d'accéder au portail DHIS2 ; un membre de l'équipe du projet a extrait les ensembles de données pertinents et nous les a transmis par courriel.
Les données comprenaient des indicateurs sur la santé maternelle et néonatale, l'utilisation des services, la planification familiale, les VBG et d'autres indicateurs clés de SSR, provenant d'établissements de santé soutenus par MSF et d'établissements non soutenus par MSF. L'analyse a utilisé à la fois des données agrégées au niveau des établissements de santé et des données individuelles, lorsque celles-ci étaient disponibles. Les données individuelles comprenaient des informations sur l'âge, le motif de consultation et le lieu de résidence, mais ne comprenaient pas les dossiers médicaux complets des patients. Les données agrégées comprenaient les indicateurs régulièrement rapportés sur les services et les résultats de santé au niveau des établissements.
3. De même, les données secondaires relatives au département du Sud ont été extraites des rapports statistiques nationaux de 2022, 2023 et 2024 (MSPP 2022, 2023 & 2024). Les données relatives à la contraception, à la mortalité maternelle, aux accouchements à domicile, aux violences sexuelles et à d'autres aspects pertinents de la santé sexuelle et reproductive ont été extraites et analysées, et, lorsque cela était possible, des tendances ont été établies. En l'absence de données provenant d'autres sites non soutenus par MSF, les données du département du Sud ont été utilisées comme proxys pour visualiser les tendances dans les sites non soutenus par MSF. Tout au long de la section « Résultats », nous faisons référence aux résultats de cette analyse comme étant les données du département du Sud.
Étude de cas : L'étude de cas a porté sur l'hôpital de PaPim (SONUC) et le CDS Rendel et Tiburon (SONUB) ainsi que leurs communes respectives (Port-à-Piment, Chardonnière et Tiburon), afin d'obtenir une compréhension approfondie et globale des activités du programme, y compris les références des patients depuis le SONUB et les communautés. La décision d'utiliser ces sites comme études de cas a été prise en concertation avec l'équipe du projet. Les activités sur les sites sélectionnés incluront : une revue documentaire des directives et documents existants,

une enquête de sortie des clients, la cartographie des services, des entretiens individuels approfondis (EIA) avec les prestataires de soins et les partenaires communautaires, ainsi qu'une analyse secondaire des principaux indicateurs de performance.

4. **Entretiens semi-structurés avec les informateurs clés** : Entretiens auprès des parties prenantes stratégiques de MSF, du MSPP et de la communauté.

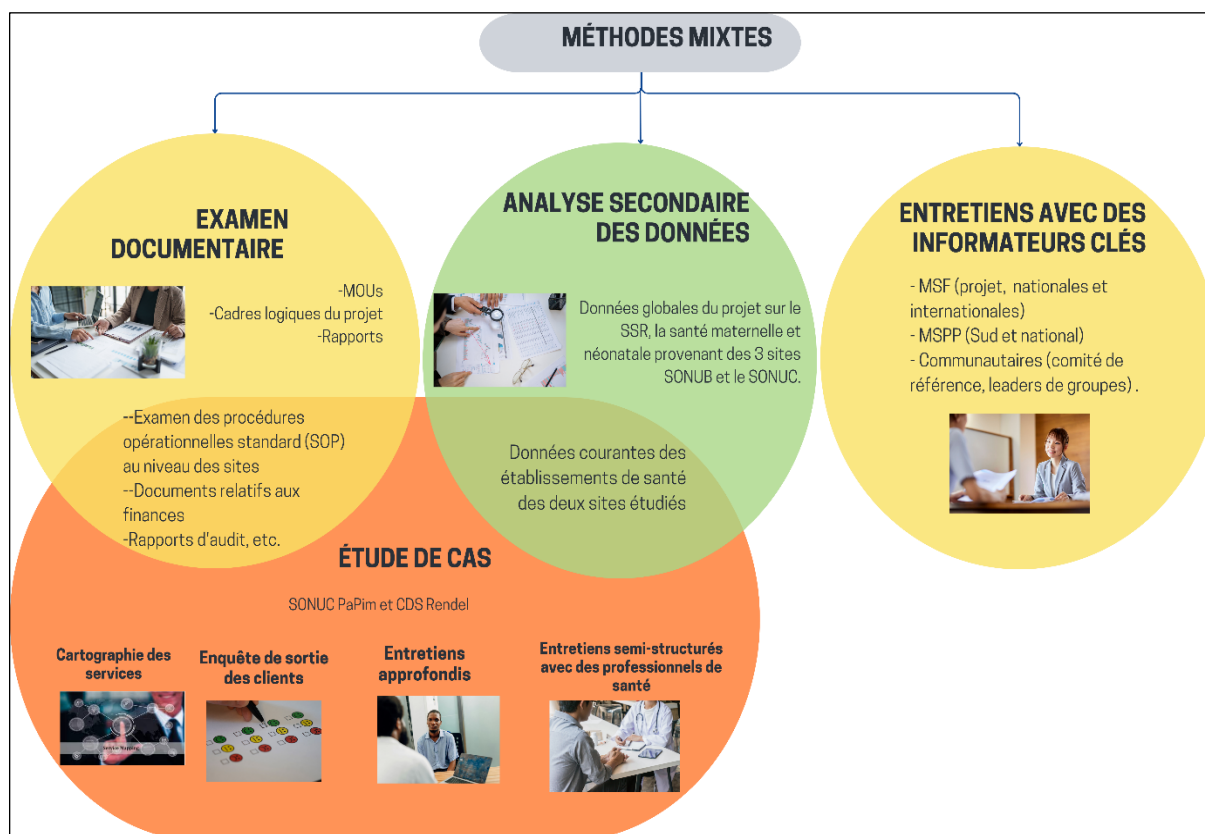


Figure 4: Conception de l'évaluation

POPULATION D'ÉTUDE ET SÉLECTION DES PARTICIPANTS

L'équipe d'évaluation a utilisé une méthode d'échantillonnage de convenance pour identifier les participants aux différents volets de l'évaluation.

1. **Informateurs clés MSF** : Des membres stratégiques du personnel de MSF aux niveaux global/international, national et du projet ont été sélectionnés et invités à participer à des entretiens semi-structurés. Les catégories de personnel ciblées ont notamment inclus les coordinateurs de projet régionaux/nationaux, les référents médicaux et le personnel de soutien, ainsi que les coordinateurs des activités communautaires, y compris le personnel en communication.
2. **Informateurs clés MSPP** : Les informateurs clés potentiels du MSPP comprenant le représentant national en SSR, le directeur sanitaire du département du Sud, les responsables de la SSR et des ressources humaines, ainsi que les superviseurs des activités communautaires.

3. **Personnel au niveau des structures de santé** : Nous avons échantillonné le personnel des structures de santé des sites d'étude de cas en fonction de leur niveau d'implication dans les activités du programme de SSR, qu'il s'agisse de personnel MSF, MSPP ou recruté par d'autres partenaires. Parmi les participants potentiels ont figuré les directeurs d'hôpitaux, les infirmiers(ères), les sage-femmes, les médecins et le personnel communautaire impliqué dans le circuit de référence. Nous avons également identifié les patient(e)s fréquentant les sites d'étude de cas durant la semaine de collecte des données, à partir des différents points d'entrée (consultation externe, salle d'accouchement, NICU), ainsi que leurs accompagnants et partenaires, afin de participer à l'enquête de sortie. Un sous-échantillon des participants à l'enquête, ayant effectivement utilisé les services, a été invité à participer à des entretiens approfondis. Un échantillonnage raisonné a été utilisé afin d'assurer une diversité en termes d'âge, de sexe et de motifs de consultation.
4. **Niveau communautaire** : Au niveau communautaire, nous avons recruté et enquêté auprès des utilisateurs des services participant aux activités de sensibilisation communautaire (élèves, hommes et femmes présents aux points de services mobiles, y compris les femmes enceintes et en post-partum ainsi que leurs partenaires). Un sous-échantillon de ces participants a également été sélectionné pour des entretiens approfondis.

ANALYSE DES DONNÉES

Nous avons analysé les données quantitatives à l'aide de statistiques descriptives dans Excel afin d'explorer le recours aux services ainsi que certains indicateurs de SSR et de soins obstétricaux sélectionnés. Cette analyse visait à éclairer la compréhension des comportements de recherche de soins, du recours aux services de SONUC et de SONUB, des facilitateurs et obstacles à l'accès aux soins, ainsi que des lacunes potentielles affectant la continuité des soins.

Nous avons analysé les données qualitatives issues des entretiens de manière thématique à l'aide de NVivo version 14. Notre analyse a exploré les perceptions relatives à la qualité des services et aux expériences des usager(ère)s, les obstacles et facilitateurs à l'accès aux soins et à la référence, ainsi que les perspectives en matière de durabilité, de priorités locales, et de transfert suite au retrait de MSF. Nous avons triangulé les résultats des analyses quantitatives et qualitatives afin de renforcer l'interprétation et d'appuyer des conclusions et recommandations pratiques.

Nous avons saisi les données issues de la revue documentaire et de la cartographie des services dans des feuilles Excel et les avons résumées à l'aide d'approches narratives et tabulaires. Nous avons intégré ces informations aux autres composantes de l'évaluation afin de favoriser une compréhension globale du projet, du contexte local, des services disponibles, et des lacunes existantes.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Nous avons mené l'évaluation conformément aux normes éthiques applicables à la recherche et à l'évaluation en contexte humanitaire, et avons respecté les exigences des Trois Conseils canadiens en matière d'éthique de la recherche (Government of Canada, 2013). La participation était volontaire et fondée sur un consentement éclairé, avec des procédures adaptées aux préférences linguistiques des participants.

Les adolescents ont été délibérément inclus dans l'évaluation, car ils comptent parmi les utilisateurs des services de SSR, et leurs points de vue et expériences directs ont été considérés comme importants pour l'évaluation des services. En ce qui concerne le consentement, lorsque les adolescents sollicitaient les services de manière autonome, leur consentement à participer aux entretiens était recueilli directement auprès d'eux. Lorsque les adolescents étaient accompagnés d'un parent ou d'un tuteur, le consentement du parent ou du tuteur était recueilli, ainsi que l'assentiment de l'adolescent. La participation était volontaire et les participants étaient informés qu'ils pouvaient refuser de répondre à toute question ou interrompre l'entretien à tout moment. Les mêmes outils principaux et les mêmes questions de collecte de données ont été utilisés auprès des adolescents et des adultes afin d'assurer la cohérence et la comparabilité des réponses. Toutefois, lors des entretiens avec les adolescents, le langage, le ton et les explications étaient adaptés à leur âge et à leur niveau de compréhension, les questions étant formulées de manière claire, simple et non jugeant.

Compte tenu de la sensibilité des thématiques liées à la SSR, l'équipe d'évaluation a appliqué, tout au long du processus de collecte des données, une approche fondée sur le principe de « ne pas nuire » (« do no harm ») et tenant compte des traumatismes (« trauma-informed »). Les enquêteurs ont évité d'approfondir inutilement des expériences susceptibles de provoquer une détresse et ont respecté les limites et les choix des participants, notamment leur possibilité de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien sans aucune conséquence. Lorsque cela était pertinent, les participants étaient informés des dispositifs de soutien disponibles s'ils avaient besoin d'une assistance supplémentaire à la suite de l'entretien.

Toutes les données ont été traitées de manière confidentielle, et les informations ont été anonymisées lors de l'analyse et de la rédaction du rapport. Les entretiens ont été menés dans des cadres privés, et aucune information privée ou identifiable n'a été incluse dans les résultats. Les approches de collecte de données ont privilégié la sécurité et la dignité tant des participants que des chercheurs.

RÉSULTATS

Afin de répondre de manière appropriée aux questions d'évaluation, nous présenterons tout d'abord la portée du projet PaPim en analysant en détail la cartographie des services réalisée sur les sites de l'étude de cas (SONUC de Port-à-Piment, CDS de Rendel et Tiburon). Nous présenterons ensuite les autres résultats selon les critères de l'OCDE : pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact et durabilité (OECD, 2019). Nous recouperons et présenterons les résultats issus de toutes les méthodes de collecte de données (résultats quantitatifs venant compléter les résultats qualitatifs et ceux de l'analyse documentaire, et inversement) lorsque cela s'avérera pertinent lors de l'examen de chaque critère d'évaluation, et nous répondrons aux questions d'évaluation telles qu'énoncées dans la matrice d'évaluation (appendice 4).

PORTEE DES INTERVENTIONS MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DU PROJET PAPIM

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet PaPim en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR), MSF gère de manière exclusive le SONUC PaPim et apporte son soutien aux maternités de quatre autres établissements de santé situés le long de l'axe Roche-à-Bateau-Tiburon. Il s'agit notamment du CDS Rendel, de Chardonnières, des Anglais et de Tiburon. Afin de fournir des détails sur le soutien apporté par MSF dans la zone cible, cette sous-section présente les résultats de l'exercice de cartographie des services mené sur les sites de l'étude de cas : le SONUC de PaPim, le CDS de Rendel et celui de Tiburon.

Tableau 2: Cartographie des services

SERVICES	PAPIM	CDS RENDEL	CDS TIBURON	COMMENTAIRES
<i>Section 1: Identification et classification de l'établissement</i>				
Niveau de l'établissement	SONUC	SONUB	SONUB	
Autorité de gestion	Privée (MSF)	Mission & MSPP	Mission & MSPP	
Localisation (commune)	Coteaux	Rendel	Tiburon	
Années depuis le début du soutien de MSF	2016	2023	2023	
<i>Section 2: Fonctionnement de l'établissement</i>				
Jours d'ouverture par semaine	7/7	5/7	5/7	Rendel et Tiburon sont ouverts uniquement du lundi au vendredi.
Heures d'ouverture par jour	24/24	8h/24	8h/24	De 8 h à 16 h pour Rendel et Tiburon.
Prise en charge des urgences en dehors des heures d'ouverture	Oui	Non	Non	À Rendel et Tiburon, les infirmiers peuvent être joints à domicile en cas d'urgence, après les heures de travail, les fins de semaine et les jours fériés.
Horaires saisonniers (ex. jours fériés)	Oui	Non	Non	

SERVICES	PAPIM	CDS RENDEL	CDS TIBURON	COMMENTAIRES
<i>Section 3: Profil du personnel</i>				
Personnel clinique				
Obstétriciens/Gynécologues	1	0	0	
Médecins généralistes	5	0	1	Médecins de famille
Sages-femmes	8+2*+1 [§]	1*	1	
Infirmiers(ères)	22+4*	1	4	
Aides-infirmiers(ères)	13+2*	1	2	
Anesthésistes	4+2*	0	0	1 médecin anesthésiste et 5 infirmiers anesthésistes
Pédiatres	1 [§]	0	0	Déplacements depuis Port-au-Prince (Flying)
Techniciens de laboratoire	4+1 [§]	0	1	À Rendel, l'infirmier réalise les analyses de laboratoire pour les consultations prénatales
Pharmaciens/dispensateurs	2+1 [§]	1	1	1 pharmacien à PaPim; les autres sont des dispensateurs
Psychologue	1 + 1*	0	0	
Personnel communautaire				
Sage-femmes itinérantes	2+1 [§]	0	0	Coaching pour les sites SONUB
Personnel de promotion de la santé	10	-	-	10 agents au total, répartis par paires dans les communautés
partenaires / relais communautaires				
Matrones (accoucheuses traditionnelles)	6	13	20	Référence et orientation active des femmes enceintes
Colvols	10	5	0	
ASCP	0	0	17	
Groupes d'action communautaire	7	4	5	
Comité de référence	Oui	Oui	Non	
Éducateurs pairs/mentors	0	0	0	Projet d'identification et de formation de jeunes ambassadeurs à partir de juin 2026
<i>Section 4: infrastructure et capacité d'accueil</i>				
Capacité totale en lits	27	5	2	Le lit de Tiburon est réservé à l'observation post-partum immédiate

SERVICES	PAPIM	CDS RENDEL	CDS TIBURON	COMMENTAIRES
Lits de salle de travail	3	2	0	
Tables/lits d'accouchement	3	1	1	
Lits postnatals	17	2	1	Comprend 4 lits postopératoires, 1 chambre d'isolement et 4 lits de pathologie à PaPim
Salle de réveil postopératoire	3	0	0	
Lits néonataux	11	0	0	Comprend 4 lits de soins intensifs néonataux et 1 chambre d'isolement à PaPim
Unité Kangourou	Oui	Non	Non	
Salle d'opération disponible?	Oui	Non	Non	
Transfusion sanguine?	Oui	Non	Non	
Salle d'accouchement fonctionnelle?	Oui	Oui	Oui	Une salle d'accouchement par établissement
Électricité (reseau/générateur/solaire/ucun)	Oui	Oui	Oui	Solaire + génératrice à PaPim; solaire uniquement à Rendel et Tiburon
Approvisionnement en eau (source)	Oui	Oui	Oui	Système de filtration dans l'hôpital de PaPim
Installations sanitaires fonctionnelles	Oui	Oui	Oui	MSF fournit les produits EAH (eau, assainissement et hygiène) à Rendel et Tiburon
Services de santé maternelle				
Soins prénatals	Oui	Oui	Oui	Du lundi au vendredi; offre complète
Accouchement assisté par un personnel qualifié	Oui	Oui	Oui	
Consultation postnatale (CPN)	Oui	Oui	Oui	Jusqu'à 45 jours après l'accouchement
Prise en charge des complications obstétricales	Oui	Non	Non	
PMTCT	Non	Non	Non	La maternité de PaPim assure un traitement antirétroviral avant la référence
Planification familiale	Oui	Oui	Oui	Méthodes de courte et longue durée disponibles; ligature uniquement à PaPim
Soins après avortement	Oui	Non	Non	

SERVICES	PAPIM	CDS RENDEL	CDS TIBURON	COMMENTAIRES
Services de santé du nouveau-né et de l'enfant				
Réanimation néonatale	Oui	Oui	Non	PaPim et Rendel disposent d'oxygène.
Prise en charge des infections néonatales	Oui	Non	Non	
Vaccination	Oui	Oui	Oui	Le soutien de MSF prend fin à 45 jours après l'accouchement.
Surveillance de la croissance	Oui	Oui	Oui	Le soutien de MSF prend fin à 45 jours après l'accouchement.
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	Oui	Non	Non	Le soutien de MSF prend fin à 45 jours après l'accouchement.
Services de santé sexuelle et reproductive des adolescents				Aucun service spécialisé destiné aux adolescents n'est actuellement disponible; toutefois, un projet de mise en place est prévu à PaPim.
Consultation prénatale pour adolescentes	Non	Non	Non	
Services de prise en charge des IST	Non	Non	Non	
Conseil en contraception	Non	Non	Non	
Sensibilisation communautaire	Oui	Oui	Oui	Dans les écoles
Autres services de santé sexuelle et reproductive				
Prise en charge des violences basées sur le genre	Oui	Non	Non	Aucun service d'assistance juridique ou psychosocial
Soutien psychosocial	Oui	Non	Non	
Prise en charge des IST/VIH	Non	Non	Non	Seul le dépistage de la syphilis est réalisé lors de la première consultation prénatale (CPN1), avec traitement en cas de résultat positif
Soins gynécologiques (infertilité, dépistage des cancers)	Non	Non	Non	
<i>Section 5: Disponibilité des services</i>				
Équipements essentiels				

SERVICES	PAPIM	CDS RENDEL	CDS TIBURON	COMMENTAIRES
Appareil de mesure de la pression artérielle	Oui	Oui	Oui	
Doppler fœtal	Oui	Oui	Oui	
Kits d'accouchement	Oui	Oui	Oui	
Ballon et masque de réanimation néonatale	Oui	Oui	Non	
Équipement de stérilisation	Oui	Oui	Oui	L'unité de stérilisation de grande capacité de PaPim appuie également les sites offrant les SONUB.
Fournitures essentielles de laboratoire				
Bilan de base de routine des soins prénatals (hémoglobine, analyse d'urine, dépistage des infections sexuellement transmissibles)	Oui	Oui	Oui	
Dépistage du VIH	Oui	Oui	Oui	Lors de la première consultation prénatale (CPN1), puis tous les trois mois.
Dépistage de l'hépatite B	Non	Non	Non	
Médicaments et produits essentiels				Les produits de santé n'ont été indiqués comme « Oui » que lorsqu'ils étaient disponibles en stock le jour de l'évaluation.
Ocytocine	Oui	Oui	Non	Temporairement en rupture de stock à Tiburon.
Sulfate de magnésium	Oui	Oui	Oui	
Misoprostol	Oui	Oui	Oui	
Antibiotiques injectables	Oui	Oui	Oui	
Antirétroviraux	Non	Non	Non	
Méthodes contraceptives (par type)	Oui	Oui	Oui	Méthodes à courte et à longue durée d'action.
Fer / acide folique	Oui	Oui	Oui	
Traitement antirétroviral (TAR) / prophylaxie	Oui	Non	Non	Jusqu'à 45 jours après l'accouchement.
Section 6: Parcours de référence et logistique				

SERVICES	PAPIM	CDS RENDEL	CDS TIBURON	COMMENTAIRES
Parcours de référence et logistique				
Un protocole écrit de référence est-il disponible ?	Oui	Oui	Oui	
Des formulaires de référence standardisés sont-ils utilisés ?	Oui	Oui	Parfois	
Les critères de référence en situation d'urgence sont-ils définis ?	Oui	Oui	Oui	
Existe-t-il un mécanisme de rétroaction de la part de l'établissement receveur ?	Oui	Oui	Oui	Par téléphone ou par radio pour Rendel, et uniquement par téléphone pour Tiburon.
Destinations des références				
Urgence obstétricale	Entrant	Sortant	Sortant	Vers PaPim
Urgence néonatale	Sortant et entrant	Sortant	Sortant	Vers PaPim
Référence chirurgicale	Sortant	Sortant	Sortant	À PaPim, les patients sont orientés vers d'autres établissements pour cas chirurgicaux non obstétriques
Transfusion sanguine	Entrant	Sortant	Sortant	Vers PaPim ou les Cayes
Transport et logistique des urgences				
Une ambulance est-elle disponible sur le site ?	2	0	1	L'ambulance de Tiburon est fournie par CAN ; elle était hors service, mais elle a récemment été réparée par MSF.
# Nombre d'ambulances fonctionnelles	2	0	1	
Ambulance partagée ?	1	1	0	Les ambulances de PaPim sont partagées avec le MSPP et Rendel
Transport communautaire ?	Oui	Oui	Oui	Branka
Contraintes liées à la disponibilité du carburant	Non			Carburant fourni par MSF aux ambulances des trois sites
Délai moyen d'intervention de l'ambulance	Immédiat	45 min à 1 hr	0 à 2 hours	Jusqu'à 2 heures si l'ambulance de Tiburon est en panne
Moyens de transport alternatifs utilisés (moto, vélo, taxi)	Voiture	Non	Non	

SERVICES	PAPIM	CDS RENDEL	CDS TIBURON	COMMENTAIRES
System de Communication				
Couverture réseau mobile	Oui	Oui	Oui	Parfois irrégulier en raison du faible couverture réseau
Ligne téléphonique institutionnelle	Oui	Non	Non	24/24, 7/7
Communication radio	Oui	Oui	Non	
Groupes WhatsApp / Téléconsultation	Oui			Peu fiable en raison de la mauvaise connexion Internet
Système de reporting numérique (DHIS2, etc.)	Oui	Non	Non	Seul système de déclaration des données sur support papier à Rendel et Tiburon
Autre (bouche-à-oreille)	Oui	Oui	Oui	
Partenaires et réseaux de soutien				
MSP	Oui	Oui	Oui	Soins > 45 jours après l'accouchement
ONG	AVSI	Non	UNICEF, DELR & UNFPA	
Organisations confessionnelles	Non	Oui	Oui	La mission catholique soutient Rendel et Tiburon en leur apportant du personnel et du matériel.
Groupe de leaders communautaires	Non	Non	Oui	

¹Branka: méthode traditionnelle consistant à transporter manuellement des personnes handicapées et des malades à l'aide d'une civière. Nécessite généralement 4 personnes en bonne forme physique (de préférence des hommes) pour porter la personne

*Personnel de relève (salariés à temps partiel appelés à remplacer le personnel à temps plein en cas d'absence)

[§]Superviseur

[&]Personnel à temps partiel

DÉTAILS RELATIFS À L'EXPLOITATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET À LA DOTATION EN PERSONNEL

Le centre de santé de Port-à-Piment abrite le SONUC, une structure « deux-en-un » gérée conjointement par le MSPP et MSF. Le MSPP assure la gestion du service de consultations externes (OPD, Outpatient Department), tandis que MSF gère le SONUC. Anciennement un SONUB, le centre a commencé à bénéficier du soutien de MSF en 2016 et a été transformé en SONUC par MSF après le séisme de 2021. Le centre fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et assure une prise en charge obstétricale d'urgence sur appel, avec un équipement complet, pour les populations situées le long des

axes Roche-à-Bateau-Tiburon et au-delà. En termes d'effectifs, le centre compte 1 obstétricien-gynécologue à temps plein, 1 anesthésiste à temps plein, 5 infirmiers anesthésistes, 5 médecins généralistes à temps plein, 11 sages-femmes, 24 infirmiers, 1 pharmacien, ainsi qu'une multitude d'autres personnels auxiliaires et à temps partiel, comme le montre le tableau ci-dessous : tableau 2. De temps à autre, un pédiatre venu spécialement de Port-au-Prince, la capitale d'Haïti, vient prêter main-forte à l'équipe. En ce qui concerne le personnel communautaire rattaché au SONUC de PaPim, 2 sages-femmes itinérantes se rendent dans les maternités de proximité au moins une fois par semaine pour y assurer un accompagnement et un encadrement. Elles sont également secondées par 10 ColVols et 6 matrones qui facilitent l'orientation des patients issus de la communauté, ainsi que par 7 groupes communautaires qui soutiennent le personnel de promotion de la santé dans ses actions de sensibilisation au sein de la communauté.

Les CDS Rendel et Tiburon sont tous deux des centres de santé parapublics gérés par la mission catholique et soutenus par le MSPP. Le soutien du MSPP prend principalement la forme d'un déploiement de personnel. Selon la structure sanitaire nationale haïtienne, ces établissements sont considérés comme des centres de santé communautaires (CCS). Cependant, en raison de leur situation géographique et du soutien qu'ils reçoivent de MSF depuis 2023, ils fonctionnent désormais comme des centres de santé dotés d'un SONUB (Centre de Santé-CDS). Les deux centres sont ouverts 8 heures par jour, 5 jours par semaine (du lundi au vendredi). Le soir et le week-end, les établissements sont fermés ; toutefois, les infirmières peuvent être jointes par téléphone ou par le bouche-à-oreille depuis leur domicile pour prendre en charge toute femme en travail. Le CDS de Rendel compte 1 infirmière à temps plein, 1 aide-soignante, 1 sage-femme à temps partiel et 1 préparateur en pharmacie. L'infirmière à temps plein est recrutée et inscrite au registre du MSPP, tandis que les autres sont des agents contractuels, rémunérés sur les fonds propres de l'hôpital. Le centre dispose également de 5 ColVols, 13 matrones, 4 associations communautaires et d'un comité d'orientation affilié au centre de santé. De même, Tiburon dispose d'un médecin de famille à temps plein, d'une sage-femme à temps plein, de quatre infirmières, de deux aides-soignantes, d'un technicien de laboratoire et d'un préparateur en pharmacie. Parmi ce personnel, seules deux infirmières sont recrutées et inscrites par le MSPP, tandis que l'UNFPA prend en charge le salaire de la sage-femme et que la communauté finance les autres infirmières ainsi que le médecin. Au niveau communautaire, Tiburon compte 17 représentants communautaires formés (Agents de Santé Communautaire Polyvalents – ASCP), contrairement aux ColVols présents à PaPim et Rendel. Ces ASCP ont reçu une formation complète dispensée par le MSPP et, au-delà de la sensibilisation, peuvent exercer d'autres fonctions spécialisées au sein de la communauté, telles que la vaccination et l'identification des signes de danger. La communauté compte également 20 matrones et 5 groupes associatifs ; elle ne dispose toutefois pas de comité d'orientation.

INFRASTRUCTURES, CAPACITE D'ACCUEIL ET SERVICES PUBLICS

Le SONUC à PaPim dispose d'une capacité d'accueil totale de 27 lits dans les services de maternité, de soins postnataux et de néonatalogie, comme le montre le tableau 2. Les unités de néonatalogie et de soins aux prématurés comptent respectivement 6 et 4 lits ; toutefois, cette capacité est souvent dépassée en raison d'une forte demande, un lit pouvant accueillir plus d'un patient. Il n'existe pas d'unité dédiée aux soins « kangourou » ; toutefois, les mères dont les bébés ont besoin de ces soins sont souvent hospitalisées dans les services de néonatalogie et de maternité. Les CDS de Rendel et de Tiburon disposent respectivement d'une capacité d'accueil totale de 5 et 2 lits, et ne desservent que la salle d'accouchement et le service post-partum, sans proposer de services néonataux. Sur les trois sites

étudiés, le projet assure des soins postnataux à la mère et au bébé pendant une période pouvant aller jusqu'à 45 jours après la naissance. Les services postnataux comprennent des conseils et un accompagnement à l'allaitement maternel, le planning familial, l'hygiène et la prévention des infections, ainsi que la vaccination (polio, BCG assurés par le MSPP, hépatite B assuré par MSF). Au-delà de 45 jours après l'accouchement, le MSPP continue d'apporter son soutien, principalement par le biais de la vaccination.

En ce qui concerne les services de transfusion sanguine, le MSPP dispose d'un système centralisé dans lequel tout le sang collecté est envoyé à la capitale du pays (Port-au-Prince) pour y être analysé avant d'être distribué. Cependant, le SONUC de PaPim dispose d'une banque de sang temporaire capable de stocker plus de 50 pintes de sang et d'assurer l'approvisionnement du SONUC pendant environ un mois. Il convient de noter que ce centre possède la plus grande capacité de stockage de sang du Sud. Pour soutenir cette unité, MSF coordonne et finance des campagnes de don du sang au sein de la communauté une fois par mois, et facilite et finance le transport des poches de sang vers Port-au-Prince pour analyse, puis leur retour.

L'alimentation électrique du SONUC est également assurée et financée par le projet. L'électricité est fournie par des panneaux solaires et un générateur de secours, et alimente également le service de consultations externes de PaPim. En ce qui concerne l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), le SONUC dispose d'une unité de traitement de l'eau qui collecte et traite toute l'eau utilisée dans l'hôpital. De l'eau filtrée destinée à la consommation est également disponible à tous les points d'accès et est accessible aux patients et au personnel. Le projet fournit également aux CDS de Rendel et de Tiburon des produits WASH et de l'eau potable, et a contribué à rétablir l'approvisionnement en eau à Tiburon. Le SONUC dispose également d'une unité de gestion des déchets, comprenant un incinérateur et une unité de stérilisation qui dessert l'ensemble de l'hôpital, y compris le service de consultations externes, et soutient les CDS de Rendel et de Tiburon lorsque leurs services sont interrompus.

SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE

Les trois sites faisant l'objet d'études de cas proposent des soins prénataux (SPN) et des accouchements assistés par du personnel qualifié. Lors des consultations prénatales, les femmes bénéficient d'une prise en charge complète sur les trois sites (au moins quatre consultations prénatales comprenant un dépistage du VIH et de la syphilis, une mesure du taux d'hémoglobine, une analyse d'urine et une surveillance du rythme cardiaque fœtal à l'aide d'un échographe Doppler). MSF soutient ces services en fournissant les kits de dépistage et l'échographe Doppler. En ce qui concerne le VIH, seule la MSPP de Port Salut assure une prise en charge complète. Lorsqu'une femme est diagnostiquée séropositive, elle est orientée vers l'hôpital de Port Salut pour un suivi, car aucun des sites étudiés ne dispose de stocks de TAR. Toutefois, à la maternité de PaPim, MSF met à disposition un stock de sécurité d'ARV destiné à la prophylaxie post-exposition pour le personnel et les cas de violences sexistes, qui sert également aux mères séropositives et permet d'assurer la prophylaxie des bébés exposés avant leur transfert vers Port Salut. Ce stock de sécurité est disponible pendant une durée maximale de 45 jours post-partum, durant la période de suivi à PaPim.

En ce qui concerne la planification familiale, les trois établissements de santé proposaient des méthodes contraceptives à courte et à longue durée d'action (Contraceptif injectable à base de progestatif ex : acétate de médroxyprogestérone-Depo-Provera et Acétate de médroxyprogestérone-Sayana press, les pilules combinées, implant ex : Levonorgestrel-Jadel et DIU). Cependant, la maternité

de PaPim propose également des méthodes contraceptives chirurgicales, notamment la ligature des trompes et la vasectomie

SYSTÈME DE RÉFÉRENCEMENT

Un système d'orientation bien structuré est en place sur les trois sites étudiés, avec des protocoles établis pour l'identification et l'orientation des cas d'urgence obstétricale. Ces protocoles sont disponibles dans les salles d'accouchement des CDS de Rendel et de Tiburon. L'hôpital PaPim (SONUC) sert de principal centre d'accueil pour les urgences obstétricales, y compris les cas nécessitant des transfusions sanguines. L'hôpital de PaPim oriente également les femmes enceintes à faible risque vers les sites SONUB, notamment les CDS de Rendel et de Tiburon. Les femmes enceintes qui se présentent à la première consultation prénatale (ANC 1) avec un risque minime et qui proviennent de communes éloignées sont orientées vers le centre de santé de leur commune pour y poursuivre les consultations prénatales suivantes et y accoucher ; cette stratégie vise à encourager le recours aux établissements de santé de proximité et à désengorger la maternité de PaPim. Les femmes sont également orientées hors de PaPim lorsqu'elles présentent des complications non obstétricales nécessitant l'intervention d'un chirurgien généraliste. Dans ces situations, elles sont orientées vers Les Cayes (OFATMA, un hôpital parapublic, ou HIC, un hôpital public).

Les maternités du CDS Rendel et de Tiburon disposent toutes deux de documents précisant les critères d'identification et d'orientation des urgences obstétricales, ainsi que de formulaires d'orientation. Dès qu'une complication potentielle est identifiée, la maternité du PaPim est contactée afin d'organiser l'orientation. Ce système est particulièrement efficace pendant les heures d'ouverture des maternités CDS Rendel et Tiburon ; toutefois, le soir, le week-end et les jours fériés, les infirmières de Rendel et de Tiburon peuvent être jointes à leur domicile pour faciliter les transferts ou pour prendre en charge la parturiente s'il n'y a pas d'indication de transfert. Pour tous les transferts effectués depuis les sites SONUB vers PaPim, un avis de retour est envoyé à l'établissement d'origine une fois que la patiente a quitté l'établissement.

La majorité des patients transférés l'ont été en ambulance ; toutefois, certains transferts ont parfois été effectués en voiture (lorsque toutes les ambulances étaient en service) ou en « branka¹ », notamment pour les patients provenant de communautés difficiles d'accès et inaccessibles en voiture. Dans ces cas-là, la « branka » est utilisée jusqu'à ce que le patient puisse être transféré dans une ambulance. L'hôpital de PaPim dispose de deux ambulances opérationnelles sur place, partagées avec les CDS de Port-a-Piment et de Rendel ; il apporte également son soutien à Tiburon lorsque l'ambulance de ce dernier est hors service. Parmi les partenaires qui soutiennent le système d'orientation figurent des acteurs communautaires (Colvols, matrones et ASCP) qui identifient activement les cas potentiels d'urgence obstétricale et les orientent vers les trois sites de l'étude de cas. Le MSPP met à disposition du personnel de santé au CDS de Rendel et à Tiburon, ainsi que des ambulances par l'intermédiaire du CAN et d'autres ONG telles que le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), qui soutient Tiburon en fournissant du matériel d'accouchement ainsi qu'une rémunération financière pour sa sage-femme, et l'UNICEF, qui fournit des vaccins.

En ce qui concerne le système de communication pour les orientations vers des soins spécialisés, la maternité de PaPim dispose d'une ligne téléphonique stable que les établissements du réseau SONUB, y compris le CDS de Tiburon, ainsi que les communautés, peuvent utiliser en cas d'urgence. Cette ligne est gérée par l'infirmière de garde et est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Parmi les autres moyens de communication, on trouve une liaison radio à PaPim et à Rendel, ainsi que des téléphones

portables et WhatsApp sur les trois sites étudiés. Cependant, ces moyens ne sont pas fiables en raison de fréquentes instabilités de connexion. Il arrive parfois que les informations concernant les femmes de la communauté nécessitant une prise en charge spécialisée parviennent aux trois sites étudiés par le bouche-à-oreille, par l'intermédiaire de partenaires communautaires (ColVols et matrones), ou directement de la part des soignants et des voisins.

PERTINENCE DU PROJET PAPIM SSR

Cette section examine dans quelle mesure les interventions et les activités du projet répondent aux besoins de la population cible (les habitants de l'axe Roche-à-Bateau-Tuburon et du département du Sud en Haïti). Elle examine également dans quelle mesure ces interventions et activités s'inscrivent dans le cadre de la stratégie et de la politique nationales de santé d'Haïti, ainsi que des politiques et priorités institutionnelles de MSF et d'autres organisations internationales. Nous examinons également ici s'il y a eu des changements de contexte au fil des années et comment le projet s'est adapté pour rester pertinent. Enfin, nous vérifions si les activités du projet respectent les principes d'équité (ne laisser personne de côté) et prennent en compte les dynamiques de pouvoir liées au genre.

Compte tenu du contexte social, économique et géographique du Sud, en particulier des axes Roche-à-Bateau-Tuburon, **le projet PaPim a fait preuve à la fois d'une pertinence contextuelle et d'une capacité d'adaptation au fil du temps pour répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) du Sud, notamment ceux des axes Roche-à-Bateau-Tuburon.**

Cette section, ainsi que le reste des résultats, intégreront les résultats de tous les autres volets de l'évaluation (analyse documentaire, analyse des données secondaires, enquête et résultats quantitatifs).

Le tableau 3 présente les caractéristiques des participants à l'enquête. Au total, 68 participants ont répondu à l'enquête ; leur âge moyen était de 27 ans, avec une fourchette allant de 17 à 43 ans. Plus de 94 % des participants (N = 64) se sont identifiés comme des femmes. Une seule personne (1,47 %) était originaire de PaPim. La majorité avait suivi soit un enseignement primaire (N = 34 ; 50,0 %), soit un enseignement secondaire (N = 26 ; 38,24 %), et 39 d'entre eux (57,35 %) étaient sans emploi. Bien que seuls 5 participants (7,35 %) aient déclaré être mariés, la majorité, soit 45 (66,18 %), vivaient en concubinage.

Tableau 3: Profil des participants à l'enquête

CARACTÉRISTIQUE	VALEUR (N=68)
Sexe, n (%)	
Femme	64 (94.12%)
Homme	4 (5.88%)
Âge, moyenne (ET)	27.82 (6.66)
Groupe d'âge, n (%)	
17-24	24 (35.29%)
25-34	34 (50.00%)
35-43	10 (14.71%)
Statut matrimonial, n (%)	

CARACTÉRISTIQUE	VALEUR (N=68)
Célibataire	17 (25.00%)
En concubinage	45 (66.18%)
Marié(e)	5 (7.35%)
Veuf/Veuve	1 (1.47%)
Lieu de résidence, n (%)	
Port-à-Piment	1 (1.47%)
Autre	67 (98.53%)
Niveau d'éducation, n (%)	
Aucune scolarisation	5 (7.35%)
École professionnelle	1 (1.47%)
Primaire	34 (50.00%)
Secondaire	26 (38.24%)
Supérieur / universitaire	2 (2.94%)
Composition du ménage, moyenne (ET)	
Nombre d'adultes	3.04 (1.71)
Nombre d'enfants	2.84 (1.68)
Occupation principale, n (%)	
Emploi occasionnel	1 (1.47%)
Employé(e) salarié(e) / secteur des services	1 (1.47%)
Sans emploi	39 (57.35%)
Travailleur(se) indépendant(e)	6 (8.82%)
Autre	21 (30.88%)

PERTINENCE CONTEXTUELLE

Le département du Sud d'Haïti figure toujours parmi les départements affichant de mauvais résultats en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment des taux élevés de mortalité maternelle (459 pour 100 000 naissances vivantes), un faible recours à la planification familiale (22 %) et un faible recours aux soins prénatals (67 %) . Le département présente également des taux élevés de violences sexistes (160 cas de violences sexuelles signalés en 2024, dont plus de 94 % concernaient des femmes et des filles), et plus de 10 % des accouchements ont encore lieu sans l'assistance de professionnels de santé qualifiés (MSPP, 2025). La zone de Roche-à-Bateaux-Tiburon, où se situe le projet PaPim, est particulièrement affectée par un relief géographique difficile et un accès limité à des établissements de santé opérationnels, ce qui expose les femmes et les filles de cette région à des résultats moins favorables en matière de santé sexuelle et reproductive. De plus, en tant que zone rurale, elle compte une population à faibles revenus qui n'a pas les moyens financiers d'accéder aux soins en cas de besoin (Burtscher et al., 2023).

La pertinence du projet PaPim a été encore soulignée par l'enquête et les entretiens menés auprès des patientes, des professionnels de santé et des informateurs clés. Un intervenant communautaire a insisté sur la nécessité des activités du projet pour la communauté et a exprimé son point de vue comme suit :

“MSF joue un rôle essentiel au sein de notre communauté. MSF aide nos femmes à accoucher gratuitement.....Avant leur arrivée, les femmes rencontraient de nombreuses difficultés pour accéder aux soins, et les décès maternels étaient nombreux, mais aujourd’hui, grâce à MSF, les femmes peuvent bénéficier de soins de qualité” (Informateur clé de la communauté)

“Le projet de MSF répond énormément aux besoins de la population cible. Par exemple, lorsque j’ai commencé à travailler ici [au centre de santé], très peu de patients venaient au centre car les services n’étaient pas vraiment assurés, même si l’hôpital était présent. C’est donc grâce au soutien de MSF (qui fournit des médicaments et envoie du personnel qualifié) et à son approche auprès des patients que nous avons commencé à constater une augmentation progressive de la fréquentation du centre. De plus, la plupart des services, voire tous, sont gratuits. » (Professionnel de santé)

Nous avons interrogé les participants à l’enquête sur leur perception du problème de santé sexuelle et reproductive le plus urgent dans leur communauté. La majorité des personnes interrogées (50 %) ont cité les grossesses non désirées, tandis que 18 % ont mis en avant la mortalité maternelle. D’autres problèmes, tels que le coût des services, le manque de services, la mauvaise qualité des services et les difficultés de transport, ont été signalés par moins de 10 % des participants (figure 5). Cela souligne la pertinence de l’initiative du projet en matière de planification familiale et de mobilisation communautaire.

Ces résultats ont également été confirmés lors des entretiens avec les participants, dont la plupart ont indiqué que le projet PaPim était pertinent car il contribuait à résoudre des problèmes concrets au sein de la communauté, tels que la réduction de la mortalité maternelle et infantile et la gratuité des services pour tous. Certains participants ont exprimé leur opinion en ces termes :

“Avant, nous avions beaucoup de grossesses non désirées, mais depuis que la planification familiale est devenue gratuite avec l’arrivée de MSF, ce phénomène a diminué. Je dirais qu’environ 70 à 80 % des femmes que je reçois viennent pour la planification familiale ; la plupart sont des jeunes filles, mais nous avons aussi des femmes plus âgées qui ont déjà des enfants et qui souhaitent simplement espacer leurs grossesses” (Professionnel de santé)

“MSF joue un rôle très important dans notre communauté, car l’organisation aide à sensibiliser les femmes à venir accoucher à l’hôpital et à prévenir les complications pouvant entraîner la mort lorsqu’elles accouchent à domicile. Par exemple, si une femme souffre d’éclampsie chez elle ou chez une sage-femme, elle mourra. De plus, tout est gratuit ; même celles qui n’ont pas d’argent peuvent accéder aux soins essentiels” (Informateur de la communauté)

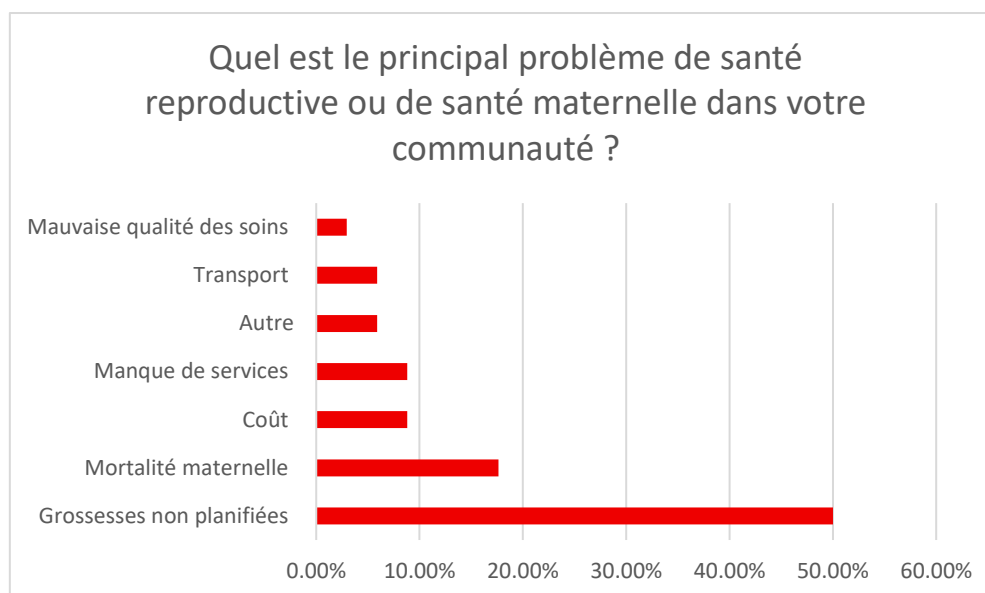


Figure 5: Perception des participants des problèmes de santé reproductive ou de santé maternelle dans la communauté

Nous avons également demandé aux participants quels étaient, selon eux, les services les plus importants au sein de leur communauté. Environ 90 % des personnes interrogées ont cité la santé maternelle et l'accouchement assisté par un professionnel de santé qualifié comme les services les plus importants, tandis qu'environ 80 % ont mentionné la planification familiale et les services destinés aux nourrissons, tels que la vaccination et la nutrition, comme étant pertinents (Figure 6).

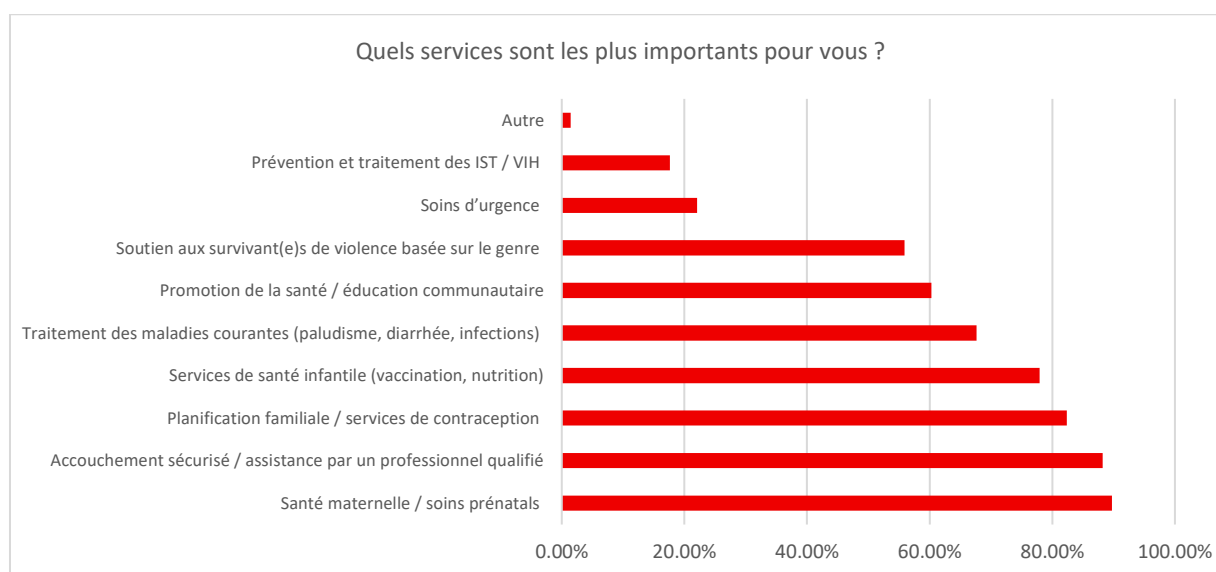


Figure 6: Perception des participants sur la pertinence des services

De même, nous avons demandé aux participants quelle intervention était la plus importante pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et reproductive au sein de la population. La majorité d'entre eux, soit environ 87 %, ont cité la fourniture de services gratuits ; environ 68 % ont mentionné l'éducation à la santé ; 65 % ont évoqué la disponibilité des médicaments ; 57 % ont indiqué l'amélioration des moyens de transport vers les établissements de santé ; et 56 % ont mentionné le recours à des relais communautaires. Le fait que toutes les options de réponse aient été sélectionnées par plus de 50 % des participants souligne la pertinence de l'ensemble de ces interventions pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle au sein de la communauté (Figure 7).

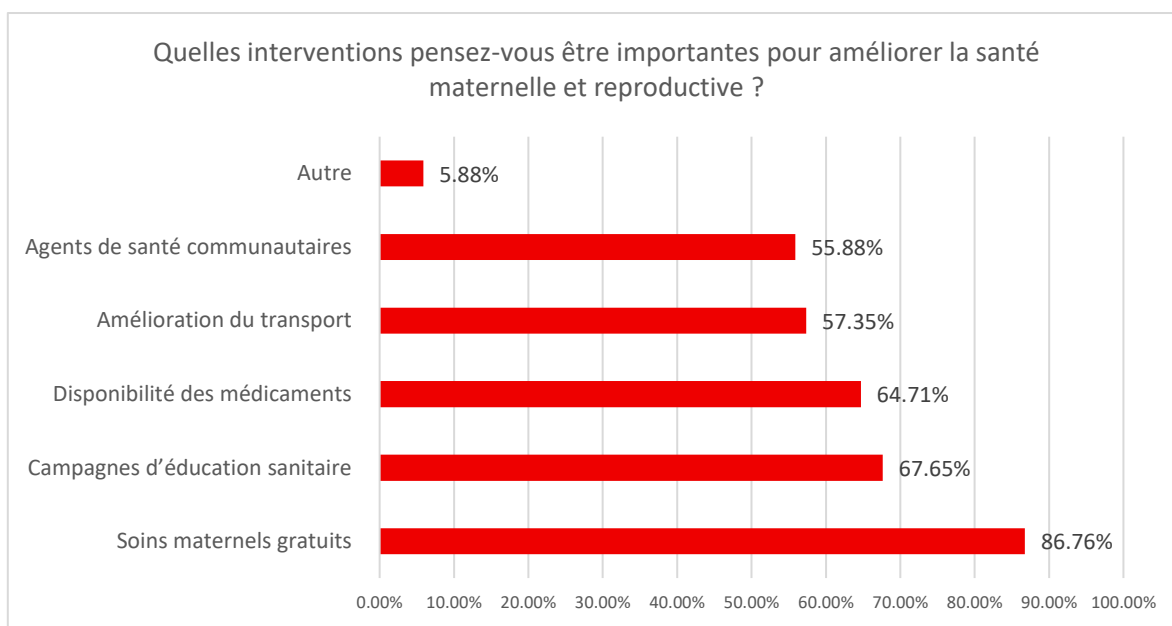


Figure 7: Perception des participants sur les interventions importantes en matière de santé reproductive et maternelle dans leur communauté

Nous avons également recueilli des témoignages similaires lors des entretiens : de nombreuses participantes ont indiqué qu'avant l'arrivée de MSF, beaucoup de personnes ne se rendaient pas dans les établissements de santé car elles n'avaient pas les moyens de payer les frais médicaux. Depuis l'arrivée de MSF, les gens peuvent accéder plus facilement aux soins, car ceux-ci sont gratuits. Un participant a déclaré :

“Avant, les gens n'allaient pas à l'hôpital parce que ça coûtait de l'argent ; ... Maintenant, MSF est là et a rendu les soins gratuits pour tout le monde. C'est la chose la plus importante que je les [MSF] ai vus faire.” (Utilisatrice de services)

Un autre participant a déclaré :

“Je peux affirmer que MSF joue un rôle essentiel au sein de notre communauté ; l'organisation dispense des soins de qualité qui sont très accessibles à tous, car ses services sont gratuits.” (Informateur clé de la communauté)

D'autres services proposés dans le cadre du projet, tels que la présence de la banque de sang à PaPim, ont également été jugés très pertinents par la plupart des participants lors des entretiens. Ceux-ci ont souligné que PaPim était le seul établissement, dans la zone cible du projet et jusqu'aux Cayes, capable de stocker du sang. Sans lui, seul le Poste de transfusion sanguine (PTS) des Cayes peut fournir du sang destiné aux transfusions aux établissements de santé. Un participant a ensuite expliqué en quoi ce service avait sauvé la vie de nombreuses personnes ayant eu besoin d'une transfusion sanguine dans la zone.

“Ces services sont vraiment indispensables. Par exemple, PaPim est le seul établissement capable de stocker du sang prêt à être transfusé. Il n'y a aucun autre centre de ce type entre Tiburon et Les Cayes au sein du PTS. Grâce à ce service, de nombreuses vies sont sauvées... Par exemple, nous avons eu le cas d'une femme qui a reçu une transfusion de 5 pintes de sang, dont les trois premières lui ont été administrées le même jour. Imaginez s'il n'y avait pas eu de sang et qu'ils avaient dû se rendre aux Cayes pour en obtenir. Cette femme serait morte.” (Professionnel de santé)

Les participants ont reconnu que les soins de santé maternelle et infantile constituaient la principale spécialité dans la région, tout en admettant que ces soins n'auraient pas été accessibles à une certaine partie de la population sans services supplémentaires. À cet égard, l'un des aspects les plus importants mis en avant par les participants concernant le projet PaPim est la disponibilité d'ambulances qui facilitent le transfert des femmes enceintes souffrant de complications obstétricales depuis les établissements SONUB vers l'établissement SONUC.

“La force de ce projet, je pense que tout le monde le sait, réside dans les volets consacrés à la grossesse et à l'accouchement. Lorsque les femmes se rendent à l'hôpital, elles en bénéficient et reçoivent des soins gratuits, et elles ont accès à une ambulance mise à leur disposition. Ce dernier point, je peux l'affirmer, est vrai à 100 %.” (Informateur clé de la communauté)

Au-delà des services de santé fournis par MSF, la situation géographique du centre s'est avérée avoir un impact significatif sur la vie des membres de la communauté. Les participants ont souligné que la mise en place du centre SONUC en tant que pôle de référence pour les zones reculées a permis d'éviter aux patients de devoir se rendre aux Cayes, un trajet qui, par le passé, avait entraîné des décès évitables chez les patients incapables de supporter la distance.

ADAPTATION AU FIL DU TEMPS

Au fil du temps, à mesure que les circonstances ont évolué, le projet a adapté ses interventions afin de mieux répondre aux besoins actuels.

a. Évolution de l'approche en matière de sensibilisation communautaire

Les entretiens menés avec des informateurs clés et le personnel communautaire ont clairement montré que l'approche utilisée pour les activités de sensibilisation communautaire a évolué. Au départ, durant les premières années du projet, les activités de sensibilisation étaient menées par le biais de campagnes de porte-à-porte. Cette approche s'est rapidement avérée très coûteuse et ne répondait pas aux besoins de certains groupes de population, par exemple les jeunes et certaines personnes vivant dans des zones reculées.

“L'approche a changé ; au départ, nous menions des campagnes de porte-à-porte dans le cadre desquelles le personnel chargé de la promotion de la santé (PS) se rendait chaque jour sur le terrain et s'efforçait de se rendre dans chaque foyer.” (Répondant de MSF)

Des problèmes de confiance se posaient également vis-à-vis des personnes chargées de transmettre ces messages ; comme auparavant, c'étaient les agents de promotion de la santé de MSF qui se rendaient sur le terrain pour animer les séances d'information sanitaire.

“Nous [MSF] avons également constaté que les gens ne faisaient pas vraiment confiance au personnel chargé de la promotion de la santé qui menait ces actions de sensibilisation, car ils appartenaient tous à MSF... Certaines personnes refusaient même de les laisser entrer chez elles.” (Répondant de MSF)

Étant donné que les activités de promotion de la santé n'ont pas donné les résultats escomptés, des groupes de discussion ont été organisés au sein de la communauté, et les conclusions ont servi à réviser la stratégie en 2025. Une nouvelle stratégie a été mise en place à partir de 2026. Dans le cadre de cette nouvelle stratégie, des séances d'information sur la santé ont été organisées en collaboration avec des organisations communautaires et par des bénévoles locaux (ColVols), avec les « matrones » en première ligne et le personnel de MSF se contentant d'un rôle d'accompagnement. Des activités de sensibilisation ont également été menées pour toucher la population générale dans des lieux publics tels que les églises et les marchés, ainsi que des groupes spécifiques comme les femmes, les hommes

et les adolescents, avec l'aide d'organisations communautaires. Les messages ont également été adaptés en fonction de la population cible.

“Nous organisons désormais régulièrement des actions de sensibilisation dans des lieux publics tels que les églises et les marchés, en collaboration avec des associations locales. Nous travaillons également avec les « Colvols » et les « matrones », qui sont en première ligne de ces actions de sensibilisation, et nous nous contentons de leur apporter un accompagnement... Pour les adolescents, nous nous rendons également dans les écoles pour animer des séances d'éducation à la santé sur la santé sexuelle et reproductive, et, avec l'aide des associations locales, nous nous rendons dans des zones reculées afin d'atteindre les adolescents qui ne sont pas scolarisés.” (Répondant de MSF)

Une autre stratégie a consisté à créer des comités d'orientation dans chaque commune de la zone cible afin de faciliter l'orientation des femmes vivant très loin des centres de santé, là où les ambulances ne peuvent pas accéder. Les membres de ces comités sont tous des bénévoles issus de ces communautés; ils aident à transporter les femmes à la force des bras jusqu'aux centres de santé à l'aide de «branka».

“Une autre initiative a été la création d'un « comité de référence » dans chaque commune. Les discussions de groupe nous ont permis de comprendre que le transport constituait un obstacle majeur pour les femmes enceintes vivant dans des zones difficiles d'accès ; ce comité de référence aide donc à identifier et à transporter les femmes qui doivent se rendre dans les établissements de santé. Les membres du comité sont tous des bénévoles, et MSF se contente de leur fournir le matériel nécessaire ainsi qu'une formation sur la manière d'identifier et d'aborder ces femmes..... À ce jour, quatre communes de la zone cible du projet (Roche-à-Bateau, Coteaux, Rendel et PaPim) ont pu en créer un, et l'objectif d'ici la fin de l'année est que toutes les communes en disposent d'un” (Répondant de MSF).

b. Évolution de l'approche d'accompagnement proposée aux sites SONUB

L'approche adoptée pour le mentorat et l'accompagnement des sites SONUB soutenus a également évolué depuis le lancement du projet. Au cours des une à deux premières années d'accompagnement, l'approche consistait principalement en un coaching au chevet des patientes : MSF envoyait des sage-femmes passer du temps, généralement de trois jours à une semaine, dans ces établissements de santé afin d'accompagner leurs sage-femmes en gérant ensemble les cas cliniques. Pendant cette période, le personnel SONUB avait l'occasion d'apprendre directement au chevet des patientes. Cette approche était complétée par des sessions de formation hors site sur la prise en charge complète des cas obstétricaux de base.

“MSF nous envoie généralement des sage-femmes qui restent quelques jours, parfois une semaine, pour nous aider et nous montrer comment identifier et prendre en charge certains cas complexes. Cela m'a été très utile. J'ai beaucoup appris” (Professionnel de santé)

Cependant, à partir de fin 2025, cette approche a évolué vers un modèle d'assistance plus technique afin de permettre au personnel des sites SONUB de prendre en main la gestion des cas. Les sage-femmes de MSF ne se rendaient sur les sites SONUB qu'une fois par semaine pour faire le point sur les activités de la semaine et répondre aux questions ou préoccupations soulevées. Les personnes interrogées de MSF ont indiqué que ce changement visait à réduire la dépendance des sites vis-à-vis du soutien de MSF et à permettre aux sage-femmes des sites SONUB d'être autonomes.

“Nous n'envoyons plus nos sage-femmes passer la nuit aux centres de santé de Tiburon et Rendel ; elles s'y rendent seulement une fois par semaine pour collecter des données et leur apporter leur soutien si elles ont des questions ou besoin de matériel supplémentaire. Nous ne faisons cela plus que pour Les Anglais, car nous venons tout juste de commencer à les accompagner. Au bout d'un

certain temps, nous avons remarqué qu'ils devenaient très dépendants de notre personnel. Par exemple, ils ne veulent plus prendre en charge les accouchements dès qu'ils voient notre personnel, même lorsqu'il ne s'agit pas d'un cas compliqué... Mais nous continuons à leur dispenser la formation nécessaire hors site lorsque cela s'avère nécessaire.” (Répondant de MSF)

COHÉRENCE DU PROJET PAPIM SSR

Cette section examinera dans quelle mesure les activités et les interventions du projet s'inscrivent dans le cadre des politiques et des décisions du système de santé haïtien au sens large, ainsi que dans celles d'autres organisations locales et internationales présentes dans la région. Elle évaluera également si les activités du projet font double emploi avec celles du MSPP et d'autres organisations ou si elles les complètent, et comment la coordination et la collaboration entre les partenaires sont gérées.

Au vu des résultats, le projet PaPim a fait preuve d'une cohérence partielle en s'alignant avec les politiques et pratiques internes de MSF, sans toutefois s'aligner sur les politiques et pratiques plus générales du MSPP.

COHÉRENCE INTERNE

Le projet PaPim a été lancé par MSF après le séisme de 2021, en réponse aux taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans la région ; il s'agit d'une intervention d'urgence qui s'inscrit dans la mission globale de MSF. De plus, la zone ciblée par le projet est une région sujette aux crises (sismiques, ouragans et autres épidémies telles que le choléra) qui avait déjà bénéficié du soutien de MSF par le passé. Une partie prenante confirme cette cohérence en soulignant l'importance de la mission de MSF consistant à intervenir en cas d'urgence, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

“La mission de MSF est d'intervenir en cas d'urgence ; donc oui, ce projet s'inscrit dans la mission de MSF. De plus, MSF était déjà présente dans la région depuis 2016, après le passage de l'ouragan Matthew, pour faire face à certaines épidémies. C'est à cette époque que l'organisation a constaté une lacune : d'une part, elle s'est rendu compte qu'il n'y avait aucun hôpital équipé dans la région pour prendre en charge les urgences obstétricales et, d'autre part, qu'il manquait une expertise technique. C'est à ce moment-là que MSF a décidé d'apporter son soutien par le biais du projet PaPim.” (Répondant de MSF)

Le projet avait également été conçu pour s'étendre sur cinq ans, conformément au plan d'action institutionnel de MSF. De plus, le protocole d'accord initial conclu entre le projet et le MSPP était très général et ne prévoyait pas d'activités spécifiques, ce qui permettait une certaine souplesse pour s'adapter à d'éventuels changements dans l'affectation des ressources au sein de MSF.

“Le mandat de MSF ne doit pas dépasser dix ans dans une même zone ; ainsi, quel que soit le soutien apporté par MSF, l'organisation veille à ce qu'il ne dépasse pas cette durée. C'est pourquoi le projet a été conçu pour une durée de cinq ans, MSF étant déjà présente dans la zone depuis quatre ans.” (Répondant de MSF)

“Chez MSF, nous ne pouvons établir qu'un plan annuel ; c'est à ce stade que nous (MSF) définissons les activités qui seront menées au cours de cette année, en fonction du budget disponible. Nous ne pouvons pas établir de plan sur plus d'un an, car celui-ci pourrait être interrompu par d'autres situations d'urgence ailleurs qui nécessiteraient notre soutien.” (Répondant de MSF)

COHÉRENCE EXTERNE

a. Cohérence avec le système de santé Haïtien externe

Même si le projet s'inscrit parfaitement dans les politiques et les pratiques de MSF, il ne s'aligne pas sur la structure sanitaire haïtienne au sens large ni sur le mode de coordination institutionnel du pays; il ne présente donc pas de cohérence externe.

Le système de santé haïtien comporte trois niveaux : le niveau primaire, le niveau secondaire et le niveau tertiaire. Le niveau primaire comprend le Centre communautaire de santé (CCS) – 1er échelon, le Centre de santé (CS/CDS) – 2e échelon (SONUB) et l'Hôpital communautaire de référence (HCR) – 3e échelon (SONUC) (tableau 4). Selon cette structure, l'hôpital de PaPim est classé au 2e échelon du niveau primaire (SONUB), à l'instar des autres sites soutenus. L'hôpital de référence pour la zone cible est l'hôpital de Port Salut, qui fonctionnait comme le seul SONUC avant l'arrivée de MSF. Dans ce contexte, l'hôpital de PaPim, qui fonctionne actuellement comme un SONUC, n'est pas conforme à la structure nationale, ce qui expose le projet à un risque élevé d'échec stratégique et réduit ses chances de pérennité.

Tableau 4: Structure du système de santé en Haïti (PES)

NIVEAU	ÉCHELON	POPULATION DESSERVIE	PRINCIPAUX SERVICES
Niveau Primaire	Centre Communautaire de Santé (CCS) – 1er échelon	5 000 à 6 000 habitants	Soins curatifs, préventifs et promotionnels essentiels, dépistage rapide, activités communautaires, promotion de la santé, prévention
	Centre de Santé (CS) – 2e échelon	25 000 à 30 000 habitants	Soins curatifs, préventifs et promotionnels, soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB), laboratoire primaire, hospitalisation courte durée (10-15 lits), permanence 24 h/24
	Hôpital Communautaire de Référence (HCR) – 3e échelon	250 000 à 300 000 habitants	Soins complexes de premier recours, urgences, soins obstétricaux et néonataux complets (SONUC), laboratoire secondaire, hospitalisation, permanence 24 h/24
Niveau secondaire	Hôpital Départemental (HD)	450 000 à 550 000 habitants	Soins spécialisés et sous-spécialisés : traumatologie, orthopédie, ophtalmologie, urologie, dermatologie, physiothérapie, soins intensifs, maladies infectieuses, néonatalogie, cardiologie, dialyse, 100 à 150 lits
Niveau tertiaire	Hôpitaux universitaires et spécialisés	Population nationale	Soins hautement spécialisés, enseignement, recherche, référence nationale

(MSPP Manuel du PES, 2016)

Certains informateurs clés l'ont également souligné lors des entretiens et ont ajouté que cette non-conformité du projet de PaPim leur complique la tâche pour suivre les activités et les performances du projet lors de leurs visites de supervision de routine.

“D’après l’organigramme, le PaPim est un SONUB. Aucun document officiel n’indique qu’il s’agit d’un SONUC ; c’est pourquoi, parfois, même lorsque nous nous rendons sur le terrain pour effectuer des visites de supervision, nous sommes confrontés à cette difficulté : comment évaluer leurs performances ?” (Répondant du MSPP)

D'autres acteurs locaux ont également fait remarquer que l'emplacement actuel de l'hôpital n'était pas celui qu'ils privilégiaient, ce qui rend difficile pour eux de mobiliser le soutien des partenaires locaux, qui, à ce jour, souhaitent que l'hôpital soit réinstallé à son ancien emplacement.

“Nous voulions que MSF rénove l’ancien site, car il aurait pu accueillir l’ensemble de la population, mais MSF en a décidé autrement et n’a construit qu’une salle d’accouchement pour les femmes enceintes. L’ancien espace était plus grand et mieux adapté à l’ensemble de la population... Aujourd’hui, il est difficile pour nous (la communauté) de faire pression pour obtenir du soutien si ce n’est pas dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Une pétition a actuellement été lancée pour que l’hôpital soit réinstallé sur son site d’origine afin qu’il puisse desservir l’ensemble de la population, comme cela était prévu initialement.” (Informateur clé de la communauté)

Toutefois, certains informateurs clés ont expliqué les raisons qui ont motivé le choix du nouveau site, en les mettant en lien avec le tremblement de terre qui a détruit l'ancien bâtiment et rendu sa rénovation plus difficile et plus coûteuse. Ils ont également précisé que la décision de changer de site avait été prise d'un commun accord avec le MSPP.

“Avant le séisme, alors que nous [PaPim] étions encore un SONUB et que MSF prévoyait déjà de quitter la zone, ils [MSF] ont estimé qu’il était nécessaire de disposer d’une SONUC le long de la côte sud (axe Roche-à-Bateau-Tiburon) car Port Salut était très éloigné. Puis, après le séisme, lorsque MSF a décidé de repenser le projet et de transformer le site en SONUC, le bâtiment n’était plus utilisable car il avait lui aussi été détruit. À l’époque, le gouvernement avait proposé de réaménager Les Anglais car il prévoyait de transformer ultérieurement ce site en SONUC, mais cela n’a pas abouti, et MSF a décidé de construire le SONUC ici [sur le site actuel]. De plus, l’espace dans l’ancien bâtiment qu’ils proposaient d’utiliser pour le bloc opératoire n’était pas adapté en termes de superficie et de flux de patients.” (Répondant de MSF)

Les parties prenantes issues de communautés éloignées, comme Tiburon, se sont déclarées favorables à l'implantation du SONUC à PaPim, soulignant que Port-Salut ou Les Cayes se trouvaient très loin de Tiburon et d'autres zones difficiles d'accès, ce qui rendait les orientations vers ces régions très compliquées, contrairement à une implantation du SONUC à PaPim.

“Si l’on considère le trajet, aller d’ici (Tiburon) aux Cayes, ou d’ici à Port-Salut, représente un long voyage. En revanche, avec MSF à Port-à-Piment, ce n’est qu’à mi-chemin. Cela signifie que lorsque nous partons d’ici (Tiburon) pour Les Cayes, si le patient est en détresse, le fait de se rendre aux Cayes, qui est l’itinéraire le plus long, peut même entraîner son décès. Mais désormais, avec MSF à PaPim, le trajet est plus court, ce qui réduit le risque de décès.” (Répondant de la communauté)

D'autres informateurs, qui étaient présents à l'époque où PaPim relevait du SONUB, ont ajouté qu'ils rencontraient de nombreuses difficultés chaque fois qu'ils devaient transférer un patient à Port-Salut ou aux Cayes, car de nombreux établissements de santé étaient éloignés et le transport des patients en état critique présentait des risques. De plus, la plupart des hôpitaux de référence de Port Salut et

des Cayes refusaient les patients dans un état très critique, car ils n'avaient pas la capacité de prendre en charge ces cas, même s'ils étaient en théorie les hôpitaux de référence. Un participant a déclaré :

“C’était une période difficile pour travailler lorsque PaPim était encore un SONUB, car nous (le personnel de PaPim) devons la plupart du temps transférer les patients très loin, jusqu’aux Cayes ; il fallait par exemple environ deux heures pour transférer un patient qui saignait. C’était à la fois stressant et difficile... De plus, certains établissements refusaient d’accueillir le patient après un si long trajet, car ils n’étaient pas en mesure de prendre en charge le cas. C’est une situation qui, encore aujourd’hui, me met mal à l’aise quand j’y repense.” (Professionnel de santé)

La politique interne consistant à n'élaborer que des plans d'activité d'une durée d'un an n'est pas compatible avec le mode de coordination institutionnel du MSPP, qui nécessite davantage de temps (généralement plus de deux ans) pour mettre en œuvre des mesures telles que l'affectation de personnel et l'élaboration de politiques visant à renforcer les actions du projet. Un informateur clé l'a souligné en ces termes :

“Nous (le MSPP) savions que le projet s’étendait sur cinq ans, mais nous ne savions pas exactement comment MSF souhaitait gérer la transition ni ce qu’elle attendait du gouvernement chaque année pour la soutenir. Nous savons tous qu’il existe un problème majeur en matière de ressources humaines et que ces choses-là prennent du temps ; cela peut même prendre deux ans, voire plus, au gouvernement pour envoyer du personnel après avoir reçu la demande... Ce n’est que maintenant que nous prévoyons d’aborder concrètement leur départ en 2027, ce qui, à mon avis, pourrait se faire plus tôt.” (Répondant du MSPP)

b. Collaboration avec les autres parties prenantes et le MSPP

Tout au long du projet, MSF a collaboré avec d'autres acteurs tels que l'UNFPA, qui soutient également certains aspects de la SSR dans la zone du projet, ainsi qu'avec la communauté et le MSPP. Les participants ont indiqué qu'avant 2024, il existait d'autres partenaires non gouvernementaux ; cependant, en raison des coupes budgétaires, notamment de la part de l'USAID, de nombreux autres acteurs ne sont plus présents dans la zone. Depuis 2026, l'UNFPA et l'UNICEF comptent parmi les principaux partenaires ; ces derniers soutiennent également certaines activités liées à la SSR dans la zone cible du projet. MSF collabore avec ces partenaires afin de compléter leurs activités ; par exemple, l'UNFPA prend en charge les salaires des sage-femmes tandis que MSF fournit les médicaments et assure la formation.

“...Moi [sage-femme], je suis rémunérée par l’UNFPA, mais c’est MSF qui nous fournit les médicaments dont nous avons besoin, et c’est également cette organisation qui facilite l’orientation vers le PaPim des femmes présentant des complications en envoyant une ambulance... MSF envoie également ses sage-femmes pour travailler avec nous et nous former à la prise en charge de certains cas.” (Professionnel de santé)

Le soutien apporté par MSF vient également compléter les actions du MSPP et de la communauté, notamment sur les sites satellites (sites SONUB). MSF fournit un stock tampon de médicaments essentiels pour compléter l'approvisionnement assuré par le MSPP ; l'organisation verse également des primes pour compléter les salaires du personnel recruté par le MSPP et la communauté, d'autant plus que ces salaires sont parfois versés avec retard ou insuffisants pour leur permettre de travailler à temps plein. Outre le soutien en médicaments et en personnel, MSF fournit également du matériel et des équipements à ces structures et apporte son aide pour les réparations et le carburant des ambulances mises à disposition par le CAN (Centre Ambulancier National).

“MSF nous apporte son soutien en nous fournissant des médicaments et du matériel ; lorsque nous contactons le Département du Sud et qu’il nous répond qu’il n’a plus de stock, nous appelons MSF, qui nous envoie alors des médicaments.” (Professionnel de santé)

“MSF nous apporte son soutien en nous fournissant du carburant et en assurant l’entretien et la réparation de nos ambulances, afin de garantir la continuité des soins à la population.” (Répondant du MSPP)

Même si le projet semble bien compléter les activités de ces autres partenaires, il existe certaines lacunes et des domaines où les efforts se chevauchent. Par exemple, les prestataires se sont plaints du fait que les analyses de laboratoire pour les femmes enceintes et les honoraires de consultation ne sont pris en charge par aucun des partenaires, alors que certains aspects, comme les médicaments et le matériel, sont fournis à la fois par le FNUAP et par MSF. Certains professionnels de santé l’ont formulé ainsi :

“MSF nous fournit des médicaments, mais là où nous rencontrons encore des difficultés, c’est au niveau des analyses de laboratoire ; ici (au centre de santé), les femmes doivent payer des frais de consultation à chaque visite de suivi prénatal. Ni MSF ni l’UNFPA ne prennent en charge ces aspects, et cela représente vraiment un défi.” (Professionnel de santé).

“... MSF nous fournit du matériel et des médicaments, tout comme l’UNFPA ; il arrive parfois que nous recevions des fournitures des deux organismes pour un même produit. Par exemple, en cas de rupture de stock, nous faisons généralement appel à l’UNFPA et à MSF, et il peut arriver que nous recevions deux fois les mêmes fournitures.” (Professionnel de santé)

Au niveau de la communauté, le projet semble adopter une bonne approche en matière de collaboration et de communication, qui implique activement la communauté dans ses activités, lui procurant ainsi un sentiment d’appartenance et d’appropriation. MSF travaille avec les responsables communautaires pour élaborer des stratégies d’action et leur permet d’animer des activités de sensibilisation au sein de la communauté. Par exemple, MSF organise chaque trimestre des réunions avec les acteurs communautaires afin de recueillir leurs retours d’expérience et de planifier les activités. L’organisation travaille également avec des acteurs tels que les « colvols » et les « matrones » pour sensibiliser les communautés, une approche appréciée et acceptée par celles-ci. MSF collabore également avec le MSPP pour former les « colvols » et leur verser une allocation mensuelle

“Les colvols sont des bénévoles choisis par la communauté et reconnus par le MSPP ; il s’agit généralement de membres du personnel du MSPP au niveau communautaire, tandis que les matrones sont des accoucheuses traditionnelles. Nous [MSF] travaillons avec elles [les colvols et les matrones] lors des activités de sensibilisation au sein des communautés ; les colvols prennent les rênes car elles ont été formées à cet effet, tandis que les matrones aident à identifier les femmes qui ont besoin d’un accompagnement et d’une orientation au sein de la communauté. Elles [les matrones] contribuent également à sensibiliser d’autres matrones qui continuent d’assister aux accouchements à domicile... MSF verse une allocation mensuelle aux colvols, tandis que les matrones ne sont rémunérées que si elles orientent une femme enceinte vers un établissement de santé.” (Répondant de MSF)

“Nous [les colvols] sommes très reconnaissants envers MSF car ils nous soutiennent dans le travail que nous accomplissons. Avant l’arrivée de MSF, d’autres partenaires nous soutenaient, mais depuis leur départ, le gouvernement n’a pas été en mesure de continuer à nous rémunérer. Cette période a été très frustrante... Dieu merci, MSF est intervenue et a commencé à nous verser une allocation mensuelle qui nous aide beaucoup et nous motive à poursuivre notre travail.” (Informateur clé de la communauté)

En ce qui concerne la collaboration avec le MSPP, MSF a, dès le début du projet, participé à l'élaboration d'un protocole d'accord entre les deux parties et défini les tâches qui seraient prises en charge par chacune d'elles pour chaque établissement de santé. Cependant, au cours de la mise en œuvre du projet, certaines difficultés ont mis à rude épreuve la collaboration entre les deux parties. Par exemple, selon le protocole d'accord relatif au PaPim, le MSPP était chargé de fournir les ressources humaines tandis que MSF apportait l'expertise technique. Au cours du projet, le MSPP devait progressivement affecter du personnel qualifié au PaPim, et MSF devait former ces personnes et leur transférer progressivement les activités dans le cadre du plan de mutualisation. Or, cela ne s'est pas déroulé comme prévu. Des entretiens avec des informateurs clés ont révélé que cela était en partie dû à la situation politique du pays, qui a eu un impact sur la stabilité hiérarchique ainsi que sur les ressources disponibles, empêchant ainsi le MSPP de respecter ses engagements contractuels.

“Le plan prévoyait que d’ici début 2026, nous [MSF] commencerions à avoir du personnel du MSPP mobilisé à PaPim, mais cela ne s’est pas produit jusqu’à présent, et nous ne savons même pas si cela serait possible.” (Répondant de MSF)

“La crise que traverse le pays nous a vraiment affectés [MSPP] ; la situation n’est pas stable, et même les dirigeants changent sans cesse, ce qui rend difficile le suivi de certaines choses. De plus, il n’y a pas d’argent ; le gouvernement n’est pas en mesure de payer les professionnels de santé, ce qui pose de nombreuses difficultés sur le terrain.” (Répondant du MSPP)

Un autre informateur clé a ajouté que le système de rotation du personnel de MSF a également été un autre facteur ayant eu un impact négatif sur la collaboration et la coordination des activités entre MSPP et MSF. Il l’a exprimé en ces termes :

“Pour nous [le MSPP], un autre défi a toujours été le changement de direction lié à la rotation du personnel de MSF, et cela dépend parfois de la personnalité et de la personne en poste... On a l’impression de repartir de zéro à chaque fois qu’il y a un nouveau coordinateur, ce qui ralentit également le suivi et la coordination des activités. Par exemple, on discute avec l’équipe en place et on formule des recommandations, tout semble bien se passer, puis soudainement leur mission prend fin et ils doivent être remplacés... Lorsque la nouvelle équipe ou le nouveau coordinateur arrive, il faut un certain temps pour se familiariser avec le contexte et reprendre là où on en était resté avec la personne précédente. Donc, oui, c’est un autre inconvénient.” (Répondant du MSPP)

Même si le MSPP n’a pas pu mobiliser le personnel à PaPim comme prévu initialement, il a envoyé des étudiants en médecine en dernière année et d’autres professionnels en formation, comme des sage-femmes, à PaPim afin qu’ils puissent bénéficier de l’expertise technique du personnel de MSF. Cependant, le personnel de santé de PaPim ne savait pas exactement quelle était l’intention derrière cette stratégie, s’il s’agissait de compenser le plan initial. Une personne l’explique ainsi :

“...Nous [PaPim] accueillons toutefois des étudiants en médecine en dernière année et quelques étudiantes sages-femmes qui ont été envoyées à PaPim pour acquérir de l’expérience. Nous espérons qu’il s’agit là d’un autre moyen que le gouvernement envisage d’utiliser pour envoyer du personnel du MSPP ici, mais nous n’en sommes pas encore certains.” (Répondant de MSF)

EFFICACITÉ

Ce critère évalue dans quelle mesure le projet a atteint son objectif global de réduction des taux de mortalité maternelle et infantile dans la zone cible, grâce à l'amélioration des « trois retards » (en veillant à ce que les femmes et les familles prennent la décision de solliciter des soins médicaux en temps opportun, en garantissant la disponibilité de systèmes d'orientation et de réorientation de qualité et réactifs, et en renforçant l'accès à des soins de qualité dans les établissements SONUB et SONUC) et au renforcement de la coordination et de l'intégration des activités avec le ministère de la Santé. Nous examinerons également si des différences sont observées entre les groupes de population et les contextes géographiques.

Pour répondre au critère d'efficacité, nous présentons des aspects de l'analyse secondaire des données de routine du projet afin d'identifier les schémas et les tendances en matière d'accès aux services, tant dans les sites soutenus par MSF que dans ceux qui ne le sont pas, ainsi que les principaux résultats en matière de santé maternelle dans les établissements de santé soutenus. Nous recoupons et complétons ces résultats avec ceux issus de l'enquête et des entretiens.

Les résultats montrent que **le projet a contribué à augmenter le taux de consultation prénatale et d'accouchements institutionnels, à renforcer l'accès aux soins d'urgence et à améliorer la décentralisation des services de santé maternelle vers les structures SONUB. Cependant, la dépendance persistante vers le SONUC de PaPim en tant que centre de référence de haute qualité, ainsi que les obstacles persistants liés à la distance, au transport, aux coûts et aux capacités limitées des autres structures périphériques non soutenues par MSF, freinent l'efficacité du projet.**

COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE ET ACCES AUX SOINS DE SANTE (TDC RESULTATS 1 : RECONNAISSANCE ET DÉCISION DE SE FAIRE SOIGNER)

Afin d'évaluer s'il y avait eu un changement dans les comportements en matière de recours aux soins au cours du projet, nous avons demandé aux participants à l'enquête quel était leur premier point de contact lorsqu'ils rencontraient un problème de santé. La plupart des participants (89,7 %) ont déclaré qu'ils se rendraient d'abord dans un établissement de santé public, suivis par 25 % qui préféreraient un établissement de santé privé. Seule une faible proportion de participants, moins de 5 %, a déclaré qu'elle commencerait par recourir à des remèdes maison (figure 6). Cela suggère que la plupart des participants, et probablement des habitants, sont conscients de l'importance de consulter un médecin en temps opportun. De même, lors des EIA, les participants ont indiqué avoir été sensibilisés aux services disponibles dans les sites soutenus par MSF et se sont dit disposés à se faire soigner dès qu'eux-mêmes ou un membre de leur famille en auraient besoin. Une participante l'a formulé ainsi :

“Quels que soient les moyens dont elles disposent aujourd’hui, les femmes se rendent à l’hôpital ; les choses ont changé. Avant, il n’y avait pas d’hôpital comme celui de MSF ; les accouchements normaux se faisaient à domicile. Aujourd’hui, grâce à MSF, dès que l’on est malade ou que l’on ressent la moindre douleur, on est censé se rendre à l’hôpital.” (Utilisatrice de services)

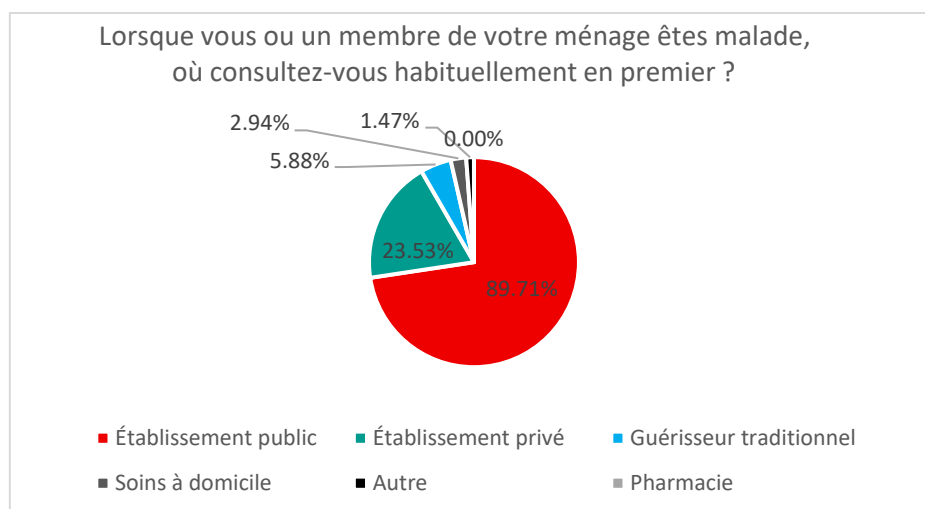


Figure 8: Le premier point de contact des participants lorsqu'ils sont malades

a. Accouchements non institutionnels

Nous avons également examiné les tendances en matière d'accouchements en milieu hospitalier et hors milieu hospitalier à l'aide de données secondaires issues à la fois du projet et du département du Sud, afin d'estimer les schémas d'utilisation des services de santé pendant l'accouchement, ce qui peut indiquer indirectement des changements dans les comportements de recours aux soins au sein de la population. La figure 9 ci-dessous présente les résultats concernant les femmes ayant bénéficié de consultations postnatales à PaPim en 2025 et montre que 7,1 % des femmes qui se sont présentées à la clinique ont déclaré avoir accouché à domicile sans personnel qualifié. Bien que les données disponibles n'aient pas été suffisantes pour établir une tendance, cette proportion à PaPim est inférieure à celle rapportée par le département du Sud en 2023 et 2024 (tableau 5), ce qui suggère que la proportion d'accouchements hors établissement dans les communautés autour de PaPim est plus faible que dans le reste du Sud.

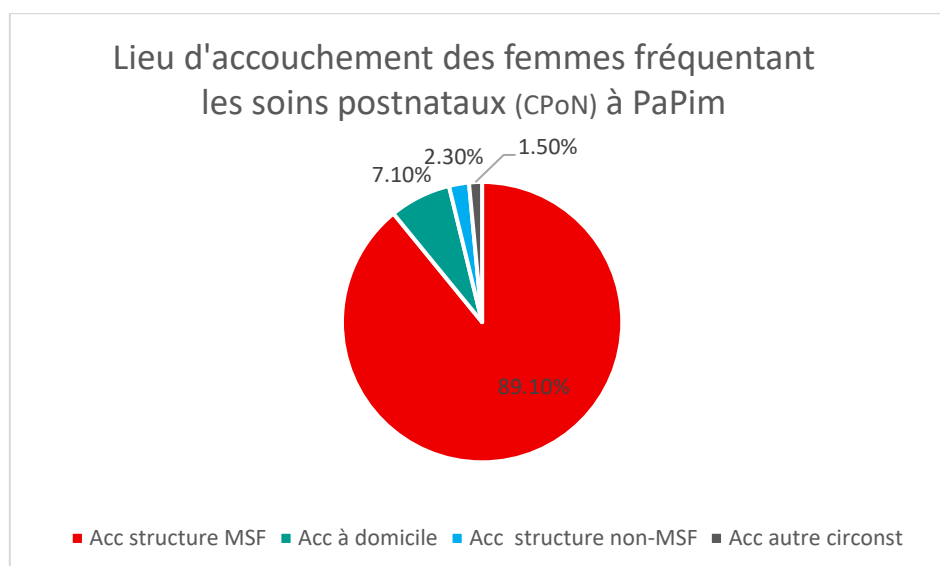
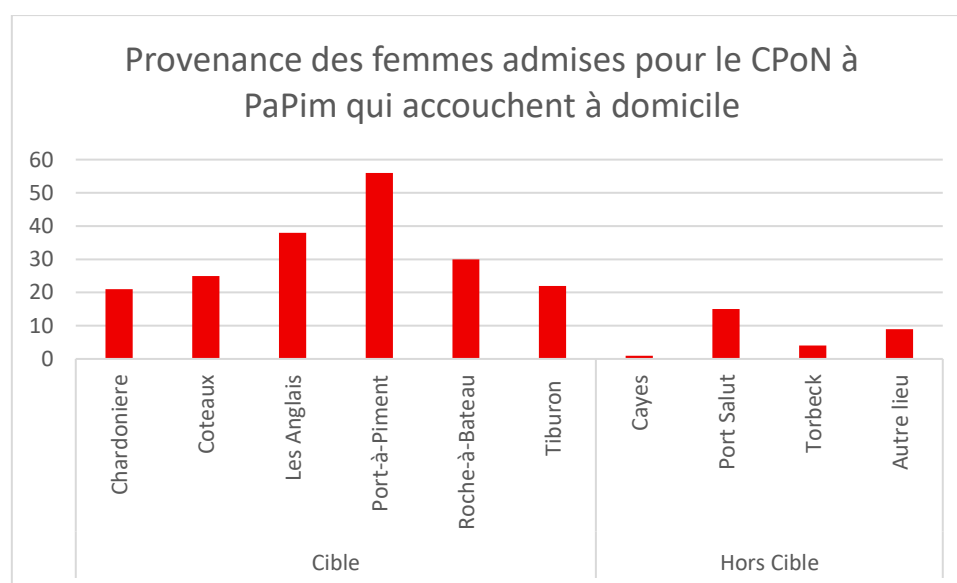


Figure 9: Lieu d'accouchement des femmes fréquentant les soins postnataux (CPoN) à PaPim

Tableau 5: Lieu d'accouchement des femmes- Données du département du Sud

	DONNÉES DU DÉPARTEMENT DU SUD		
	Total accouchements	% accouchements non institutionnels	% accouchement institutionnels
2022	15,381	7.0	73.6
2023	13,819	9.5	90.5
2024	10,726	10.8	89.2

Bien que la proportion de femmes accouchant sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié puisse sembler plus faible dans la zone cible du projet, une plus grande partie des femmes se présentant pour des soins post-partum à PaPim provenait de la zone cible du projet plutôt que de l'extérieur de celle-ci (figure 10). Cela pourrait, d'une part, indiquer un taux toujours élevé d'accouchements non assistés dans la zone cible du projet, mais d'autre part, cela pourrait signifier que les femmes de cette zone sont davantage conscientes de l'importance de recourir à des soins qualifiés dans les établissements de santé, et que même si elles n'ont pas eu la possibilité d'accéder à des soins avant l'accouchement, elles sont motivées et disposées à se faire soigner même après l'accouchement.

**Figure 10:** Origine des femmes venant à PaPim pour un CPoN, après avoir accouché à domicile

Nous avons également examiné la proportion d'accouchements hors établissement dans le cadre de cette enquête. Nous avons demandé aux participants, principalement des femmes bénéficiant de soins prénatals et postnatals dans les établissements où elles avaient accouché lors de leur dernière grossesse, d'estimer la proportion de femmes qui accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié, ainsi que la proportion de celles qui avaient auparavant accouché à domicile et qui sont désormais disposées à accoucher dans un établissement de santé. Contrairement à ce qui ressort de l'analyse des données secondaires, une proportion plus importante (33,9 %) de participantes a déclaré avoir accouché à domicile sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié lors de leur grossesse précédente (figure 11). Cette disparité pourrait indiquer des lacunes dans le suivi et la déclaration des accouchements sans assistance qualifiée par le système de santé, mais elle pourrait également refléter

un changement dans le comportement des femmes en matière de recours aux soins, celles-ci étant désormais plus motivées et ayant les moyens de solliciter l'assistance d'un personnel de santé qualifié.

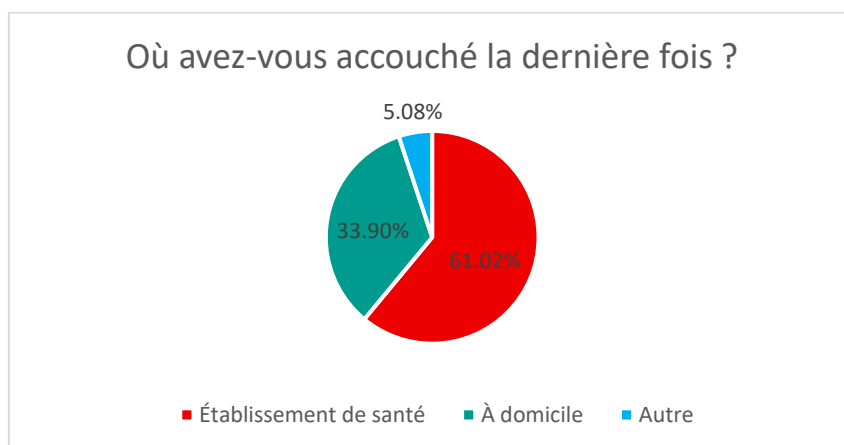


Figure 11: Lieu du dernier accouchement des répondantes à l'enquête

Nous avons également abordé, au cours des entretiens, certains aspects potentiels du changement de comportement. La plupart des participants aux EIA ont indiqué avoir bénéficié d'une formation approfondie dans le cadre des activités de sensibilisation communautaire, ce qui leur avait permis de prendre la décision éclairée de se faire soigner par un professionnel de santé qualifié.

“Les agents communautaires de MSF sont toujours sur le terrain pour expliquer le fonctionnement de l'hôpital. Ils répètent sans cesse que dès que l'on a un problème, il ne faut pas rester chez soi. On est censé venir à l'hôpital pour qu'ils puissent examiner ce que l'on a... C'est parce que je savais cela que je suis venue à l'hôpital immédiatement lorsque j'ai commencé à avoir des contractions.”
(Utilisatrice de services)

D'autres ont également souligné que la qualité des soins qu'ils reçoivent dans les établissements de santé soutenus par MSF est la principale raison qui les incite à s'y rendre.

“Avant l'arrivée de MSF, l'hôpital ne fonctionnait pas toujours bien : certains jours, il était ouvert, d'autres non. On pouvait avoir un problème, venir ici, et trouver l'hôpital fermé. Mais depuis que MSF est là, ce genre de problème n'existe plus. Il est ouvert tous les jours, et désormais, les gens sont plus enclins à se faire soigner.” (Utilisateur de services)

Des informateurs clés issus de la communauté, en particulier ceux qui exerçaient auparavant en tant qu'accoucheuses traditionnelles, ont également témoigné de l'impact des actions de sensibilisation communautaire menées dans le cadre du projet, qui les ont aidés à prendre conscience des dangers de leurs anciennes pratiques et les ont incités à jouer un rôle de relais pour sensibiliser leurs collègues qui continuent d'encourager les femmes à accoucher à domicile, ainsi qu'à soutenir celles qui ont besoin d'aide pour se rendre dans les établissements de santé.

“Une femme était en travail, il était minuit ; ils ont envoyé quelqu'un me chercher... La personne est venue me chercher, et je lui ai dit : “Je dois l'emmener à l'hôpital.” Parce que je ne sais pas ce que l'infirmière sait. L'enfant aurait pu naître sur place et mourir, mais si elle accouche à l'hôpital, elle ne peut pas mourir.” (Informateur clé de la communauté)

“MSF nous a aidés à prendre conscience des dangers de nos anciennes pratiques. Ils nous ont dispensé de nombreuses formations pour identifier les femmes qui ont besoin d'aide au sein de la

communauté et les orienter vers l'hôpital ; désormais, dans la communauté, chaque fois qu'une femme enceinte a besoin d'aide, les gens viennent nous appeler.” (Informateur clé de la communauté)

Le personnel de santé a également souligné que le soutien direct apporté par le projet aux établissements de santé incitait les femmes à se faire soigner. Par exemple, une participante a mis en avant la mise à disposition de services gratuits, de médicaments et d'un accompagnement pour l'orientation vers des spécialistes, ce qui leur permet d'offrir des soins de qualité aux patientes et les incite à se faire soigner, contrairement à la situation où ces services faisaient défaut.

“Avant l'intervention de MSF, de nombreuses femmes n'accouchaient pas à l'hôpital car les services n'étaient pas gratuits et la qualité des soins laissait à désirer. Aujourd'hui, MSF nous fournit des médicaments et nous forme, de sorte que la patiente ne paie que très peu, voire rien du tout... Ainsi, lorsqu'une femme enceinte se rend à l'hôpital, si elle a besoin de médicaments, ceux-ci lui sont fournis gratuitement ; si elle a même besoin d'une intervention chirurgicale, celle-ci est pratiquée gratuitement, ce qui incite vraiment les femmes à venir accoucher à l'hôpital” (Professionnel de santé)

b. Âge gestationnel des femmes lors du CPN 1

L'âge gestationnel des femmes se rendant à leur CPN 1, calculé à partir de données secondaires sur les femmes ayant bénéficié de soins prénataux à PaPim, a également été analysé afin d'évaluer le comportement des femmes enceintes en matière de recours aux soins. Entre août 2024 et le premier trimestre 2026 à PaPim, nous avons observé une légère augmentation de la proportion de femmes se rendant à leur première consultation prénatale au cours du premier trimestre (figure 12). En 2024, la plupart des femmes (> 60 %) se sont rendues à leur CPN 1 au cours du troisième trimestre, tandis qu'en 2025 et au premier trimestre 2026, une nette amélioration a été observée, avec seulement environ 30 % d'entre elles se rendant à cette consultation au troisième trimestre.

Ces résultats ont été comparés à des données secondaires provenant du département du Sud pour la période 2022-2024 (figure 12). Les données du Sud montrent une tendance similaire au fil du temps au cours du premier trimestre ; toutefois, l'augmentation est moins marquée qu'à PaPim, avec moins de 30 % des femmes effectuant leur première consultation prénatale au cours du premier trimestre à la fin de 2024 et une proportion plus importante (> 50 %) le faisant au cours du deuxième trimestre. En revanche, la proportion de femmes effectuant leur CPN 1 au troisième trimestre est plus faible dans le département du Sud qu'à PaPim. Cela pourrait indiquer un léger changement dans le comportement de recours aux soins et l'accès aux soins chez les femmes de PaPim par rapport à l'ensemble du département du Sud.

Les entretiens avec les participantes ont révélé que, malgré la participation tardive des femmes à la CPN 1, il s'agissait d'un grand changement, car de nombreuses femmes se présentaient à l'hôpital pour la première fois après six ou sept grossesses. Une participante a déclaré :

“ Il y a des femmes qui arrivent pour leur septième, huitième, neuvième grossesse, mais c'est la première fois qu'elle arrive à l'hôpital. Et elles croient dans leur tête qu'elles peuvent garder une grossesse à terme sans aller à l'hôpital, même une fois. Elle a l'habitude de dire que “j'ai déjà eu quatre enfants, cinq enfants, je n'ai jamais été à l'hôpital”” (Professionnel de santé)

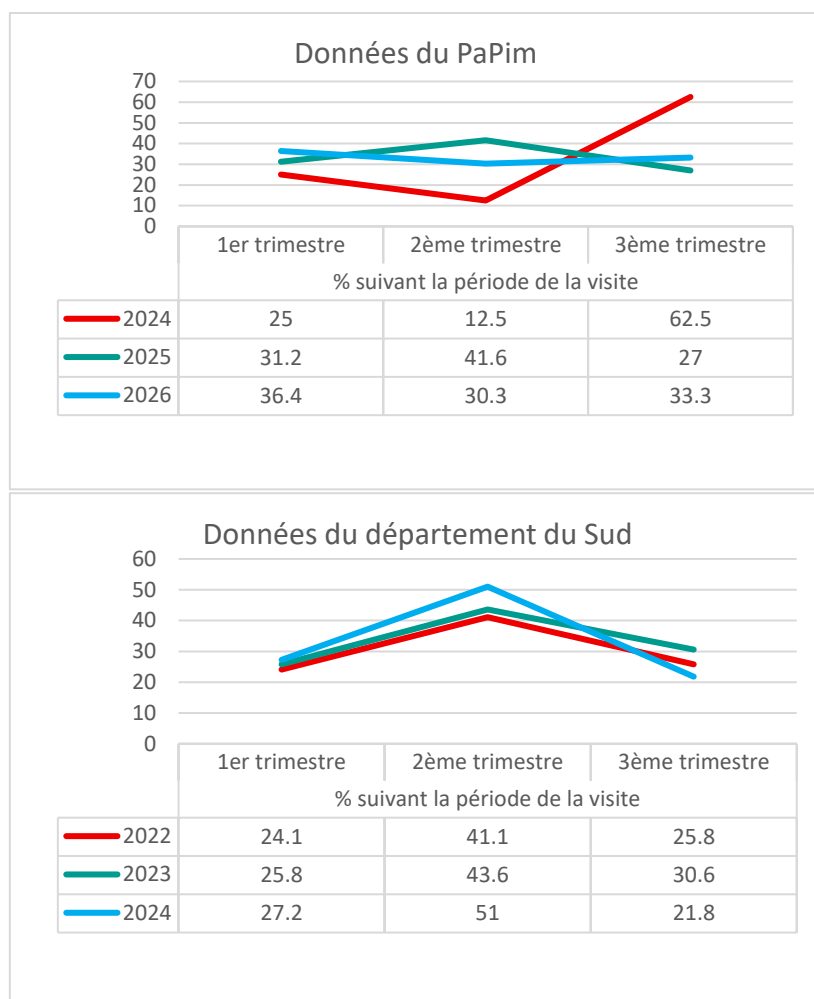


Figure 12: Âge de la CPN 1 à PaPim par rapport à celui dans le Département du Sud

UTILISATION DES SERVICES ET MODES D'UTILISATION DES SOINS D'URGENCE OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS (SONUC) À PAPIM (TDC RETARD 3)

Dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité du projet, nous avons évalué le taux et la tendance du recours aux services à PaPim à partir des données secondaires du projet, et avons triangulé ces résultats avec les données primaires issues de l'enquête et des entretiens.

a. Tendance d'utilisation des services de santé maternelle

La Figure 13 présente la tendance du recours aux services de santé maternelle (CPN 1, visites de suivi CPN, et accouchements par voie basse normaux) à PaPim entre 2019 et 2025. De 2019 à 2021, le recours aux trois services de santé maternelle à PaPim a progressivement diminué. Ce déclin est probablement dû au transfert du soutien de MSF de CAL PaPim vers HCR ou Port Salut en 2020, ainsi qu'à la destruction de CAL PaPim par le séisme de 2021. Cependant, de 2021 à 2024, le recours aux trois services a augmenté, et en 2024, il a dépassé les niveaux de 2019. En 2025, le recours à la CPN 1 et aux visites de suivi CPN a continué d'augmenter ; toutefois, le nombre d'accouchements normaux a légèrement diminué, probablement en raison de la décentralisation des accouchements vers d'autres CDS, avec le système de référencement lancé en 2025 pour orienter les femmes se présentant à PaPim pour la CPN vers la poursuite des soins et de l'accouchement dans leur CDS de proximité. Cette

augmentation du recours aux services après le lancement du projet SSR de PaPim en 2023 pourrait indiquer que la population cible est consciente des services disponibles à PaPim, y accède et les utilise.

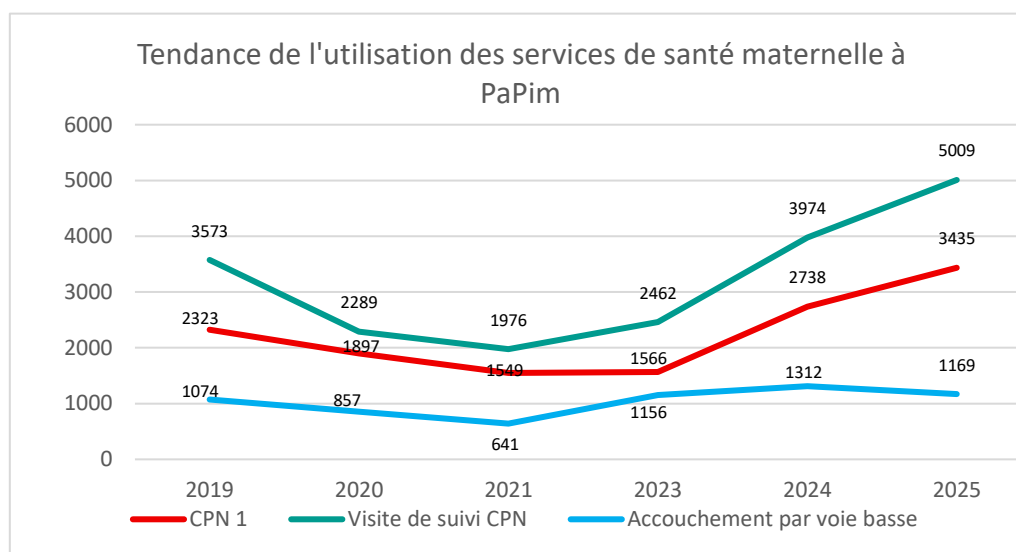


Figure 13: Tendance du recours aux services de santé maternelle à PaPim entre 2019 et 2025.

De même, lors des EIA, les utilisatrices des services ont exprimé leur désir de recourir aux services du SONUC de PaPim car elles savaient que ces services existaient, et la plupart d'entre elles ont également exprimé leur désir de s'y rendre en raison de la bonne qualité des soins.

« Je préfère accoucher dans cet hôpital [PaPim]. Après l'accouchement, les médecins s'occupent de vous, et s'il y a une complication, ils sont en mesure d'y remédier. Par exemple, si le bébé est en détresse, le médecin peut intervenir et pratiquer une césarienne si nécessaire. » (Utilisatrice de services)

b. Origine des participantes aux consultations prénatales à PaPim

Nous avons également analysé la provenance des patientes fréquentant les services de soins prénatals à PaPim et avons constaté qu'environ 26 % des femmes bénéficiant de ces soins à PaPim provenaient de l'extérieur de la zone cible du projet (figure 14). Parmi elles, une grande partie venait des Cayes et de Port Salut (tableau 6), qui sont non seulement éloignées, mais comptent également parmi les plus grandes villes du département, où se trouvent d'autres SONUC ainsi que des établissements de référence. Cet afflux important de femmes provenant de l'extérieur de la zone, en particulier celles issues des grandes villes, pourrait s'expliquer par la gratuité des services proposés à PaPim.

Les entretiens avec les participantes ont confirmé que cette préférence pour contourner les établissements de santé à proximité était due à la gratuité des services à PaPim. Cependant, la plupart d'entre elles ont révélé qu'il s'agissait davantage de la qualité et du niveau des soins disponibles à PaPim par rapport aux autres établissements des villes d'où elles venaient. Une participante s'exprime ainsi :

“ J'habite près de (nom d'un établissement de santé situé en dehors de la zone cible), mais... il n'y a pas de bons médecins là-bas. J'ai remarqué que, la plupart du temps, quand on envoie des gens là-bas, ils finissent toujours par être orientés vers ici de toute façon. Beaucoup de gens m'ont aussi dit de ne pas perdre de temps et de venir ici tout de suite. ” (Utilisatrice de services)

Pour d'autres, c'était également en raison de la dignité et de l'humanité avec lesquelles les soins étaient prodigués à PaPim, ce qui leur donnait le sentiment d'être valorisées et d'avoir un sentiment d'appartenance, et non pas nécessairement en raison de la gratuité des services.

"Ici (PaPim), j'aime la façon dont ils nous parlent ; ils nous traitent avec respect" (Utilisatrice de services)

"Une fois que je reçois de bons soins, l'argent n'a pas d'importance" (Utilisatrice de services)

Les prestataires de soins de santé ont également fait écho à ces raisons pour lesquelles les femmes quittent les villes pour recourir aux services de santé maternelle à PaPim. Un prestataire a déclaré :

"Pour la plupart de ceux qui viennent des Cayes, ce ne sont pas tant les services gratuits qui comptent, car je pense que la plupart d'entre eux ont les moyens de se payer les soins proposés par les établissements de santé de là-bas. À mon avis, ce qui compte, c'est l'assurance qu'en venant ici [à PaPim], ils seront bien traités et respectés" (Professionnel de santé)

Tableau 6: Origine des patientes fréquentant les CPN au SONUC de PaPim

	COMMUNES	NUMBER	%
Hors cible	Aquin	2	0.03
	Arniquet	88	1.3
	Autres lieux	114	1.6
	Camp Perrin	45	0.6
	Cavaillon	5	0.07
	Cayes	401	5.7
	Chantal	52	0.7
	Maniche	4	0.06
	Port-Salut	830	11.8
	Saint-Jean du Sud	64	0.9
	Saint-Louis du Sud	6	0.08
	Torbeck	249	3.5
	Total hors cible	1860	26.4
Cible	Chardonnières	811	11.5
	Coteaux	1104	15.7
	Les Anglais	1046	14.9
	Port-à-Piment	1026	14.6
	Roche à Bateau	716	10.2
	Tiburon	476	6.7
	Total cible	5179	73.6
	Total	7039	

Outre les femmes issues des grandes villes situées en dehors de la zone cible qui se sont rendues au PaPim pour y recevoir des soins, certaines venaient de villes plus petites et éloignées, difficiles d'accès, telles que Torbeck (3,5 %) et Champ Perrin (0,6 %). À l'instar des femmes issues des grandes villes, elles ont cité la qualité des services proposés au PaPim comme l'un des facteurs qui les ont incitées à s'y rendre pour recevoir des soins.

“Ici, c’est mieux qu’aux Irois... Quoi que vous ayez à faire à l’hôpital des Irois, il faut avoir de l’argent sur soi. Et les soins ne sont pas très bons là-bas non plus. Ici, on vous soigne, et certaines choses sont même gratuites. Vous n’avez pas... vous n’avez pas besoin de dépenser d’argent. Ici, on ne vous retient pas pour une question d’argent. On s’occupe de vous ; on s’occupe de votre bébé.” (Utilisatrice de services)

Outre la qualité des services, pour ces femmes venant de zones difficiles d'accès, la dignité des soins et la liberté d'accès aux services constituaient des facteurs de motivation majeurs. Certaines d'entre elles ont décidé de venir bien avant leur date d'accouchement prévue et de rester à l'hôpital afin d'éviter le risque de repartir et de ne pas pouvoir revenir à temps pour être admises une fois le travail commencé.

“ J’habite aux Cayes... Je suis venue ici parce que j’ai de la famille qui vit dans cette région. Je suis ici depuis samedi dernier parce que j’ai mal... Les infirmières m’ont conseillé de marcher. J’ai marché et marché, mais elles m’ont dit que je n’étais pas encore prête à accoucher... ” (Utilisatrice de services)

Nous avons également analysé l'origine des nouveau-nés orientés vers l'unité de soins intensifs néonataux (USIN) de PaPim et avons constaté que plus de 80 % des nouveau-nés admis à PaPim provenaient de l'extérieur de la zone cible, y compris des cas orientés par le HCR de Port Salut, un hôpital de référence de deuxième niveau qui devrait théoriquement prendre en charge les cas de PaPim nécessitant des soins spécialisés. Ce paradoxe s'explique en partie par le niveau de prise en charge offert par l'unité de soins intensifs néonataux du PaPim, mais il met également en évidence la faiblesse du système de santé haïtien à maintenir des services spécialisés dans les établissements de santé de deuxième et troisième niveaux du département.

Ces résultats ont également été reflétés dans les entretiens avec les prestataires de soins de santé, qui ont signalé recevoir davantage de références provenant d'établissements en dehors de la zone cible, et ont attribué ceci à la qualité des services fournis à PaPim, ainsi qu'à la qualité de l'équipement disponible dans l'USIN de PaPim. Un prestataire a déclaré :

« À ma connaissance, l’unité de soins intensifs néonataux de PaPim est l’une des mieux équipées du département du Sud... C’est pourquoi même les établissements de santé plus importants, qui disposent de spécialistes, nous envoient leurs patients, même s’ils savent que nous n’avons pas de pédiatre. Nos couveuses sont pleinement opérationnelles la plupart du temps, et nous pouvons accueillir davantage de patients que de nombreuses USIN du Sud » (Professionnel de santé)

D'autres prestataires ont mentionné la gratuité des services, qui pourrait être un facteur très attractif, même si la patiente accouchait à l'hôpital de référence. Un autre prestataire a déclaré :

“ ... De plus, le fait que nous proposons des services gratuits est un atout que la plupart des patients apprécieront. L’hospitalisation d’un nouveau-né en unité de soins intensifs néonataux dans d’autres établissements de santé coûte très cher, car les frais sont à la charge du patient. Les factures sont parfois si élevées que beaucoup de gens préfèrent recourir à nos services, justement parce qu’ils sont gratuits.” (Professionnel de santé)

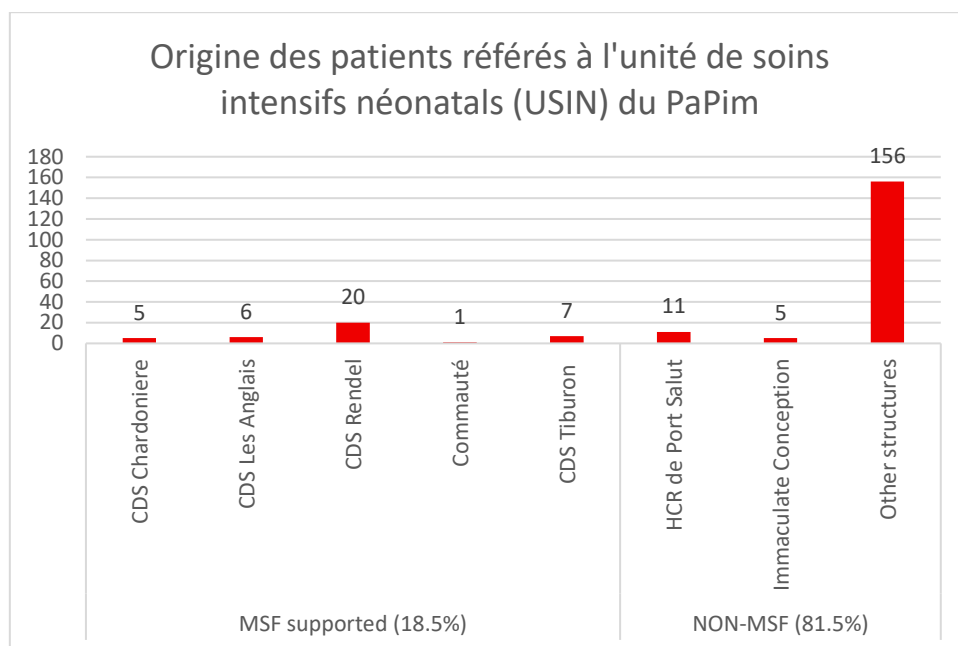


Figure 14: Origine des patients orientés vers l'unité de soins intensifs néonataux (USIN) à PaPim

OBSTACLES ET FACILITATEURS À L'ACCÈS AUX SOINS

Dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité (comprendre ce qui a fonctionné), l'enquête a demandé aux participantes d'identifier les facteurs pouvant constituer des obstacles ou des facilitateurs à l'accès aux services dans les établissements de santé soutenus par MSF. Les Figures 14 et 15 présentent respectivement les résultats concernant les obstacles et les facilitateurs. Ces facteurs ont été proposés afin d'identifier l'ensemble des facilitateurs et obstacles possibles à travers les différents niveaux sociétaux (personnel, interpersonnel, institutionnel et politique). Dans l'ensemble, plus de 50 % des participants ont cité la distance par rapport à l'établissement de santé comme un obstacle majeur à l'accès aux services. Venaient ensuite, de très près, le coût des services (45 %), le coût du transport (39,7 %) et l'absence de services (39,7 %). La plupart de ces obstacles sont d'ordre institutionnel et systémique.

Les entretiens avec les participantes, les agents de santé et les membres de la communauté ont également confirmé la plupart de ces obstacles. La plupart des participantes ont indiqué qu'elles ne pouvaient parfois pas se permettre de payer le transport jusqu'à l'établissement de santé. Une participante adolescente a mentionné que son partenaire avait payé le taxi-moto à sa place, car elle ne disposait pas de cette somme d'argent.

« Pour pouvoir venir à l'hôpital, mon mari a dû payer 1 500 gourdes pour un taxi-moto... Il est maçon, il vend aussi des cacahuètes, c'est l'argent qu'il a gagné avec les cacahuètes qu'il m'a donné pour venir à l'hôpital. » (Utilisatrice de services)

Une autre participante a également dû dépenser une somme d'argent considérable pour se rendre au centre, ayant passé une journée entière sur la route, voyageant pendant 9 heures.

« Ici, c'est mieux qu'aux Irois... tout ce que vous devez faire à l'hôpital des Irois, il faut avoir de l'argent en main. Et les soins n'y sont pas très bons non plus... J'ai quitté chez moi à 6 heures du matin pour

arriver ici à 15 heures, et j'ai même dû prendre un bateau pour atteindre Tiburon avant de poursuivre mon trajet, car l'état des routes est mauvais.” (Utilisatrice de services)

Bien que seulement 4.4% des participantes à l'enquête aient cité l'influence de la famille et des ami(e)s comme un obstacle, de nombreux/nombreuses participantes aux EIA ont décrit ces obstacles comme ayant un impact significatif, en particulier lorsqu'ils provenaient de membres influents de la famille ou de la communauté. Cela était souvent associé à d'autres obstacles, tels que le manque d'argent et d'autonomie. Une participante a raconté, avec tristesse, comment un chef communautaire l'avait convaincue d'accoucher à domicile plutôt que de se rendre à l'hôpital

“Quand j’ai commencé à me sentir mal, j’ai pensé à aller à l’hôpital, mais comme je n’avais pas d’argent sur moi pour couvrir les frais nécessaires... comme je n’avais pas d’argent, j’ai un peu hésité. Il y avait une femme dans le quartier qui aidait les femmes à accoucher (matrone), et elle m’a dit que c’étaient mes pieds qu’il fallait remettre en place.” (Utilisatrice de services)

La plupart des participantes (51%) ont indiqué que la distance par rapport aux établissements de santé constituait un obstacle à l'accès aux services. De même, lors des entretiens, la plupart des participantes ont cité les longues distances et le mauvais état des routes comme principaux obstacles à l'accès aux services. Une participante a expliqué que l'état des routes et les difficultés de transport l'avaient empêchée de recourir à un accouchement assisté par du personnel qualifié lors de ses grossesses précédentes, bien que cela ait été sa préférence

“Oui, j’ai confiance dans les établissements de santé car, après Dieu, il y a les médecins. Je n’ai pas peur d’aller à l’hôpital, car c’est là qu’on va pour sauver sa vie. ... Je préfère accoucher à l’hôpital. Après l’accouchement, les médecins s’occupent de vous, et s’il y a une complication, ils peuvent y remédier... Cependant, nos routes sont en très mauvais état, et j’ai donc accouché chez moi, ce qui n’était pas mon choix.” (Utilisatrice de services)

Les prestataires de soins de santé ont également confirmé que la distance par rapport aux établissements de santé et le mauvais état des routes constituaient les principaux obstacles aux soins pour les patientes, en particulier pour ceux et celles vivant dans des zones reculées inaccessibles en voiture ou à vélo. Un prestataire a déclaré

“Pour moi, le plus grand souci, c’est la distance, parce que les patients qui arrivent ici viennent de très loin. Et la route n’est pas du tout accessible. Parfois, les patients font beaucoup d’efforts, vraiment beaucoup d’efforts pour arriver à l’hôpital. La distance est importante, et on ne peut pas y aller en voiture ou à moto. Donc, ils doivent parfois arriver à pied ou être transportés dans une sorte de matériel qu’on appelle brancard. Ce sont donc les hommes qui doivent porter cette femme sur les hauteurs pendant une longue distance, à 1h, 1h30, 2h de route, pour arriver à une zone où l’on peut évacuer la patiente, soit à moto, soit en voiture, pour rejoindre l’hôpital.” (Professionnel de santé)

Bien que les services fournis par MSF soient gratuits, d'autres coûts indirects dans la plupart des sites de SONUB, notamment le transport, continuent de constituer un obstacle à l'accès aux services pour les usagers des services. Lors de l'exercice de cartographie des services, nous avons constaté que dans certains sites de SONUB, comme Tiburon, les patientes paient des frais de consultation ainsi que des frais pour d'autres services non couverts par MSF. Elles doivent également acheter les médicaments qui ne sont pas fournis par MSF lorsqu'ils leur sont prescrits. Un professionnel de santé a témoigné de la manière suivante :

“Dans cet établissement de santé, chaque patient doit s’acquitter de frais de consultation de 100 gourdes avant de pouvoir être examiné. En temps normal, ce n’est pas une somme très élevée, mais certains patients ont du mal à la payer. De plus, MSF ne prend pas tout en charge ; l’organisation

dispose de son propre programme de soins, qui couvre principalement les services liés à l'accouchement et à la santé maternelle... Ainsi, si le patient a besoin d'un autre service, il doit le payer lui-même. Parfois, ils doivent également acheter des médicaments qui ne sont pas pris en charge par MSF." (Professionnel de santé)

Pour remédier à cette situation, un(e) informateur(trice) clé a suggéré que MSF renforce davantage son soutien au centre de santé de Tiburon. Selon lui, offrir des services entièrement gratuits ou à coût réduit contribuerait à alléger le fardeau financier pesant sur la population de cette zone.

"Ce qu'il faudrait changer, c'est que MSF supprime les frais de consultation à Tiburon ; cela permettrait à toutes les personnes qui ont besoin d'une consultation de venir se faire examiner à Tiburon sans aucun problème... Et les femmes enceintes ou celles qui viennent d'accoucher devraient également pouvoir se procurer des médicaments à prix réduit." (Intervenant communautaire)

Un autre obstacle au niveau institutionnel était le mauvais traitement de la part des prestataires de soins de santé, auquel 30% des participantes à l'enquête ont fait allusion. Lors des entretiens, bien que de nombreux/nombreuses participantes aient apprécié la qualité des soins, une proportion plus faible, en particulier celles et ceux qui avaient été hospitalisées, ont fait part de leur insatisfaction quant à l'attitude des prestataires de soins.

« Pour ma part, j'ai trouvé qu'ils n'avaient pas bien géré mon cas parce que... quand je suis arrivée ce samedi-là, j'avais des contractions, et ils m'ont dit que j'étais dilatée à 3 cm et de vais marcher. Je suis allée marcher. Quand je suis revenue, je saignais, et ils m'ont encore dit d'aller marcher. À chaque fois que j'avais mal, ils me disaient d'aller marcher. Ils ne se sont pas occupés de moi. Après ça, ils m'ont dit que le bébé était en siège. Ça veut dire, je pense, qu'ils auraient quand même pu faire quelque chose pour ça... Je pense que s'il s'agit d'un siège, il y a une réponse qu'ils auraient pu me donner... Après ça, j'ai rencontré deux infirmières qui m'ont parlé bizarrement... L'une d'elles m'a dit que je la dérangeais. C'était l'heure pour elle de dormir et de se reposer. Elle parlait vraiment bizarrement. » (Utilisatrice de services)

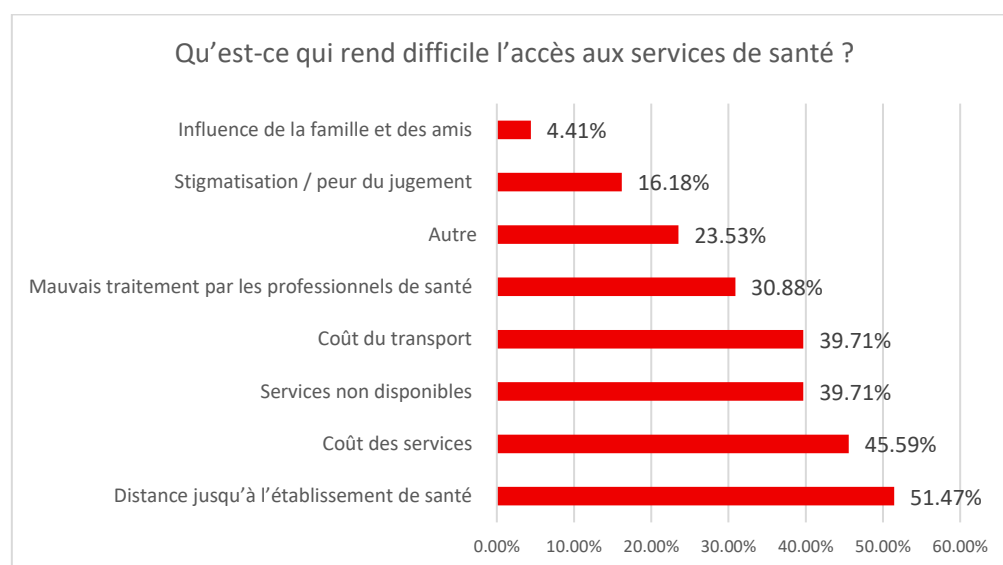


Figure 15: Barrières liées à l'accès aux soins

En ce qui concerne les facteurs facilitant l'accès aux soins, plus de 70 % des participants à l'enquête ont cité la gratuité des services, leur disponibilité et la qualité de l'accueil reçu de la part des professionnels de santé. Une proportion plus faible (< 40 %) a mentionné le transport vers les établissements de santé, et 16 % ont cité le soutien familial comme facteurs facilitant l'accès aux soins.

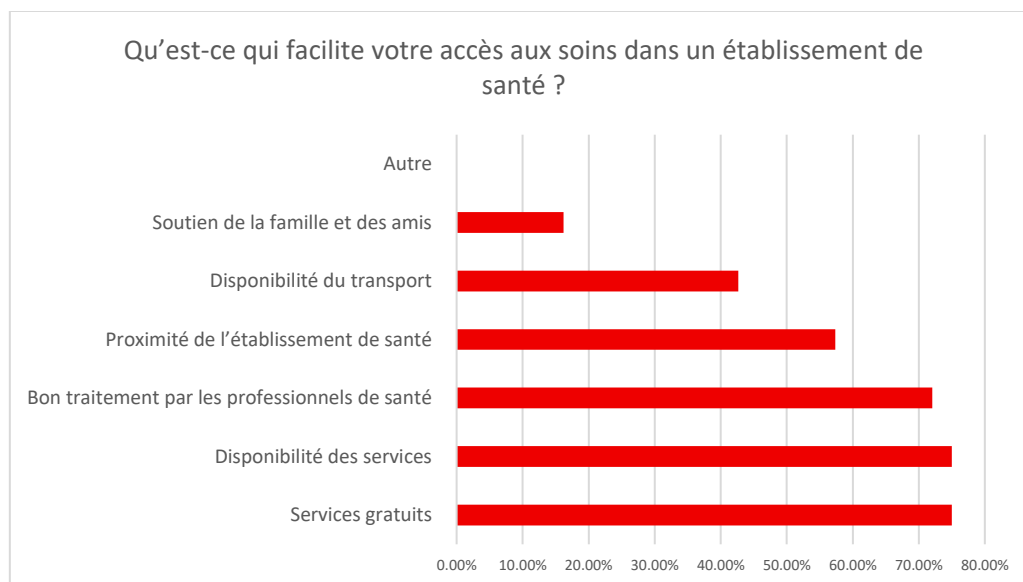


Figure 16: Facilitateurs liés à l'accès aux soins

RÉSULTATS DU SOUTIEN APPORTÉ AUX SITES DE SONUB (TDC RÉSULTATS 3, DELAI 3, LES SOINS DE QUALITÉS SONT DISPONIBLES)

Le tableau 7 présente les tendances d'utilisation des établissements de santé dans la zone cible du projet, qu'ils soient soutenus par MSF ou non. Parmi les sites soutenus par MSF, en particulier le CDS de Rendel et celui de Tiburon, le recours aux services (première consultation prénatale, visites de suivi et accouchements) a augmenté de manière exponentielle entre 2023 et 2025. Le nombre annuel de CPN1 à Chardonnière est passé de 38 en 2023 à 115 en 2025 ; à Rendel, de 98 en 2023 à 260 en 2025 ; et à Tiburon, de 43 en 2023 à 293 en 2025. Une tendance similaire a été observée pour les consultations de SPN et les accouchements dans les trois établissements de santé soutenus, les augmentations à Rendel et à Tiburon étant plus marquées qu'à Chardonnière. Cette augmentation du recours aux services, en particulier à Rendel et à Tiburon, pourrait s'expliquer par le fait que ces sites desservent des communautés géographiques plus étendues que le CDS de Chardonnière, qui est très proche de PaPim et fait partie de la même commune.

Bien que nous observions une augmentation du recours aux services de CPN et d'accouchement dans les sites soutenus, le taux d'accouchements dans ces sites reste relativement faible par rapport au nombre de femmes qui fréquentent les CPN. Cela pourrait indiquer une faiblesse dans les services d'accouchement de ces établissements de santé, ou une préférence persistante des femmes à accoucher en dehors des établissements de santé. Les agents de santé communautaires, lors des entretiens, ont confirmé que de nombreuses femmes préfèrent encore accoucher avec des accoucheuses traditionnelles plutôt que de se rendre dans les établissements de santé, car elles croient

que les accoucheuses traditionnelles possèdent des pouvoirs surnaturels pour gérer les complications si elles surviennent.

“Il faut déployer beaucoup d’efforts pour convaincre les femmes de venir accoucher à l’hôpital, car elles ont tendance à faire davantage confiance aux accoucheuses traditionnelles. Elles pensent que ces dernières possèdent une intuition particulière et des pouvoirs mystiques capables de les aider en cas de difficultés lors de l’accouchement. Elles font également confiance aux herboristes et aux prêtres vaudous. Parfois, une femme peut penser qu’un membre de sa communauté est à l’origine de son problème ; elle se tourne alors vers un prêtre vaudou pour obtenir de l’aide pendant l’accouchement. Même lorsque nous les appelons, ils ne viennent souvent pas.” (Intervenant communautaire)

Les entretiens ont révélé que la plupart des femmes, bien qu’elles fréquentent les CPN dans les sites de SONUB soutenus, préfèrent accoucher à PaPim. Un professionnel de santé a déclaré :

“Nous accueillons de nombreuses femmes enceintes pour des consultations prénatales, mais lorsque le moment de l’accouchement approche, la plupart d’entre elles préfèrent se rendre à PaPim pour accoucher, ... sans doute parce qu’elles peuvent y accéder facilement à des services spécialisés en cas de complications, mais aussi parce qu’elles y reçoivent gratuitement de la nourriture et des trousseaux d’accouchement pour leurs bébés, ce qui n’est pas le cas ici.” (Professionnel de santé)

Une femme ayant développé une affection cardiaque pendant sa grossesse a été transférée du centre de santé de Les Anglais vers le centre de santé de PaPim, où elle a ensuite accouché de jumeaux. Elle a souligné les limites du centre de santé de Les Anglais d’où elle avait été référée.

“Il y a beaucoup de différences entre ici (Port-à-Piment) et Les Anglais. La différence, c’est qu’ici, il y a plus de médecins, et on peut se procurer des médicaments 24 heures sur 24. Ce n’est pas la même chose... À Les Anglais, il y a aussi des médicaments... mais ce sont surtout les médecins qui manquent... Je vais généralement aux Anglais parce que c’est plus près de chez moi. Mais parfois, quand je vais aux Anglais, je n’aime pas la façon dont les choses se passent là-bas, alors que quand je viens ici (à Port-à-Piment), je trouve que ça fonctionne mieux.” (Utilisatrice de services)

Cependant, elle a reconnu les efforts déployés par le personnel du centre de santé de Les Anglais au moment de son transfert.

“Quand je m’y suis rendu, ils n’ont pas pu me prodiguer les soins dont j’avais besoin, alors ils ont fait ce qu’ils ont pu. Ils m’ont remis les documents de transfert, ont appelé l’ambulance et m’ont envoyé ici. Ce sont eux qui m’ont orienté vers cet établissement. Je n’ai pas de préférence entre les deux. Ils (les Anglais et PaPim) sont tous les deux compétents.” (Utilisatrice de services)

Tableau 7: Tendances d’utilisation des services SONUB entre 2023 et 2025 (sites soutenus par MSF en vert)

	CPN 1			VISITE DE SUIVI			ACCOUCHEMENT		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Chardonnière Cds	38	-	115	25	-	146	9	-	33
Coteaux Cds	18	-	-	25	-	-	-	-	-
Rendel Cds	98	248	260	218	419	495	23	27	72
Tiburou Cds	43	84	293	45	99	356	4	19	59
Roche-a-Bateau	75	-	-	17	-	-	-	-	-

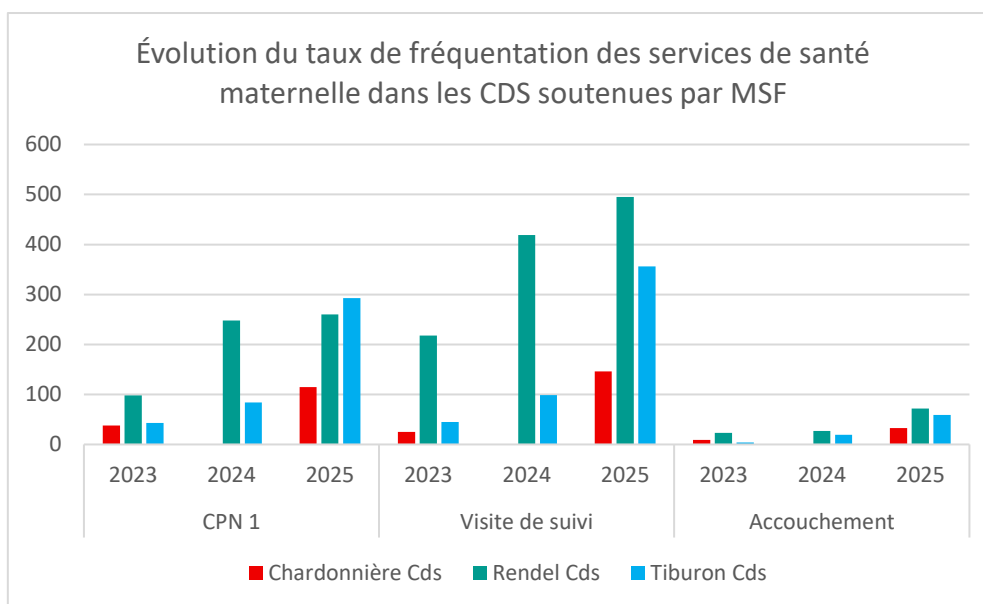


Figure 17: Évolution du taux de fréquentation des services de santé maternelle dans les CDS soutenues par MSF

Lors des entretiens avec les informateurs(trices) clés et le personnel de santé, nous avons exploré les raisons possibles de l'augmentation du recours aux services dans les SONUB soutenus par MSF. La principale raison citée par la quasi-totalité du personnel était la présence de prestataires de soins qualifiés. Un informateur clé s'est exprimé ainsi :

“Les patients ne peuvent pas se rendre dans un établissement de santé s’il n’y a personne pour les accueillir. L’un des principaux problèmes que MSF a aidé les établissements de santé de notre région à résoudre est celui des ressources humaines. En Haïti, et en particulier dans les zones reculées comme celle où se situe le projet, il est très difficile de trouver et de retenir du personnel de santé ; la plupart d’entre eux ne veulent pas venir dans ces zones reculées... Les raisons sont multiples, mais je pense que la principale est que le système [gouvernemental] ne les rémunère pas suffisamment ; la plupart d’entre eux préfèrent donc rester là où ils peuvent également accéder à des emplois dans le secteur privé, et le Sud n’est pas ce genre d’endroit. Ainsi, comme MSF leur offre des incitations, cela constitue une grande motivation pour eux d’être disponibles.” (Informateur clé de la communauté)

Un autre participant a ajouté qu'en plus des incitations financières, MSF fournit également au personnel de santé la formation dont il a besoin, renforçant ainsi ses capacités et sa confiance dans l'exercice de ses fonctions.

“La formation dispensée par MSF nous a également permis, à nous [les professionnels de santé], de mieux accomplir notre travail. Nous sommes désormais en mesure de prendre en charge certains cas en toute confiance, et les patients s’en rendent compte et nous font désormais davantage confiance.” (Professionnel de santé)

D'autres facteurs cités pour expliquer l'augmentation du recours aux services comprenaient l'amélioration des ressources matérielles, la disponibilité des médicaments, l'infrastructure, ainsi que les activités de sensibilisation communautaire que MSF mène dans la zone cible.

Par ailleurs, un éducateur de santé a souligné que MSF lui fournit les ressources nécessaires pour mener à bien son travail, en particulier lors de ses déplacements vers des zones très reculées pour

mener des activités de sensibilisation communautaire. Ce soutien met en évidence le rôle essentiel des acteurs de santé communautaires pour étendre la portée des services de santé au-delà des établissements formels et pour réduire les obstacles géographiques qui limitent l'accès aux soins pour les populations difficiles d'accès.

“En matière de collaboration, je peux dire que la coopération est bonne... Lorsque nous demandons des fournitures ou du matériel, même si cela prend un peu de temps, nous les recevons généralement... Ils nous proposent de nombreuses formations. Parfois, des infirmières et des sage-femmes animent des sessions de formation avec nous. Cela nous aide à renforcer nos capacités et à améliorer nos compétences... Cela nous permet de mieux fournir nos services grâce à la formation que nous recevons.” (Informateur clé de la communauté)

EFFICACITÉ DES SERVICES DE RÉFÉRENCE (TDC RÉSULTATS 2, DELAI 2 : TRANSPORT AU SOIN)

Dans le cadre des stratégies du projet visant à faciliter l'accès aux soins pour tous, en particulier pour les cas nécessitant des soins d'urgence ou spécialisés, le projet soutient le système de référence en collaborant avec le CAN afin de fournir des services d'ambulance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à tous les sites soutenus, ainsi que d'autres ressources pour faciliter les soins, comme expliqué à la section 4.1. Le personnel de santé de ces sites a également été formé sur les signes de danger pendant la grossesse, et les critères de référence sont affichés dans leurs services de maternité. Grâce à ce soutien, les sites soutenus par MSF ont connu une augmentation constante du nombre de femmes enceintes référées vers PaPim entre 2023 et 2025, comparativement aux sites non soutenus par MSF (Figure 18).

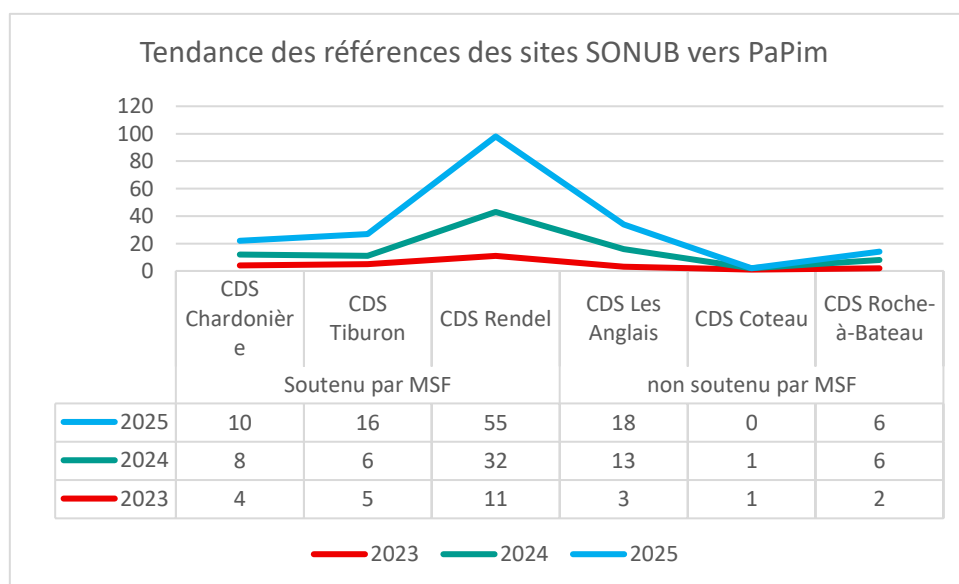


Figure 18: Tendance des références des sites SONUB vers PaPim

Les participants ont également témoigné de l'efficacité des services de référence lors des entretiens et les ont décrits comme une composante essentielle du projet ayant permis de sauver de nombreuses vies. Un prestataire de soins a déclaré :

“MSF a également mis une ambulance à notre disposition pour transférer les patients dans un état critique vers PaPim. Nous disposons d’une liaison radio ; si nous devons transférer un patient, nous contactons PaPim par radio, et ils envoient une ambulance pour le transporter. Ces services sont très rapides et nous ont permis de sauver de nombreuses vies” (Professionnel de santé)

Les patientes ont également témoigné de la qualité des services et ont apprécié les soins reçus tout au long du processus. Une patiente a déclaré :

« Quand je suis arrivé là-bas (au CDS Les Anglais), ils n’ont pas pu me prodiguer les soins dont j’avais besoin, alors ils ont fait ce qu’ils ont pu. Ils m’ont remis les documents de transfert, ont appelé l’ambulance et m’ont envoyé ici. Tout s’est très bien passé. » (Utilisatrice de services)

Certains participants ont noté que les services sont plus efficaces parce qu'ils sont gratuits, et que MSF fournit le carburant pour les ambulances fournies par le CAN et aide parfois à les réparer lorsqu'elles tombent en panne, afin de maintenir les ambulances disponibles et de réduire les délais causés par des contraintes financières.

« Grâce au soutien apporté par MSF à la communauté, notamment sous forme d’ambulances, de carburant et de transport gratuit pour les patients, la situation s’est considérablement améliorée. Les patients n’ont plus à prendre en charge ces frais, ce qui a fait une énorme différence. » (Informateur clé-communauté)

« À une certaine époque, l’ambulance qui nous était attribuée (à Tiburon) était en mauvais état, et MSF envoyait une ambulance depuis PaPim chaque fois que nous avions un cas à transférer. Récemment, ils ont aidé le CAN à réparer l’ambulance, et j’ai entendu dire qu’elle fonctionnait désormais. » (Professionnel de santé)

Bien que MSF apporte un soutien pour la plupart des aspects des références, notamment le carburant et les ambulances pour les établissements de santé, des lacunes subsistent quant à la disponibilité rapide des chauffeurs dans les établissements de santé disposant d'ambulances fournies par le CAN. Certains participants ont signalé que le manque de chauffeurs disponibles retardait les références des patients, même lorsque l'ambulance était présente et en bon état. Un participant a suggéré que MSF apporte un soutien financier pour surmonter cet obstacle.

“En ce qui concerne le personnel des services d’ambulance, je ne sais pas si le gouvernement les rémunère, mais une aide financière, quelle qu’elle soit, contribuerait à créer un meilleur environnement de travail et à les motiver dans leur travail. S’ils sont appelés à intervenir en cas d’urgence, ils devraient pouvoir le faire sans rencontrer de difficultés.” (Informateur clé-communauté)

Lorsque nous avons demandé quel était le rôle du CAN dans les références des patient(e)s et comment le CAN rémunère les chauffeurs d'ambulance, un informateur clé a répondu ce qui suit :

“Chez CAN, nous mettons des ambulances à la disposition des établissements de santé afin de faciliter le transfert des patients. La répartition des ambulances est fonction de la taille de la population et du type d’établissement de santé. Nous prenons parfois également en compte la distance qui sépare l’établissement de l’hôpital de référence le plus proche, même lorsque la densité de population est faible... Les services fournis par CAN sont normalement gratuits, et chaque ambulance dispose d’un chauffeur attitré, d’une infirmière et d’une troisième personne chargée d’assister l’infirmière. Récemment, nous avons rencontré des difficultés dans le fonctionnement des ambulances : certaines sont tombées en panne et nous ne parvenons pas à les réparer à temps, tandis que d’autres sont à court de carburant. De plus, les salaires des chauffeurs ont été irréguliers et versés avec retard ces derniers temps... J’attribue ces difficultés à la situation sociopolitique du pays et à l’instabilité du gouvernement, qui nous empêchent de continuer à assurer nos services normalement. C’est pourquoi

nous apprécions vraiment le soutien de MSF, et nous travaillons avec eux pour veiller à ce que tous les problèmes liés aux transferts soient résolus.” (Répondant du MSPP)

Les prestataires de soins de santé ont également décrit des difficultés liées à l'équipe de transport disponible pour déplacer la patiente. Dans la plupart des cas, l'ambulance ne comptait qu'un(e) infirmier(ère) ou une sage-femme et le chauffeur, ce qui rendait difficile la stabilisation de la patiente pendant le trajet. Un participant a déclaré :

“Donc parfois on vous appelle, c'est un cas compliqué et tu es seule. Si c'était à l'hôpital, on allait prendre charge. Tout le personnel doit être là, le médecin est là, la sage-femme est là, les auxiliaires, les infirmières sont aussi là. Mais arrivé dans la structure ou dans l'ambulance, vous êtes seul avec la patiente. Donc ça c'était difficile.” (Professionnel de santé)

Une partie du système d'orientation repose sur les orientations effectuées par les agents de santé communautaires (Colvols, matrones et ASCP). Ces agents de santé communautaires sont formés par MSF pour identifier, au sein de la communauté, les femmes enceintes qui ont besoin de soins médicaux et pour les orienter vers l'établissement de santé le plus proche. Ils facilitent également le transport des femmes issues de communautés difficiles d'accès, en collaboration avec les membres du « comité de référence », jusqu'à la zone d'où elles peuvent être prises en charge par l'ambulance. De 2023 à 2025, nous avons également observé une augmentation du nombre d'orientations effectuées par les agents de santé communautaires affiliés à PaPim (Figure 19).

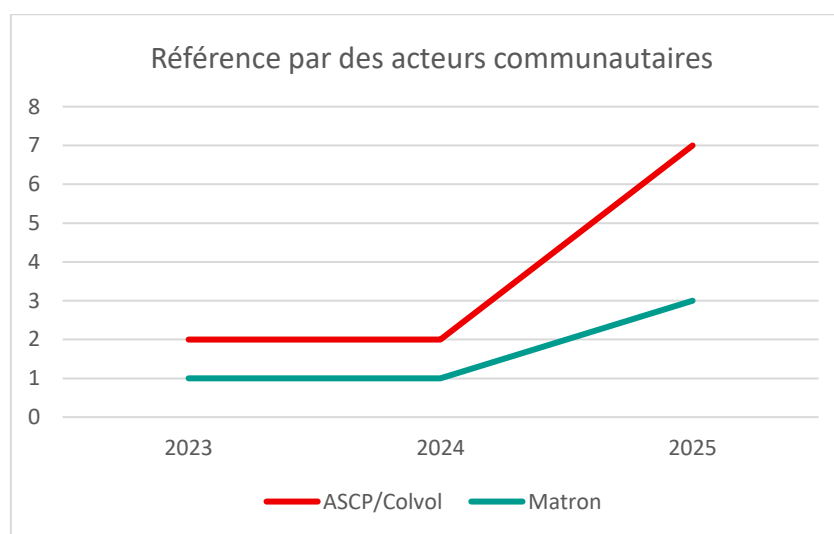


Figure 19: Orientations par des travailleurs communautaires

Bien que le système de référence semble efficace, le diagnostic des cas référés à PaPim révèle des lacunes dans le processus de référence. Par exemple, certaines femmes auraient accouché en cours de route avant d'arriver à PaPim (Tableau 8). Tous ces cas ont été enregistrés au CDS Rendel et pourraient indiquer un retard dans le processus de référence à ce site, ou des difficultés dans l'identification précoce des signes de danger par le personnel de santé. Bien qu'il n'ait pas été possible de déterminer si ces accouchements se sont déroulés sans complications (auquel cas cela indiquerait que ces femmes n'étaient pas éligibles pour une référence), le personnel de santé a confirmé, lors des entretiens, que certains cas référés arrivent tardivement avec des complications qui coûtent parfois la vie du nourrisson. Un participant a déclaré :

“... Certains patients arrivent trop tard et présentent déjà des complications, même s'ils ont été transportés en ambulance. Par exemple, certains patients sont restés longtemps en travail statique avant leur arrivée et ont développé une chorioamnionite ; même lorsque nous pratiquons immédiatement une césarienne, il est trop tard et le bébé est décédé” (Professionnel de santé)

Tableau 8: Diagnostic de sortie des femmes référées à PaPim depuis les sites soutenus par MSF

	2023	2024	2025
Anémie	1	0	5
Hémorragie antepartum après le 2e trimestre	0	0	1
Hypertension chronique	0	0	1
Accouchement avant l'arrivée	1	3	4
Accouchement sans complications	11	17	30
Éclampsie	1	0	1
Hémorragie post-partum	1	2	4
Pré-éclampsie sévère	3	0	4
Accouchement prématuré	0	1	1
Travail prolongé	0	0	2

Bien qu'il existe un système de référence bien établi entre les sites satellites et PaPim, la référence des cas de PaPim vers les établissements de santé tertiaires est rare, en particulier pour les complications obstétricales avancées nécessitant une prise en charge plus poussée, comme les soins intensifs. Les participant(e)s ont expliqué que cela est dû à l'absence d'établissements compétents pour accueillir les cas ne pouvant être pris en charge à PaPim. Ils/Elles ont ajouté qu'en théorie, l'hôpital départemental devrait disposer de tels services de soins intensifs, mais que ce n'est pas le cas, et que la seule option est de référer les patient(e)s vers la région de la capitale, Port-au-Prince, ce qui n'est pas envisageable compte tenu du contexte sociopolitique du pays.

“Quand on regarde la région du Sud, il n'y a aucun hôpital vers lequel nous pouvons orienter les patientes présentant des complications obstétricales plus graves que celles que nous (PaPim) sommes en mesure de prendre en charge. Par exemple, si une patiente a besoin de soins intensifs ou présente une complication telle que le syndrome HELLP, nous devrions normalement l'orienter vers un autre établissement, mais nous ne le faisons pas car il n'existe aucun établissement de santé dans le Sud disposant d'une unité de soins intensifs, à l'exception de la région de la capitale. Nous sommes donc contraints de garder ces cas et de les prendre en charge du mieux que nous pouvons.” (Professionnel de santé)

ANALYSE DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Pour évaluer l'efficacité des principaux résultats en matière de santé maternelle et infantile, nous avons analysé des données secondaires portant sur les indicateurs de comorbidités liées à la grossesse, la mortalité maternelle et infantile, le recours à la planification familiale, et le recours aux services de lutte contre les VBG.

a. Mortalité maternelle et infantile

Le tableau 9 présente la fréquence des comorbidités chez les femmes se présentant au PaPim pendant leur grossesse. Parmi les femmes enceintes ayant suivi des soins prénatals au PaPim entre décembre 2024 et janvier 2026, environ la moitié (49,4 %) ont reçu un diagnostic de comorbidités. Parmi celles-ci, la majorité (21,3 %) souffrait d'infections des voies urinaires (rouge), suivies des IST (2,2 %), de la syphilis (1,7 %) et du paludisme pendant la grossesse (1,8 %) (orange). Bien que l'hypertension chronique, l'hypertension gestationnelle et la pré-éclampsie (violet) ne représentaient qu'une faible proportion (< 2 %), les entretiens menés auprès des professionnels de santé ont révélé qu'elles figuraient parmi les principales complications liées à la grossesse pour lesquelles les femmes étaient orientées vers PaPim. Un informateur clé a déclaré :

"Ici (à PaPim), j'ai remarqué que de nombreuses femmes présentent des complications liées à l'hypertension pendant la grossesse : pré-éclampsie, éclampsie. Par exemple, l'année dernière (2025), nous avons enregistré quatre décès maternels, tous liés à la pré-éclampsie. De plus, plus de la moitié des patientes hospitalisées le sont pour des complications liées à la pré-éclampsie." (Professionnel de santé)

Tableau 9: Prévalence des comorbidités diagnostiquées pendant la grossesse au SONUC de décembre 2024 à janvier 2026

COMORBIDITÉS	NOS	FRÉQUENCE (%)
Anémie	26	0.37
Autre morbidité	1324	18.81
Autres IST	157	2.23
HAP - 1ère 1/2 grossesse	2	0.03
HAP - 2ème 1/2 grossesse	1	0.01
HTA chronique	49	0.70
HTA gestationnel et pré-éclampsie sans critères sévérité	44	0.63
Pré-éclampsie avec signes de sévérité ou éclampsie	8	0.12
Infection urinaire	1501	21.32
Non rapporté	57	0.81
Paludisme pendant grossesse	129	1.83
Syphilis	120	1.70
VIH (confirmé)	59	0.84
Sous-total avec comorbidités	3477	49.4
Pas de problème de santé	3562	50.60
Grand Total	7039	

Nous avons également examiné les résultats maternels entre 2023 et 2025. Bien qu'environ la moitié des femmes enceintes fréquentant les CPN présentaient des comorbidités, une grande majorité (96,3 %) ont pu quitter l'établissement après leur accouchement (Tableau 10). Seulement 0,17 % sont décédées, et 1,5 % ont été référées vers d'autres établissements de santé pour une prise en charge complémentaire. Parmi celles qui ont été référées, les entretiens avec le personnel de santé ont révélé que la plupart étaient des femmes ayant souffert d'hypertension pendant la grossesse et référées pour consulter un(e) cardiologue, tandis que quelques autres présentaient des complications non liées à l'obstétrique.

“Les rares cas que nous (PaPim) orientons vers d'autres structures sont ceux qui nécessitent l'intervention d'un spécialiste, par exemple un cardiologue, un interniste ou d'autres spécialistes dont nous ne disposons pas à PaPim. Une fois que nous avons stabilisé le patient, nous l'orientons vers les établissements de référence des Cayes afin qu'il y poursuive sa prise en charge” (Professionnel de santé)

Une proportion plus faible (2.04%) a également quitté l'établissement contre avis médical. Les entretiens ont révélé qu'il s'agissait principalement de femmes qui ne comprennent pas encore l'importance des soins standardisés et qui pensent qu'une fois l'accouchement effectué, il n'y a plus rien à faire à l'hôpital, même lorsque le personnel de santé leur conseille le contraire. Un(e) participant(e) a déclaré :

“Donc dans leur tête, elles croient que ça peut se passer comme ça (quitter l'hôpital juste après avoir accouché). Et c'est pour ça que, quand la personne présente quelque chose, elle ne connaît pas vraiment, ou c'est difficile de sensibiliser cette personne au fait qu'elle doit rester à l'hôpital parce qu'elle est en danger, ... Donc ce sont des tabous, et c'est pour cette même raison qu'elles pensent qu'aller chez un médecin traditionnel, chez une matrone, et ça va aller, c'est ça” (Professionnel de santé)

Tableau 10: Issue Maternelle/Obstétricale à PaPim

ISSUES MATERNELLES	2023	2024	2025	TOTAL	%
Décès	2	3	4	9	0.17
Référée à une autre institution sanitaire	10	58	13	81	1.51
Quitté contre avis médical	22	38	49	109	2.04
Sortie de l'hôpital	1093	1782	2271	5146	96.3
Total	1127	1881	2337	5345	

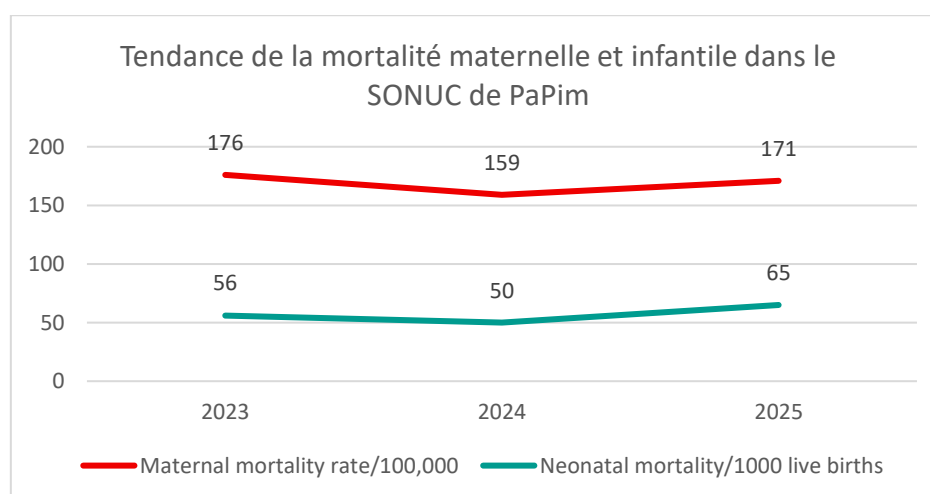
De même, parmi les nouveau-nés admis à l'USIN du PaPim, une grande majorité est sortie guérie (88,5 %), 5,6 % sont décédés, 4,3 % sont partis contre l'avis médical et 1,2 % ont été transférés hors du PaPim vers un autre établissement de santé (Table 11).

Tableau 11: Issue nouveaux-nés admis à l'USIN-NICU à PaPim

NEONATAL OUTCOME	2023	2024	2025	TOTAL	%
Décès	14	23	34	77	5.6
- Sortie de l'hôpital - traitée	221	412	459	1221	88.5
Référence externe (transfert vers un autre établissement)	7	9		16	1.2
Quitté contre avis médical	9	14	33	60	4.3
Grand Total	252	458	526	1380	

Bien que le taux de mortalité maternelle enregistré à PaPim tout au long du projet soit nettement inférieur à celui observé dans le Sud (figure 20 et tableau 12), il est resté pratiquement inchangé. Entre 2023 et 2024, ce taux est passé de 176 décès pour 100 000 à 159 pour 100 000. Cependant, en 2025, il est remonté à 171, sans toutefois atteindre le niveau initial observé en 2023.

De même, le taux de mortalité infantile chez les nouveau-nés hospitalisés au service de néonatalogie de PaPim a légèrement diminué, passant de 56 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2023 à 50 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2024. En 2025, ce taux est remonté à 65 décès pour 1 000 naissances vivantes, dépassant ainsi le niveau de 2023.

**Figure 20:** Tendance des taux de mortalité maternelle et infantile dans le SONUC de PaPim de 2023 à 2025**Tableau 12:** Données du département du Sud -Mortalité maternelle institutionnelle

	DÉCÈS MATERNELS INSTITUTIONNELS	ACCOUCHEMENTS INSTITUTIONNELS	RATIO DE MORTALITÉ MATERNELLE HOSPITALIÈRE POUR 100 000 ACCOUCHEMENTS
2022	37	11,327	326.7
2023	43	12,505	343.9
2024	44	9,569	459.8

b. *Planification familiale*

Le projet fournit également des services de planification familiale à PaPim ainsi que dans tous les autres établissements de santé de la zone soutenue par le projet. Le recours aux services de planification familiale et les méthodes fournies ont été analysés afin d'évaluer l'efficacité de ces services.

Le Tableau 13 présente les résultats concernant les méthodes et le nombre de services de planification familiale fournis à PaPim de décembre 2024 à décembre 2025. Au cours de cette période, un total de utilisatrices ont eu recours à la PF (840), dont la majorité a utilisé des méthodes injectables (651), suivies des implants (104). Un nombre plus restreint a utilisé les contraceptifs oraux combinés (COC) (62), les préservatifs (19), et le dispositif intra-utérin (DIU) (4). Cette tendance était similaire à celle observée dans les données du Département du Sud (Tableau 14), où les méthodes de planification familiale les plus utilisées étaient les méthodes injectables, suivies des implants.

Tableau 13: Méthodes de recours à la PF à PaPim, décembre 2024 à décembre 2025

ROW LABELS	2024	2025	GRAND TOTAL
PF - COC	0	62	62
PF - DIU	0	4	4
PF - Implant	1	103	104
PF - Injection	18	633	651
PF - Préservatif	0	19	19
Grand Total	19	821	840

Tableau 14: Méthodes de PF et recours dans le Département du Sud

	DONNÉES DU DÉPARTEMENT DU SUD		
	2022	2023	2,024
Femmes de 15-49 ans attendues	209,390	211,965	214,572
Pilule	2,581	2,707	2,707
Injectable	15,890	18,292	18,292
DIU (Dispositif Intra-Utérin)	1,217	822	822
Implant	13,745	15,219	15,219
Préservatif	6,212	7,533	7,533
Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)	112	191	191
Collier	271	293	293
Ligature	1,605	2,156	2,156
Vasectomie	21	5	5
Total	41,654	47,218	47,218

(MSPP 2022, 2023 & 2024)

Lors des entretiens, le personnel de santé a noté que la plupart des méthodes de planification familiale recommandées par le MSPP étaient disponibles dans les établissements de santé soutenus par le projet, à l'exception de la vasectomie et d'autres méthodes invasives, telles que la ligature des trompes, qui ne sont pratiquées qu'à PaPim. Cependant, à ce jour, le projet n'a reçu aucune demande de vasectomie.

“Toutes les méthodes de planning familial sont disponibles ; MSF nous fournit le matériel chaque fois que nous avons besoin de réapprovisionnement. Les femmes viennent nous voir et choisissent la méthode de leur choix ; notre rôle se limite à les informer des effets secondaires et, s’il s’agit de pilules, à leur expliquer comment les prendre.” (Professionnel de santé)

Nous avons également exploré les raisons du choix du type de PF. Certains participants se sont exprimés comme suit :

“Toutes les méthodes de planning familial sont disponibles ; MSF nous fournit le matériel chaque fois que nous avons besoin de réapprovisionnement. Les femmes viennent nous voir et choisissent la méthode de leur choix ; notre rôle se limite à les informer des effets secondaires et, s’il s’agit de pilules, à leur expliquer comment les prendre.” (Professionnel de santé)

Le taux de recours à la planification familiale parmi les participantes à l'enquête (Figure 21) était plus élevé (36.4%) que le taux le plus élevé observé dans le Département du Sud entre 2022 et 2024 (21% en 2023) (Figure 22). Cette différence pourrait refléter l'efficacité des services de sensibilisation fournis par la communauté dans la zone cible autour de PaPim. Ces résultats ont également été confirmés lors d'entretiens avec les participants. L'un d'entre eux a déclaré :

“Depuis le lancement du projet, nous avons constaté une augmentation du nombre de femmes sollicitant des services de planning familial. De nombreuses femmes, et en particulier des jeunes filles, viennent chaque jour demander des services de planning familial. En tant que sage-femme, je dirais qu'en dehors des accouchements, c'est là ma principale activité quotidienne : proposer des méthodes de planning familial aux femmes et aux jeunes filles.” (Professionnel de santé)

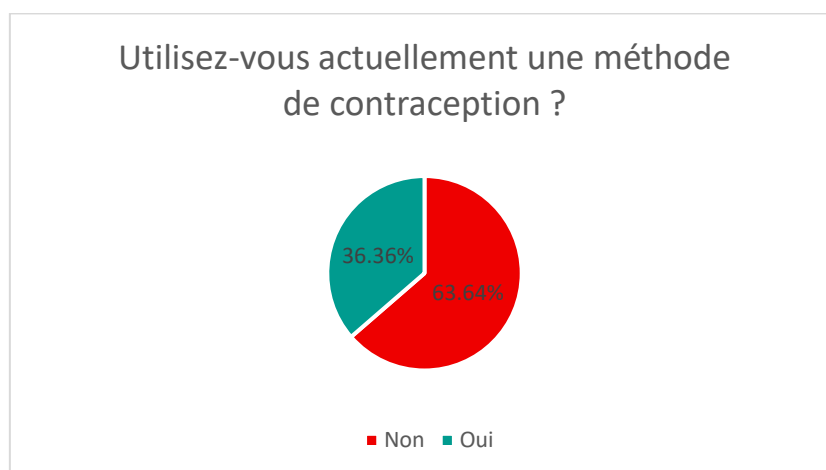


Figure 21: Proportion des participantes à l'enquête utilisant une méthode de PF

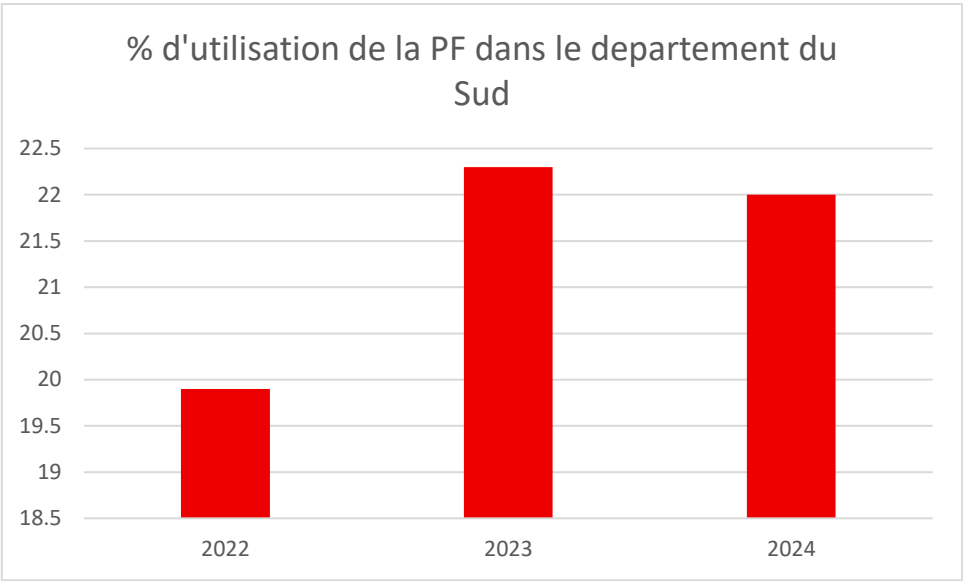


Figure 22: Pourcentage de recours à la PF dans le Département du Sud

c. GBV

Nous avons également examiné les taux de violence (physique, sexuelle et émotionnelle) ainsi que le recours aux services de lutte contre les VBG à PaPim, dans le cadre des principaux résultats du projet. Malheureusement, les données étaient insuffisantes pour calculer le taux de recours aux services, car le dénominateur (nombre de personnes à risque ou référées pour utiliser ces services) faisait défaut. Nous avons donc utilisé le nombre de personnes ayant signalé une violence pour estimer l'efficacité des services post-violence

Le Tableau 15 présente le nombre de personnes ayant utilisé les services de lutte contre les VBG à PaPim. De 2024 au premier trimestre 2026, nous avons observé une augmentation du nombre de victimes ayant recours aux services, passant de 20 en 2024 à 55 en 2025, puis à 11 au premier trimestre 2026. De plus, par rapport au nombre rapporté dans le Sud pour 2024, le nombre de cas de violence sexuelle reçus à PaPim représentait 12.5% (20 sur 160) de l'ensemble des cas rapportés dans le Sud. Cela pourrait indiquer un taux de signalement des cas de VBG plus élevé à PaPim par rapport au reste du Département du Sud.

Tableau 15: Nombre de cas de VBG signalés à PaPim de juillet 2024 à avril 2026

	2024	2025	2026	GRAND TOTAL
Female	20	54	11	85
Male	0	1	0	1
Grand Total	20	55	11	86

Dans l'enquête, environ 9% des participant(e)s ont déclaré avoir subi au moins une forme de violence (physique, sexuelle ou émotionnelle) de la part d'un membre de leur famille ou de leur communauté. Parmi eux/elles, 3% se sont produits au cours des 12 derniers mois et 6% il y a plus de 12 mois (Figure 23). Nous avons également demandé aux participantes s'ils/elles connaissaient un membre de la communauté ayant été victime de violence, et nous avons constaté une proportion beaucoup plus

élevée. Environ 24 % des participantes ont répondu par l'affirmative, indiquant qu'ils/elles connaissaient un membre de la communauté ayant subi des violences physiques, sexuelles ou émotionnelles (Figure 24). Cette proportion plus élevée de victimes connues dans la communauté pourrait indiquer qu'une plus grande proportion de personnes victimes de violence ne se présentent pas dans les établissements de santé.

Lors des EIA, les participant(e)s ont confirmé qu'ils/elles savaient qu'ils/elles devaient signaler les cas de violence dans les établissements de santé. Cependant, cela est rarement fait, car de nombreuses victimes de violence dans la communauté ne sont pas signalées, en particulier les cas impliquant des enfants. Une participante s'est exprimée ainsi :

“Je connais beaucoup de personnes dans ma communauté qui sont victimes d’agressions sexuelles, mais qui ne se rendent pas à l’hôpital. Par exemple, il n’y a pas longtemps, la fille de mon voisin a été violée par un autre voisin, mais comme c’est une enfant, ils ne l’ont pas emmenée à l’hôpital... MSF est toujours présente dans la communauté pour nous inciter à signaler ce genre de cas, mais parfois, on ne comprend pas pourquoi les gens ne veulent pas y aller” (Utilisatrice de services)

Le personnel de santé et les agents communautaires ont également noté que le recours aux agents communautaires (ColVols et matrones) pour identifier les victimes de violence et faciliter leur référence a contribué à augmenter le taux de recours aux services à PaPim. Ils/Elles ont attribué cela au fait que la violence, en particulier la violence sexuelle, demeure un sujet tabou dans la communauté, et que ces agents communautaires jouissent de la confiance de la population, ce qui leur permet de faciliter les références. De plus, ils/elles ont souligné l'aspect de l'orientation active, qui facilite encore davantage la démarche des victimes pour accéder aux services.

“Je reçois désormais beaucoup plus de victimes de violences sexuelles qu’auparavant, et la plupart d’entre elles se présentent avec une fiche d’orientation, ce qui signifie qu’un intervenant communautaire les a aidées à accéder à une prise en charge... ... Lorsqu’elles arrivent, elles sont très timides et traumatisées, et il n’est pas facile d’obtenir des informations de leur part. Elles préfèrent se renfermer et ne parler qu’à l’intervenant communautaire, car elles lui font confiance. Dans notre communauté, c’est encore un sujet très difficile à aborder librement pour les victimes.” (Professionnel de santé)

Un autre participant a ajouté que la plupart des victimes ne savent pas qu'elles devraient se rendre à l'hôpital, tandis que d'autres privilégient les poursuites judiciaires.

“... le viol reste un sujet tabou ici. La plupart du temps, les gens pensent que la première chose à faire après un acte de violence sexuelle est de s’adresser au tribunal. Grâce à nos actions de sensibilisation, ils ont appris qu’ils doivent d’abord se rendre à l’hôpital, puis au tribunal, afin de prévenir les conséquences du viol.” (Intervenant communautaire)

Cependant, la plupart des participants ont apprécié les services de lutte contre les VBG fournis dans les sites soutenus par MSF et ont déclaré qu'ils étaient efficaces. Un participant a déclaré :

“Il y a des cas de violences sexuelles : c’est MSF qui gère toutes ces situations pour nous... En l’espace de deux jours, on peut déjà se rendre à l’hôpital pour qu’on vérifie si on n’a pas contracté de microbes dangereux (infections)... MSF nous fournit tous ces services. C’est une fierté pour nous, un bonheur pour nous.” (Intervenant communautaire)

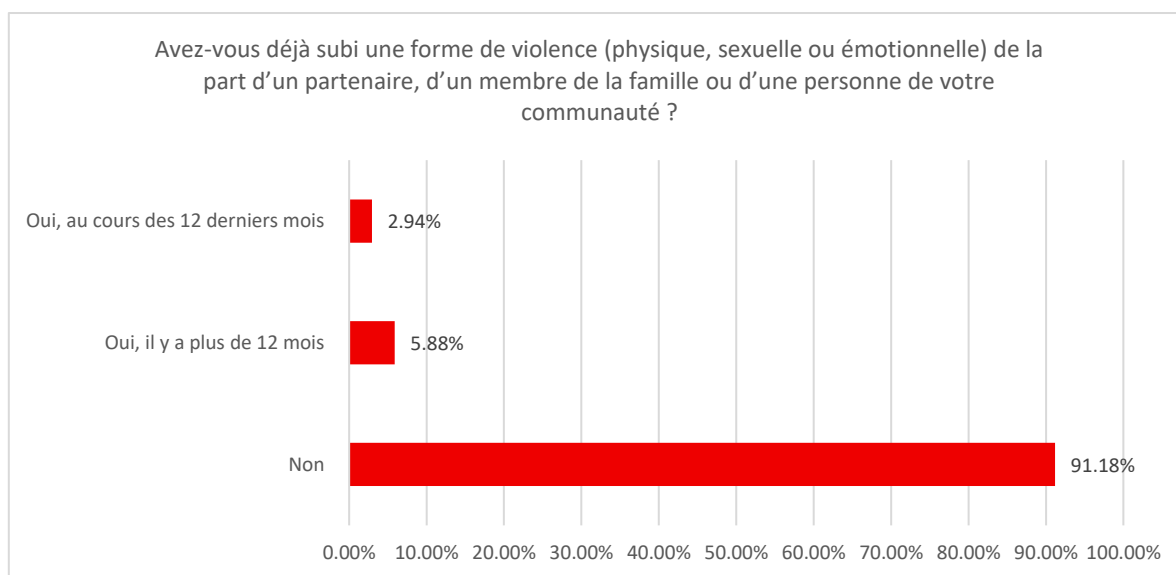


Figure 23: Expériences de violence parmi les participantes à l'enquête

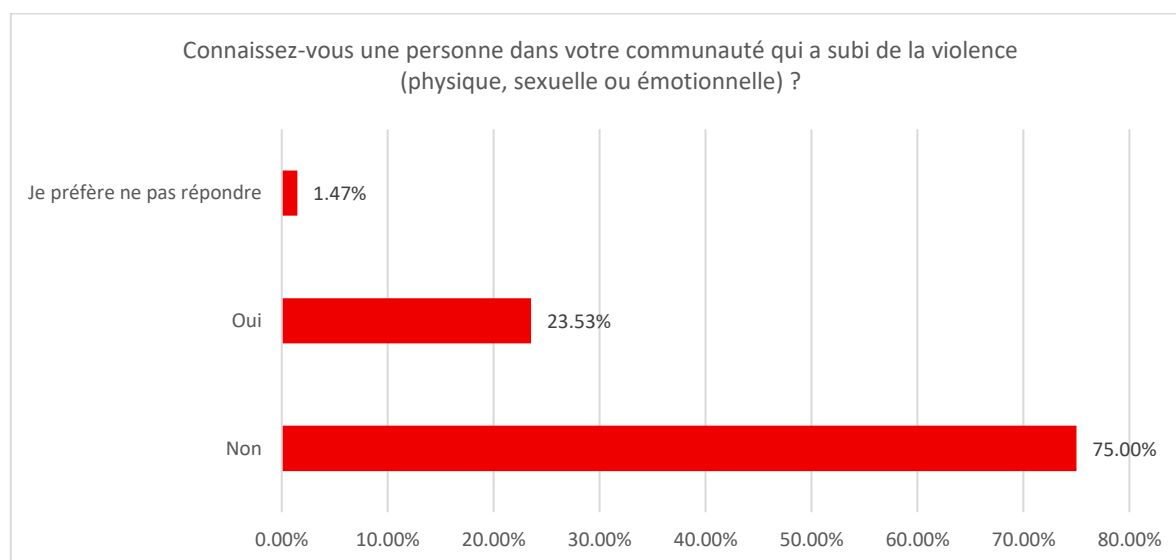


Figure 24: Connaissance, par les participant(e)s, de membres de la communauté ayant été victimes de violence

EFFICACITE

Ce critère examine dans quelle mesure les ressources disponibles du projet (temps, ressources humaines et matérielles) sont utilisées pour atteindre les objectifs du projet. Il évalue également comment ces intrants sont convertis en extrants, résultats et impact global en matière de renforcement du système de santé et de réduction de la mortalité maternelle et infantile dans la zone cible. Pour illustrer cela, nous présentons une évaluation des coûts programmatiques qui analyse l'allocation des ressources et l'utilisation du budget, la ponctualité des activités et des interventions, ainsi que d'autres constats relatifs aux ressources humaines, matérielles et temporelles.

Selon les résultats obtenus, **le projet a contribué à garantir la disponibilité des médicaments essentiels et des matériaux et a facilité l'orientation des cas d'urgence. Cependant, certaines**

difficultés, notamment les retards dans l'orientation des cas d'urgence et les ruptures de stock intermittentes de médicaments essentiels et de produits sanguins, compromettent l'efficacité de ces services. De plus, la longueur et le coût élevé de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que l'augmentation progressive des coûts de la mise en œuvre du projet, en particulier les coûts liés aux ressources humaines, suscitent des inquiétudes supplémentaires concernant la rentabilité.

GESTION DES RESSOURCES ET CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

a. Disponibilité des produits essentiels de santé maternelle et infantile

Les matériels et produits essentiels, tels que l'oxygène et les masques à oxygène appropriés, les appareils de surveillance du rythme cardiaque fœtal, les tensiomètres, les kits d'accouchement stériles, ainsi que les fournitures nécessaires aux bilans essentiels, par exemple le dépistage du VIH, de l'hépatite B, le dosage de l'hémoglobine et l'analyse d'urine, sont indispensables à la prise en charge efficace de la santé maternelle et infantile. Les données issues de la cartographie des services ont montré la présence de bonbonnes d'oxygène dans un seul des deux sites de SONUB étudiés, et le masque à oxygène néonatal n'était également présent que dans un seul des deux sites. L'absence d'oxygène et de masque à oxygène approprié pourrait considérablement compromettre la prise en charge de la réanimation et de la stabilisation de la mère et du nouveau-né avant une référence, si nécessaire.

Certains matériels et réactifs essentiels pour les bilans sanguins étaient également en rupture de stock, et les prestataires ont exprimé leur frustration face à la gestion de ces pénuries. Un prestataire a déclaré :

“Cela fait plus de deux semaines que nous attendons l'arrivée du nouveau stock. Il s'agit d'un grand nombre de médicaments et de matériel, et nous ne savons pas quand nous les recevrons. Par exemple, en ce moment, les tests de grossesse sont en rupture de stock, ainsi que beaucoup d'autres produits.” (Professionnel de santé)

b. Disponibilité des médicaments essentiels de SSR

Des médicaments essentiels, notamment l'ocytocine, le sulfate de magnésium et d'autres, nécessaires à la prise en charge efficace des complications du travail et de l'accouchement, telles que l'hémorragie du post-partum, sont fournis à tous les sites soutenus par le projet. La disponibilité en temps opportun de ces médicaments est cruciale pour des soins obstétricaux optimaux. Les entretiens avec le personnel de santé ont révélé des ruptures de stock intermittentes de certains médicaments essentiels, ce qui a ralenti la prestation des services et, dans certains cas, empêché les patient(e)s de recevoir les soins nécessaires.

“Ces derniers temps, nous avons connu des retards dans la réception de certains médicaments fournis par MSF. Par exemple, ce n'est qu'hier que nous avons reçu la commande que nous avons passée il y a quelques semaines, ce qui rend la situation difficile à gérer. Heureusement, nous avons un peu de stock dans la pharmacie de notre hôpital, mais les patients ont dû acheter eux-mêmes leurs médicaments, ce qui n'est pas facile car ils sont déjà habitués à bénéficier de soins gratuits.” (Professionnel de santé)

“Il nous arrive parfois d'être en rupture de stock de médicaments essentiels ; par exemple, en ce moment même, nous n'avons pas de médicaments pour traiter l'hypertension pendant la grossesse, ni de furosémide, ni certains autres médicaments essentiels, ce qui représente un véritable défi.” (Professionnel de santé)

Cette rupture de stock a également affecté certaines méthodes de planification familiale et d'autres médicaments essentiels, et les patient(e)s ont dû être renvoyé(e)s chez elles/eux pour revenir à une date ultérieure, ce qui pourrait accroître le risque de grossesses non désirées et d'avortements à risque.

“Récemment, nous avons connu une rupture de stock de nombreux médicaments, ce qui a compliqué la prise en charge des client(e)s. Par exemple, la semaine dernière, nous n'avions pas eu beaucoup d'autres produits... Nous avons essayé de recourir à des méthodes alternatives pour la planification familiale, mais cela n'est pas possible dans tous les cas, et malheureusement, nous avons dû renvoyer certain(e)s client(e)s sans leur offrir de service, en leur demandant de revenir à une date ultérieure, ce qui a été très perturbant” (Professionnel de santé)

Nous avons exploré la raison possible de cette rupture de stock et avons déterminé qu'elle était liée à la chaîne d'approvisionnement. L'approvisionnement en médicaments et en certains matériels essentiels à PaPim implique une chaîne d'approvisionnement complexe et longue, dans laquelle chaque médicament et matériel essentiel est importé d'Europe. En raison de la situation sociopolitique actuelle en Haïti, l'arrivée et le transport depuis Port-au-Prince sont très coûteux et chronophages, car tout doit être acheminé par avion, les routes étant bloquées.

“Tous les médicaments utilisés par MSF sont importés, ce qui rend leur coût très élevé... De plus, compte tenu de l'instabilité qui règne actuellement dans le pays, ce coût est encore plus élevé, car tous les médicaments doivent être acheminés par avion, les routes étant bloquées, et il arrive parfois que les vols locaux soient annulés, ce qui retarde encore davantage le processus d'approvisionnement. C'est pourquoi nous avons récemment commencé à connaître des ruptures de stock de médicaments, ce qui n'était jamais arrivé auparavant.” (Répondant de MSF)

EFFICACITÉ OPÉRATIONNELLE ET RESPECT DES DÉLAIS

a. Efficacité du transport des échantillons de sang et des produits sanguins

Outre le transport des médicaments, certains échantillons de sang et produits sanguins doivent être transportés entre la pharmacie centrale et PaPim. Lors de la cartographie des services et des entretiens, nous avons appris que la banque de sang de PaPim n'est qu'un centre de stockage, et que toutes les analyses sanguines sont effectuées aux Cayes, au Poste de Transfusion Sanguine (PTS), ainsi que dans le système central à Port-au-Prince, ce qui nécessite un temps, une logistique et des fournitures considérables. Cette chaîne d'approvisionnement longue et coûteuse n'est guère efficace en termes de délais, de matériel et de finances.

“Le système de collecte de sang destiné aux transfusions en Haïti est très centralisé. Pour le département du Sud, c'est normalement le PTS des Cayes qui est chargé de collecter le sang auprès de la population et de l'envoyer à Port-au-Prince pour y être analysé. Comme ses ressources sont parfois limitées, MSF intervient pour l'aider à organiser des campagnes de don de sang, puis nous (MSF) envoyons le sang au PTS des Cayes, qui l'achemine ensuite à Port-au-Prince pour analyse, et les produits sanguins finaux sont renvoyés par le même circuit... Se procurer du sang est très difficile et coûteux.” (Répondant de MSF)

En raison de cette longue chaîne d'approvisionnement, il arrive que l'unité de stockage à PaPim connaisse des ruptures de stock de sang. Bien que cela ne dure généralement pas longtemps, cette situation n'est pas sécuritaire pour un SONUC.

“Il arrive parfois qu’il n’y ait pas de sang à la banque du sang (à PaPim), même si ce n’est pas très fréquent, et c’est très stressant. Même si nous n’avons pas eu de décès dû à un manque de sang ces derniers temps, la situation est parfois très difficile” (Professionnel de santé)

b. Efficacité du soutien aux sites de SONUB et au système de référence

Bien que les services de référence entre les sites de SONUB et PaPim se soient révélés très pertinents et efficaces pour améliorer la qualité des soins reçus par les patient(e)s, en particulier les femmes enceintes, ils n'étaient pas très efficaces en termes de temps et de ressources dans certains sites. Par exemple, certains entretiens ont révélé que l'ambulance de Tiburon ne pouvait pas être utilisée en raison de l'absence de chauffeur, et qu'elle était, à un moment donné, temporairement hors service. De même, à Les Anglais, bien qu'une ambulance soit présente, elle ne pouvait pas être utilisée car elle n'avait pas été correctement enregistrée sur le plan administratif. En conséquence, les références prenaient plus de temps que d'habitude, car une autre ambulance devait être envoyée depuis PaPim vers ces sites pour transporter le/la patient(e), doublant ainsi l'utilisation de carburant, le temps, et les autres ressources logistiques impliquées.

“L’ambulance ici (à Tiburon) n’était pas en état, et MSF devait à chaque fois envoyer une ambulance depuis PaPim pour venir chercher le patient ; ce n’était pas facile et cela prenait beaucoup de temps.” (Répondant de MSF)

“Normalement, il y a une ambulance à Rendel, mais au niveau central, cette ambulance n’est pas enregistrée ; par conséquent, nous ne pouvons pas l’intégrer dans notre planning pour y affecter un chauffeur ou une infirmière comme pour toutes les autres ambulances, si bien que, pour l’instant, cette ambulance n’est pas opérationnelle.” (Répondant du MSPP)

Du côté de PaPim, le personnel de santé a également exprimé des difficultés lorsqu'il devait être réaffecté vers d'autres établissements de santé pour répondre à des urgences ou transporter des patient(e)s, notamment parce que cela ajoutait une charge de travail supplémentaire non initialement prévue. Un participant a déclaré :

“Parfois on allait chercher les patients dans des centres de santé qui n'ont pas la capacité de prendre en charge ou référer certains cas. ...c'est à nous aussi d'aller chercher ces patients. Lorsque vous arrivez avec le patient, vous aurez peut-être d'autres patients à prendre en charge.” (Professionnel de santé)

Outre la référence des cas d'urgence vers PaPim, certains sites de SONUB ne disposent pas d'un laboratoire fonctionnel ou d'un médecin, et doivent référer toutes les femmes ayant besoin, même d'un bilan de laboratoire de base, ainsi que les problèmes médicaux qui pourraient être pris en charge par un médecin de famille. Cela n'est pas efficient en termes de temps et de finances, et peut accroître les risques de complications en raison des retards de prise en charge.

“Avant, un médecin venait deux fois par semaine pour examiner ceux qui avaient des problèmes, et cela nous aidait beaucoup. Mais ce médecin est parti, et cela fait environ un an maintenant que nous n’avons plus aucun médecin et que nos patients en souffrent... Nous disposons également d’un laboratoire doté de tout l’équipement nécessaire, mais qui n’est pas opérationnel car nous n’avons pas de technicien de laboratoire. Ainsi, pour tout patient nécessitant des analyses de laboratoire ou présentant un problème qui requiert l’intervention d’un médecin, MSF envoie une voiture pour que le patient soit transféré à PaPim, ce qui est très stressant pour les patients, mais c’est le mieux que nous puissions faire.” (Informateur clé de la communauté)

EFFICACITE ECONOMIQUE

Nous avons réalisé une évaluation des coûts programmatiques afin d'explorer les coûts des matériels, du personnel et des services offerts, et d'identifier les domaines potentiels où les coûts étaient inefficients ou pourraient être optimisés.

La Figure 25 présente les dépenses annuelles brutes du projet de 2022 à 2025. Nous observons que 2023 a enregistré les dépenses les plus élevées, probablement parce qu'il s'agissait de la phase initiale du projet, durant laquelle les ressources matérielles et les équipements devaient être achetés et installés. Après 2023, les dépenses ont légèrement diminué en 2024, avant d'augmenter à nouveau en 2025.

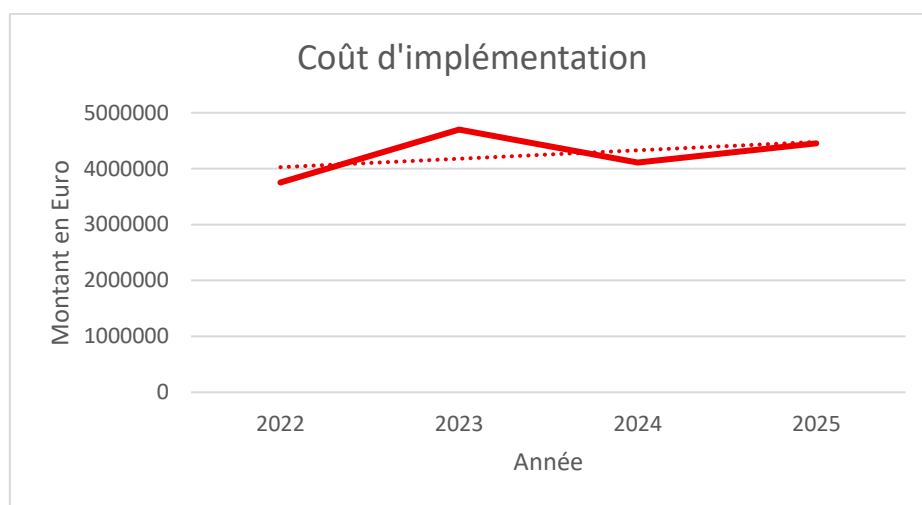


Figure 25: Coût annuel de mise en œuvre

De même, l'appendice 5 fournit des détails sur le coût des services par année du projet, de 2022 à 2025. Nous présentons le pourcentage du budget total consacré au temps du personnel, aux frais de déplacement, à l'espace et aux services publics, aux consommables et équipements, ainsi qu'aux immobilisations. Dans l'ensemble, le temps du personnel a été le poste le plus coûteux, représentant plus de 50% du budget du projet sur l'ensemble des années (en rouge). Cette proportion a augmenté de manière constante, passant de 55.2% en 2022 à 65.5% en 2023, 69.7% en 2024, et 71.6% en 2025. Au sein de ce poste, les salaires du personnel paramédical étaient les plus élevés et ont augmenté au fil des années. En 2025, ils représentaient 31.13% des coûts totaux, soit presque le double de leur part en 2022. Cela montre que la prestation de services est devenue de plus en plus intensive en main-d'œuvre, en réponse à l'augmentation du volume de services observée à la section 4.3. Les salaires du personnel de soutien logistique, quant à eux, sont restés relativement stables au fil des années et ont représenté plus de 10% du budget annuel tout au long de cette période. Le coût des tarifs journaliers représentait également % du budget total au fil des années ; toutefois, cette proportion est passée de 15.6% en 2022 à 11.5% en 2025, ce qui suggère une dépendance réduite aux arrangements basés sur des tarifs ou financés en externe, potentiellement en raison d'un recours accru au personnel interne ou de modèles de prestation de services plus stables.

Contrairement aux coûts de personnel, les coûts des autres services, tels que les déplacements, l'espace, les services publics, ainsi que les fournitures, matériels et équipements, ont diminué au fil des

années (Figure 26). En l'absence de dénominateurs reliant ces coûts aux extrants, cette évaluation des coûts montre comment les coûts varient selon les services, met en évidence les principaux facteurs de coûts, et identifie les domaines potentiels où les coûts pourraient être optimisés.

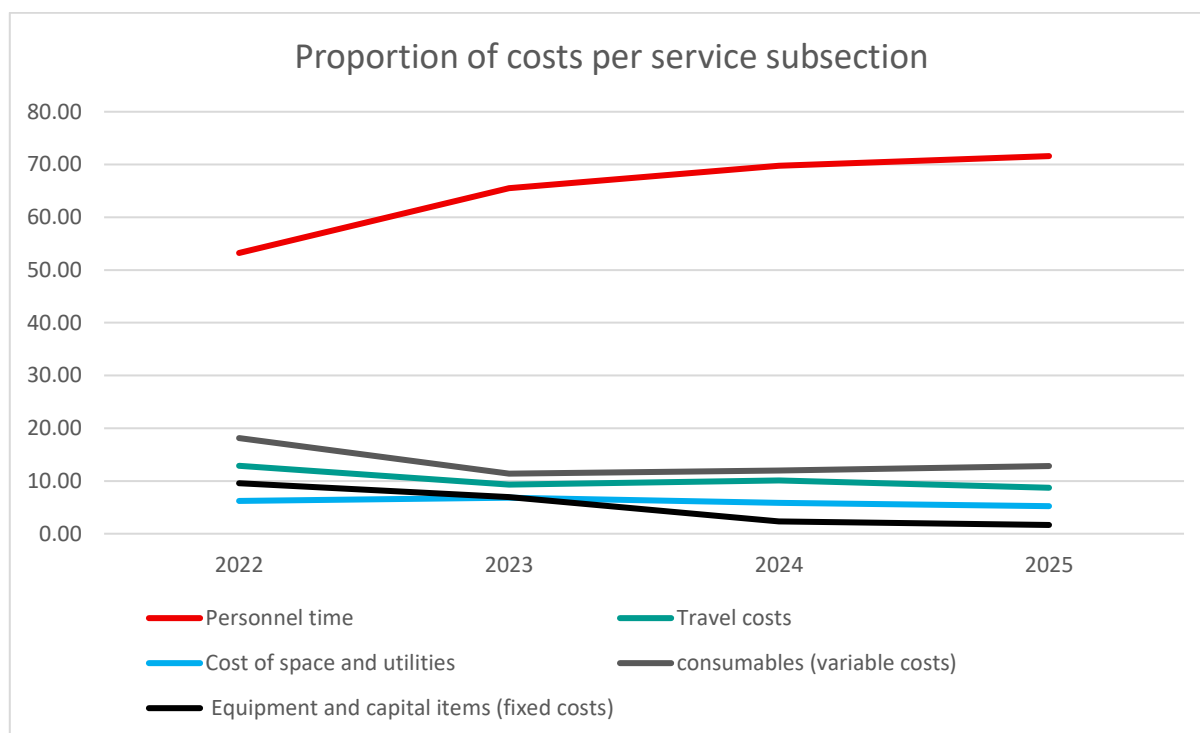


Figure 26: Proportion des coûts par sous-section de service

IMPACT

Ici, nous présentons les effets positifs et négatifs, intentionnels et non intentionnels, locaux et de plus haut niveau, que le projet a eus, en termes d'impacts plus larges à long terme, aux niveaux individuels, communautaires et systémiques. Nous examinons ces effets de manière critique en ce qui concerne le bien-être des personnes, les droits humains et l'égalité des genres.

En résumé, le projet a eu **un impact positif sur les comportements de recours aux soins et sur la qualité des services dans les structures soutenues par MSF grâce au renforcement des capacités et à l'appui en équipements et intrants médicaux. Toutefois, les lacunes persistantes dans les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents, la forte dépendance au soutien de MSF et la faiblesse des systèmes de suivi limitent son impact à long terme et sa durabilité.**

IMPACT SUR LES INDIVIDUS ET LA COMMUNAUTÉ

a. Impact sur le comportement de recherche de soins de santé

Les entretiens avec les participants ont révélé que la présence du projet et ses activités de sensibilisation pourraient avoir entraîné un changement dans le comportement de recherche de soins au sein de la communauté. Les participant(e)s ont témoigné qu'avant l'arrivée de MSF, les gens, y compris les femmes enceintes, n'étaient pas motivé(e)s à recourir aux établissements de santé. Cependant, grâce à la présence de MSF et à ses activités de sensibilisation, un nombre bien plus

important de femmes enceintes et du reste de la population dispose désormais de la capacité et de la motivation nécessaires pour rechercher des soins dans les établissements de santé lorsque le besoin s'en fait sentir. Un participant s'est exprimé ainsi :

“Autrefois, avant que MSF (Médecins Sans Frontières) ne soit présente sur le terrain, une femme pouvait être enceinte sans même songer à se rendre à l’hôpital. De même, une personne souffrant de douleurs et ayant besoin d’un moyen de transport pour se rendre aux Cayes pouvait ne pas en avoir les moyens... et, par conséquent, cette personne pouvait mourir... Une personne pouvait être malade - souffrir d’anémie, d’une infection ou d’autres pathologies empêchant son organisme de fonctionner correctement -, venir consulter mais ne pas avoir les moyens de se procurer des médicaments, et finir par mourir, perdre la vie. MSF a apporté de nombreux changements au sein des communautés, en particulier à Port-à-Piment.” (Informateur clé de la communauté)

Une autre participante décrit son expérience : bien que sa famille et ses ami(e)s lui aient conseillé le contraire, elle a décidé, de sa propre initiative, de rechercher des soins, car elle connaissait les services disponibles et souhaitait se rendre à l'hôpital plutôt que d'accoucher avec une « matrone ».

“J’ai décidé de venir à l’hôpital toute seule. Vous voyez, quand j’ai commencé à avoir des contractions, ils m’ont dit qu’ils allaient appeler une « matron » pour moi. Je leur ai répondu : « Quelle matrone ? ... Non. » J’ai fait ma valise toute seule et je suis venue toute seule... C’est grâce à MSF. MSF fait du bon travail.” (Utilisatrice de services)

b. Impact sur les adolescentes et les autres populations clés

Bien que de nombreux/nombreuses participant(e)s aient témoigné connaître les services offerts et pouvoir accéder aux soins, ce n'était pas le cas pour de nombreux/nombreuses adolescent(e)s. La plupart des adolescent(e)s ont déclaré ne pas savoir que des services tels que la PF étaient disponibles à l'hôpital, et certain(e)s pensaient devoir les payer. Les quelques adolescent(e)s ayant utilisé ces services ont indiqué avoir obtenu ces informations auprès de membres de leur famille plutôt que d'agents communautaires. Cela montre que l'approche actuelle de mobilisation communautaire n'est pas adaptée aux adolescent(e)s et ne les cible pas spécifiquement.

“C’est ma mère qui m’a dit que c’était ici (PaPim) que je devais venir si j’avais besoin de services de planning familial.” (Utilisatrice de services)

Les adolescentes ont également soulevé des questions liées au consentement parental, qui retardaient parfois l'accès aux services, en particulier pour la planification familiale. Une participante a déclaré :

“Avant, j’étais censée aller me faire prescrire un moyen de contraception, mais au moment où j’allais y aller, j’étais déjà enceinte. ... Mais pour que je puisse aller me faire prescrire un moyen de contraception, ma mère devait m’accompagner, car toute seule, ils ne m’en auraient pas donné. Nous n’y étions pas encore allées, car le mois où elle (ma mère) devait renouveler son propre moyen de contraception n’était pas encore arrivé.” (Utilisatrice de services)

Parmi les adolescentes, nous avons également identifié d'autres obstacles liés aux dynamiques de pouvoir entre les genres, en particulier chez les jeunes filles, ce qui indique une lacune persistante dans les interventions de promotion de la santé pour surmonter ces obstacles. Une adolescente décrit son expérience ainsi :

“Je n'utilise pas de préservatifs... parce que le jeune homme avec qui je suis dit que ça le rend malade quand il en utilise.” (Utilisatrice de services)

En tant que projet de SSR comportant de nombreuses activités axées sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile, certains hommes ont exprimé, lors des entretiens, un sentiment d'exclusion et le souhait que le projet prenne également en compte certains de leurs besoins. Avec frustration, un participant a déclaré :

“J’ai l’impression que nous (les hommes) sommes laissés de côté par l’aide apportée par MSF; nous aussi, nous rencontrons des difficultés, mais quand nous venons à l’hôpital, nous devons payer... Je sais qu’ils (MSF) font déjà beaucoup, mais j’aurais apprécié que MSF prenne également en charge certains services pour nous (les hommes)” (Utilisateur de services)

c. Impact sur la qualité des soins

Pour évaluer l'impact de la qualité des soins fournis, nous avons interrogé les participantes à l'enquête sur leur niveau de satisfaction à l'égard des services offerts dans les sites soutenus par MSF. Environ 87% des répondantes ont déclaré être très satisfaites, 9% ont déclaré être satisfaites, et <5% étaient soit neutres, soit insatisfaites (Figure 27). Cela indique un impact positif des interventions du projet sur les usagers des services et probablement sur la communauté dans son ensemble.

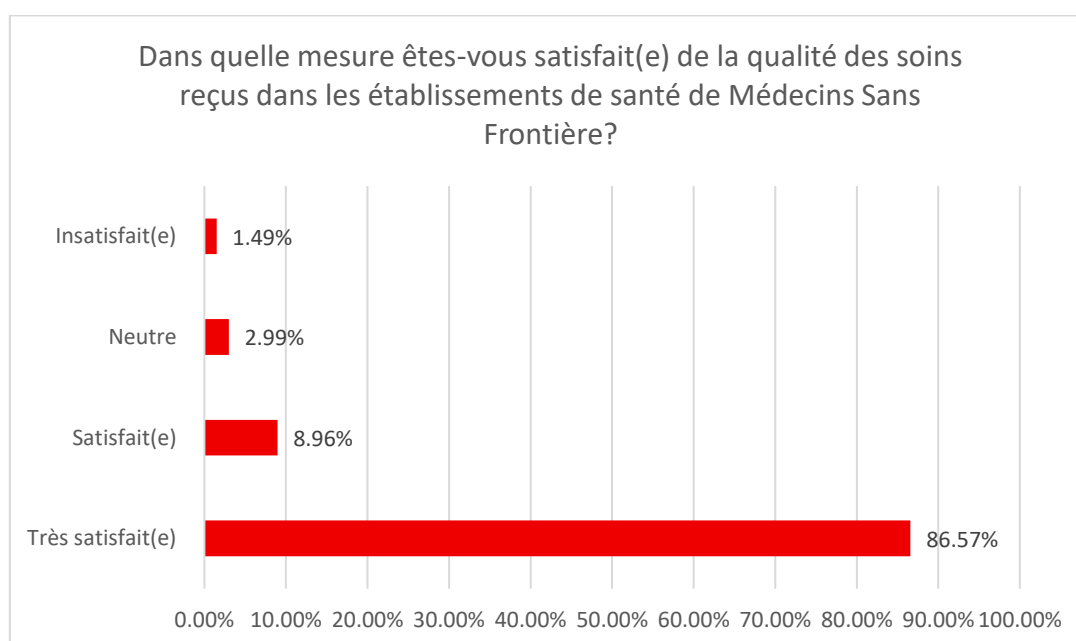


Figure 27: Niveau de satisfaction des participant(e)s à l'enquête

De même, les entretiens avec les participant(e)s ont révélé un impact positif sur la qualité des soins fournis à PaPim et dans les autres sites soutenus par MSF. Une participante raconte son expérience de la prise en charge par une équipe médicale nombreuse.

“Les médecins se sont occupés de moi. Ils m’ont surveillée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 - ils vérifiaient ma tension artérielle, surveillaient mon état, et s’assuraient que tout allait bien pour moi. Vous comprenez ? Ils sont venus avec tout leur équipement pour moi et ont rapidement identifié tout ce qui n’allait pas. Et les infirmières ont même dormi sur deux chaises ; toute la nuit, elles étaient debout à me prodiguer des soins et à nous surveiller. Si quelque chose pouvait nous nuire, elles nous donnaient des médicaments et de l’eau à boire. Elles nous ont aidés.” (Utilisatrice de services)

EFFETS AU NIVEAU SYSTEMIQUE ET EFFETS PLUS LARGES A LONG TERME

a. Impact sur les résultats du projet

Le taux croissant de recours aux services à PaPim et dans les autres sites soutenus par MSF, concernant les CPN, l'accouchement, et d'autres services tels que la planification familiale (Section 4.3 – Efficacité), pourrait indiquer un impact positif des activités du projet dans ces établissements de santé. De plus, les taux de mortalité maternelle plus faibles à PaPim par rapport au reste du Département du Sud pourraient indiquer une tendance positive vers la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans la zone, bien que les données disponibles n'aient pas été suffisantes pour établir des tendances à PaPim avant et après la mise en œuvre du projet.

Lors des entretiens, nous avons également demandé aux participants quelles activités ou quels services du projet, selon eux/elles, avaient eu le plus grand impact. Pour la grande majorité, il s'agissait des services maternels, notamment la prise en charge des complications obstétricales et l'USIN. Certains participants ont exprimé leur point de vue comme suit :

“Eh bien, selon moi, le service le plus efficace de MSF dans la commune de Port-à-Piment est le service de maternité.” (Informateur clé de la communauté)

“Je pense que tous les services ont un impact, mais pour moi, ce sont l'unité de soins intensifs néonataux et le service de maternité, y compris le bloc opératoire, qui ont eu un impact considérable car, d'une part, notre unité de soins intensifs néonataux est la seule en état de fonctionner dans toute la zone, et d'autre part, le bloc opératoire du service de maternité a permis de sauver de nombreuses vies, et nous en sommes reconnaissants.” (Professionnel de santé)

Outre la qualité des soins fournis dans ces unités et les vies qu'elles permettent de sauver, un autre participant a souligné l'impact économique de ces services, dans la mesure où ils sont offerts gratuitement, en particulier l'USIN, où les nouveau-nés peuvent parfois séjourner plus d'un mois. Un éducateur en santé a déclaré :

“... En matière de soins néonataux également, certaines mères restaient à l'hôpital jusqu'à un mois et demi avec leur bébé, et beaucoup d'entre elles n'ont pas les moyens financiers nécessaires. Aujourd'hui, si une mère devait rester un mois et demi dans un établissement avec son nouveau-né tout en payant les médicaments – surtout lorsque le bébé est sous oxygène ou en couveuse –, ce serait impossible pour beaucoup d'entre elles. Même la nourriture n'est pas à leur charge, car MSF fournit trois repas par jour.” (Intervenant communautaire)

b. Impact sur le personnel de santé et le système de santé

Tout au long de la durée du projet, MSF a formé le personnel communautaire et de santé afin de mieux les outiller pour accomplir les tâches requises, même après le départ de MSF. Cela a eu un impact positif sur le personnel et sur le système de santé. Les entretiens avec les participants ont confirmé l'impact de ces formations sur leur capacité individuelle ainsi que sur l'ensemble de l'équipe.

“Ils (MSF) nous ont dispensé de nombreuses formations. Parfois, ce sont des infirmières et des sages-femmes qui animent des sessions de formation avec nous. Cela nous aide à renforcer nos capacités et à améliorer nos compétences, ce qui nous permet de mieux fournir nos services grâce à la formation que nous recevons.” (Intervenant communautaire)

“Nous recevons des formations en permanence ; au début, elles étaient plus fréquentes, mais aujourd'hui, nous mettons surtout en pratique ce qu'on nous a enseigné... Je suis très reconnaissant envers MSF car même si je pars ailleurs, je me sens à l'aise pour travailler. De plus, désormais, nous

(PaPim) accueillons des étudiants qui viennent effectuer leur stage pratique pendant leurs dernières années d'études de médecine, et je pense que c'est une bonne chose, car même lorsque MSF partira, ces connaissances resteront au sein de la communauté ainsi qu'auprès du peu de personnel qui restera au CDS." (Professionnel de santé)

Outre la formation du personnel de santé, la cartographie des services et les entretiens avec les participants ont révélé que MSF a également fourni du matériel aux établissements de santé qu'elle soutient et a modernisé leurs infrastructures pour y intégrer des aspects tels que l'accès à l'eau potable sécurisée, une alimentation électrique fiable, et d'autres services, notamment la construction d'unités de stérilisation et d'incinérateurs dans ces hôpitaux.

"MSF a mis en place un point d'eau pour faciliter l'accès à l'eau. Les gens boivent désormais de l'eau potable." (Informateur clé de la communauté)

MSF fournit également régulièrement des produits d'hygiène et d'assainissement à tous les sites qu'elle soutient, et a formé le personnel d'hygiène à l'utilisation de ces produits afin de prévenir efficacement la contamination en milieu hospitalier.

"MSF nous fournit également des produits d'hygiène et d'assainissement, et notre personnel d'entretien a été formé à leur utilisation correcte. Grâce à eux (MSF), l'hôpital est toujours propre" (Professionnel de santé)

Outre les nombreux impacts positifs de la présence de MSF sur le personnel de santé et le système de santé, une conséquence probablement non intentionnelle du projet pourrait être la forte dépendance de ces établissements de santé envers MSF. Étant donné que la majorité du personnel, en particulier à PaPim, est recruté et maintenu par le projet, celui-ci assure quasiment à lui seul les services essentiels de SSR, notamment les CPN, les accouchements, les soins néonataux d'urgence, et le système de référence. Il est fort probable que ces systèmes seraient absents ou extrêmement limités en l'absence de MSF. Les entretiens avec les participants ont également confirmé ce constat, plusieurs d'entre eux ayant exprimé des doutes quant à l'existence de ces services si MSF venait à se retirer.

"Je me demande ce qu'il adviendra des femmes enceintes lorsque MSF partira ; ils (MSF) nous aident en nous fournissant des médicaments. Si une femme a un accouchement difficile, ils envoient une ambulance pour l'acheminer vers un centre spécialisé, et MSF fait bien d'autres choses encore pour nous ; je ne sais pas ce que nous ferions sans eux. Il y aura beaucoup de problèmes." (Professionnel de santé)

"Le projet va prendre fin, ce qui causera d'énormes difficultés à la communauté, aux femmes enceintes, mais aussi à ceux qui travaillent au sein du projet." (Informateur clé de la communauté)

DURABILITE

Dans ce critère, nous présentons la mesure dans laquelle les bénéfices de l'intervention sont susceptibles de perdurer après le départ de MSF. Nous avons examiné les capacités économiques, sociales, environnementales et institutionnelles du MSPP et des autres partenaires locaux à soutenir les activités et les bénéfices du projet dans la durée.

En gros, **malgré les progrès réalisés en matière de SSR, la durabilité et le transfert du projet au MSPP demeurent limités par plusieurs facteurs systémiques, notamment : une forte dépendance à MSF, une faible appropriation par les parties prenantes, non alignement de certaines activités du projet**

avec le système de santé, des lacunes dans certains services clés de SSR et des coûts de mise en œuvre élevés.

ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES, APPROPRIATION ET CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE

Tout au long de la durée du projet, les contributions des autres parties prenantes, notamment le MSPP et les autres organisations locales et non gouvernementales de la communauté, au soutien des activités du projet, en particulier au SONUC de PaPim, ont été minimales. Cet engagement et ces contributions limités augmentent les risques de dépendance envers MSF et réduisent les perspectives de durabilité.

Sur le plan des ressources humaines, le SONUC de PaPim est géré exclusivement par le personnel de MSF, avec une mutualisation uniquement pour le personnel d'hygiène et d'assainissement. Dans les autres sites soutenus, MSF verse des incitations financières au personnel de maternité recruté par le MSPP ou la communauté, étant donné que ni le MSPP ni la communauté seule ne peuvent assurer de manière constante le paiement des salaires de ces agents. Sans ces incitations, ce personnel ne serait pas en mesure de travailler à temps plein.

“Le MSPP nous avait fait de nombreuses promesses, affirmant qu’il mettrait à disposition, au cours du projet, du personnel formé qui remplacerait progressivement celui de MSF. Mais en réalité, cela n’a pas été le cas ; jusqu’à présent, nous n’avons pu mutualiser que le personnel chargé de l’hygiène et de l’assainissement, et tout le personnel de PaPim est toujours exclusivement composé de membres de MSF... Nous (MSF) accordons également des primes au personnel du MSPP et aux autres personnes recrutées par la communauté afin de les inciter à travailler à temps plein.” (Répondant de MSF)

De même, les agents communautaires (matrones) sont rémunéré(e)s exclusivement par le projet ; par ailleurs, bien que les ASCP et les Colvols soient recruté(e)s par le MSPP, ils/elles reçoivent des incitations financières du projet, sans lesquelles leur engagement dans les services de SSR serait minime, étant donné qu'ils/elles sont également responsables d'autres activités telles que la vaccination et la sensibilisation à d'autres maladies infectieuses. Lors des entretiens, les participant(e)s ont également exprimé des doutes quant à la poursuite des activités de sensibilisation en l'absence de MSF. Un participant a déclaré :

“Si MSF venait à partir, cela aurait des répercussions sur mon rôle au sein de la communauté, car nous avons déjà l’habitude de mener des actions d’éducation à la santé auprès de la population, et nous travaillons avec MSF. Si MSF venait à partir, je ne pense pas que nous serions en mesure de poursuivre nos activités de sensibilisation.” (Informateur clé de la communauté)

Par ailleurs, lors des entretiens, les participants ont exprimé des doutes importants quant à la capacité des établissements de santé et du gouvernement à maintenir les activités actuelles du projet. Ils/Elles craignaient de graves conséquences si MSF venait à cesser son soutien, en particulier si celui-ci était retiré de manière brutale. Un participant a déclaré :

“Si MSF venait à partir, il faudrait maintenir le service de maternité car, malgré tous les efforts déployés, certaines personnes continueraient à faire preuve de négligence. Nous savons également que notre gouvernement ne fournit pas certains services. Cela signifierait que si MSF venait à partir, la situation d’autrefois reviendrait. De nombreuses femmes mourraient en couches, et de nombreux nouveau-nés mourraient après la naissance... Nous n’avons pas vraiment de gouvernement qui s’occupe de nous, alors MSF a été comme un sauveur pour notre communauté. Si tout venait

soudainement à s'arrêter, cela aurait de graves répercussions tant sur l'emploi que sur l'accès de la communauté aux services de santé." (Intervenant communautaire)

LACUNES PERSISTANTES ET PERSPECTIVES DE DURABILITÉ

a. Plan la durabilité

Bien que le projet ait été conçu pour durer 5 ans, aucun plan clair de désengagement et de durabilité n'existait avant la troisième année. Cela est incohérent avec le style de coordination du MSPP et pourrait donc affecter les perspectives de durabilité. De nombreux participants aux entretiens ont reconnu que le plan de transition et de durabilité restait à élaborer, en particulier avec le MSPP, bien que la fin du projet soit déjà certaine pour décembre 2027. Ce manque de cohérence et ce retard dans l'élaboration des plans de durabilité affaiblissent la capacité du projet à mettre en œuvre des politiques à long terme et à obtenir le soutien du MSPP.

"Il était clair que MSF quitterait la zone au bout de cinq ans, mais ce n'est qu'aujourd'hui, un an et demi avant le départ, que nous essayons de nous asseoir à la table des négociations avec le ministère de la Santé pour planifier et finaliser notre départ." (Répondant de MSF)

"Nous (le MSPP et MSF) n'avons eu aucune discussion concrète concernant le départ de MSF... Il est vrai qu'au début, nous savions qu'il s'agissait d'un projet de cinq ans, mais ils auraient dû nous confirmer qu'ils partiraient effectivement à cette date. Tout comme lorsqu'ils sont arrivés, ils ont toujours eu l'intention de partir mais ne l'ont pas fait ; cette discussion doit donc avoir lieu afin que nous (le MSPP) sachions quels sont leurs projets." (Répondant du MSPP)

b. Lacunes persistantes

Malgré l'efficacité et l'impact global des activités du projet, des lacunes persistent en matière de gestion des données, de SSR des adolescent(e)s, ainsi qu'en matière de politique (adhésion du gouvernement) et de soutien des partenaires, ce qui pourrait avoir un impact négatif sur la durabilité.

Les données de routine collectées dans le cadre du projet sont limitées et ne reflètent pas les besoins des patients ; elles ne comportent pas suffisamment d'informations démographiques telles que l'âge des participants ou autres facteurs liés aux déterminants sociaux de la santé. De plus, les données disponibles ne sont pas ventilées, sont principalement d'ordre clinique et ne contiennent pas d'informations sur les déterminants démographiques et sociaux de la santé, ce qui rend difficile le suivi des progrès. Nous avons également identifié des lacunes au niveau des politiques : des cadres juridiques insuffisants pour certains services et un soutien politique limité aux actions menées, ce qui accroît la fragilité de ces services et réduit leurs chances de pérennité. Par exemple, les mesures telles que la transformation du PaPim en SONUC et l'intégration des « matrones » en tant qu'agents communautaires n'ont été entérinées par aucune politique. De plus, la plupart des professionnels de santé des établissements de santé sont soit recrutés par la communauté, soit sous contrat temporaire, et n'ont pas été pleinement reconnus par le gouvernement. Ce manque de reconnaissance ou d'adhésion accroît la fragilité de ces services et limite leurs chances de pérennité. Au cours des entretiens, les participants ont réitéré la fragilité de nombreux services et l'ont mise en lien avec l'instabilité du gouvernement, ce qui les a amenés à penser que ce n'était pas le bon moment pour que le projet cesse de fournir des services, car ils craignaient que la situation ne s'aggrave si le soutien venait à s'arrêter. Un participant a exprimé son opinion en ces termes :

“Pourquoi MSF part-elle alors que les problèmes qu’elle comptait résoudre sont toujours là ? ... Je ne pense pas que ce soit le bon moment pour eux de partir ; le pays ne va pas bien, nous n’avons pas de dirigeant, c’est pourquoi tout est au point mort... Il est vrai qu’au début du projet, le gouvernement a fait beaucoup de promesses, mais rien ne se passe à cause de l’instabilité politique. Leur départ ne fera qu’empirer les choses, et la situation sera encore pire qu’avant leur arrivée” (Informateur clé de la communauté)

Des lacunes persistent également en matière de SSR des adolescentes, en particulier dans la prévention des grossesses, ce qui expose de plus en plus les jeunes filles à des grossesses non désirées. Les participants ont confirmé ce constat, à la fois dans l'enquête (Figure 5) et lors des entretiens, notant que la grossesse non désirée demeurait l'un des problèmes les plus pressants et non résolus de leur communauté. Un participant a estimé la prévalence à environ 60 à 70 % et a proposé une éducation ciblée pour les jeunes filles.

“En ce qui concerne les besoins, il faudrait mettre en place des formations destinées aux jeunes filles, c'est-à-dire celles âgées de 12 à 18 ans, afin qu'elles puissent bénéficier d'un accompagnement leur permettant d'éviter les grossesses précoces. Je peux affirmer que ce phénomène représente environ 65 à 70 % des cas dans la région...” (Informateur clé de la communauté)

c. Perspectives de durabilité (points de levier)

Afin d'évaluer les perspectives de durabilité auprès des usagers des services, nous avons demandé aux participants s'ils continueraient à utiliser les services si le soutien de MSF venait à prendre fin. 85 % ont répondu par l'affirmative, indiquant qu'ils continueraient à utiliser les services, tandis que 10 % ont répondu par la négative, et environ 4 % n'étaient pas sûrs. Cela démontre un impact positif des interventions sur la communauté et indique des perspectives prometteuses en matière de durabilité, la motivation des participants à poursuivre leur recours aux services pouvant être mise à profit pour renforcer l'appropriation locale et améliorer la durabilité.

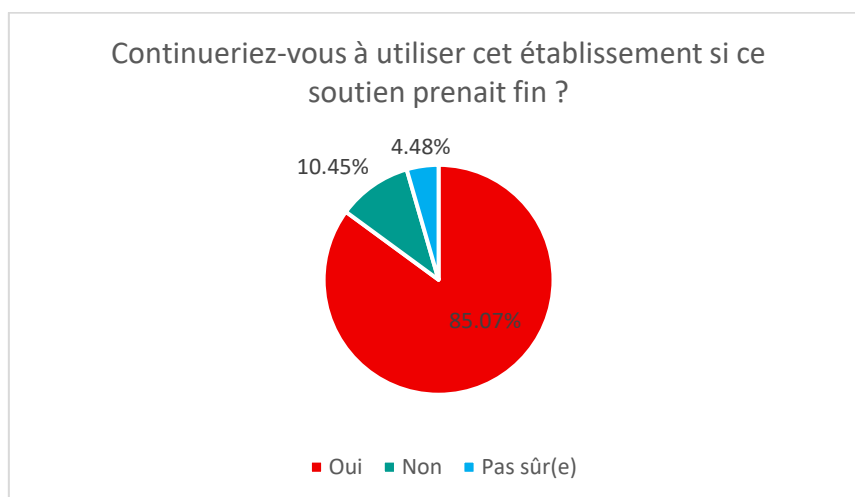


Figure 28: Réponse des participants à la question : « Continueriez-vous à utiliser cet établissement si le soutien de MSF prenait fin ? »

De même, lors des entretiens, de nombreux participants ont témoigné qu'ils/elles continueraient à utiliser les services dans les sites soutenus par MSF, même si MSF venait à cesser son soutien, à condition que les services demeurent disponibles, y compris moyennant paiement. Un participant a déclaré :

“Si MSF n’était plus là, eh bien... Pour moi, tant que les soins dont j’ai besoin sont encore disponibles ici, je continuerais à venir... même si je devais payer... mais tant que je peux bénéficier des soins dont j’ai besoin, je viendrais toujours ici.” (Utilisatrice de services)

Pour d'autres, en revanche, une préoccupation a été exprimée quant à l'incapacité de couvrir le coût des services, ceux-ci n'étant plus gratuits en l'absence de MSF.

“Ici (à SONUC Port-à-Piment), on nous prodigue de bons soins, et ces soins sont gratuits... Je ne pense pas que je viendrais ici si MSF venait à partir, car je ne pourrais plus en bénéficier gratuitement.” (Utilisatrice de services)

RISQUES LIES A LA DURABILITE ET COMPROMIS POTENTIELS

Les difficultés persistantes de la chaîne d'approvisionnement, l'instabilité sociopolitique du pays, la capacité et l'adhésion limitées du gouvernement, ainsi que la forte dépendance envers MSF, en particulier pour les ressources humaines, accroissent le risque pesant sur la durabilité du projet en l'état. Poursuivre le projet tel quel, avec un soutien complet de MSF, accroît davantage les coûts opérationnels de MSF, la dépendance, et les risques pour la durabilité. Par conséquent, des compromis entre l'obtention d'impacts immédiats et les effets à long terme doivent être évalués, notamment les décisions relatives au financement/aux dépenses, à la chaîne d'approvisionnement (par exemple, la source d'approvisionnement, la marque, etc.), à la nature du soutien (par exemple, davantage de coaching et d'assistance technique plutôt que la mise en œuvre directe des services), aux options de transfert (par exemple, vers le MSPP ou une autre ONG), à l'intégration des politiques, et à la prise en compte des différents besoins et priorités de la population (OECD, 2019).

DISCUSSION

Les résultats de l'évaluation suggèrent que le projet PaPim a joué un rôle important dans l'amélioration de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, maternelle et néonatale dans le Sud, en particulier le long des axes Roche-à-Bateau–Tiburon. Conformément aux critères d'évaluation du CAD-OCDE, le projet démontre une forte pertinence contextuelle : il intervient dans un contexte marqué par l'isolement géographique, l'insécurité, la pauvreté, la disponibilité limitée des services, les obstacles liés au transport, et un accès restreint à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité (OECD, 2019). L'augmentation rapportée de la fréquentation des CPN et des accouchements dans les sites de SONUB soutenus indique que le projet a contribué à améliorer le recours aux services et à décentraliser l'accès aux soins, conformément aux données montrant que l'élargissement des services maternels de premier niveau améliore la couverture et l'équité (WHO, 2015, 2016a). Ces résultats correspondent aux normes internationales visant à améliorer l'accès et la couverture, qui sont fondamentales tant pour l'efficacité que pour la durabilité à long terme (WHO, 2016a).

Cependant, les résultats mettent également en évidence des contraintes systémiques persistantes qui limitent l'efficacité, l'efficience, la cohérence et la durabilité. Bien que le projet semble aligné sur les normes et pratiques organisationnelles internes, il n'est pas cohérent avec la structure plus large du système de santé du MSPP ni avec son approche de réponse. La classification et le fonctionnement de l'hôpital de PaPim en tant que SONUC plutôt que SONUB ont pu améliorer sa capacité à prendre en charge des complications maternelles et néonatales complexes, mais cela crée également un désalignement avec l'architecture formelle de la santé publique. Ce désalignement risque de compromettre l'intégration systémique et la durabilité à long terme, dans la mesure où les interventions durables nécessitent une adéquation et un alignement avec les structures nationales, l'environnement politique et le système de prestation de soins (Bodkin & Hakimi, 2020). Ceci est important car les systèmes de SONUC dépendent non seulement de la disponibilité d'établissements individuels, mais aussi d'un réseau de référence cohérent, dans lequel les fonctions de SONUB et de SONUC sont clairement définies, standardisées, et reliées par des systèmes de référence et de transport rapides (Bailey et al., 2009).

Le comportement de recherche de soins demeure un déterminant majeur des résultats maternels et néonataux. Le constat selon lequel plus de 10 % des femmes en 2024 dans le département du Sud accouchent encore à domicile, malgré un recours ultérieur aux soins postnatals, suggère que le contact avec le système de santé ne se produit pas systématiquement au moment le plus critique (le travail et l'accouchement). De même, l'initiation tardive des CPN reflète des lacunes persistantes en matière de perception du risque, de sensibilisation communautaire, de confiance, et de compréhension de la valeur des soins préventifs (Tunçalp et al., 2017). L'OMS recommande des contacts prénatals précoces et répétés, le premier contact devant avoir lieu au cours du premier trimestre, car des CPN précoces offrent des occasions d'identifier les risques, de fournir des conseils, de prévenir les complications, et d'orienter les femmes vers des soins appropriés (WHO, 2016b, 2022; Wojcieszek et al., 2023).

Les résultats révèlent également une tension entre la qualité des services et leur répartition géographique. Les patient(e)s se déplacent depuis l'extérieur de la zone cible et contournent les établissements de proximité parce que les services de PaPim sont gratuits et perçus comme étant de meilleure qualité. De plus, le fait que 80 % des nouveau-nés admis à PaPim proviennent de l'extérieur de la zone cible constitue un indicateur fort de la qualité perçue et des besoins non satisfaits au-delà de la zone de couverture du projet. Cependant, cela soulève également une préoccupation potentielle

en matière d'efficience et d'équité. Lorsqu'un établissement devient le point de soins privilégié pour des populations dépassant sa zone prévue, il peut se retrouver surchargé, distordre les filières de référence, et affaiblir le rôle des établissements périphériques (WHO, 2018b). Ce schéma suggère que PaPim fonctionne de facto comme un pôle de référence régional, que cela ait été formellement prévu ou non dans la planification initiale.

Par ailleurs, plus de la moitié des participant(e)s ont cité la distance comme un obstacle majeur, tandis que 45 % ont cité le coût des services, 39,7 % le coût du transport, et 39,7 % l'absence de services. Ces obstacles correspondent étroitement au modèle des « trois retards » de la mortalité maternelle : les retards dans la décision de recourir aux soins, les retards pour atteindre des soins appropriés, et les retards pour recevoir des soins adéquats une fois à l'établissement (Thaddeus & Maine, 1994), ce qui indique des lacunes persistantes dans l'atteinte des objectifs du projet visant à surmonter ces trois retards. Ces constats indiquent également que les obstacles restants ne relèvent pas principalement de lacunes de connaissances au niveau individuel, mais de contraintes institutionnelles et systémiques. Par conséquent, les solutions doivent aller au-delà de l'éducation à la santé et inclure le transport, la référence, le financement, la disponibilité des services, et l'amélioration de la qualité (réf. modèle socio-écologique). Selon les normes de l'OCDE, les interventions qui ne parviennent pas à répondre aux contraintes systémiques risquent une efficacité et une durabilité limitées (OECD, 2019).

Bien que les services de référence aient été perçus comme pertinents et efficaces, des retards persistent en raison de pénuries d'ambulances et de contraintes logistiques. Les cas rapportés de femmes accouchant dans des ambulances indiquent également que la référence intervient trop tardivement, que le transport n'est pas suffisamment fiable, ou que les établissements ne sont pas en mesure de stabiliser et de transférer rapidement les patient(e)s. De plus, on observe une forte dépendance envers PaPim pour le soutien à la référence, celui-ci devant envoyer des ambulances vers certains sites de SONUB pour assurer les références. Cette dépendance continue envers PaPim pour les références d'urgence indique qu'un investissement supplémentaire est nécessaire afin de garantir que les sites de SONUB soient fiables, fonctionnels, adéquatement dotés en personnel, équipés, et connectés aux filières de référence. L'efficacité de la décentralisation dépend de la capacité des établissements à assurer de manière constante les fonctions signalétiques attendues, à maintenir les fournitures essentielles, et à référer rapidement les complications (Bailey et al., 2009). Étant donné que les complications obstétricales peuvent survenir rapidement et de manière imprévisible, les retards de référence constituent une préoccupation critique en matière de qualité des soins et de sécurité des patient(e)s. Par conséquent, la standardisation des compétences cliniques, de la supervision, et des mécanismes d'assurance qualité est essentielle pour garantir une performance cohérente entre les établissements (WHO et al., 2017).

Par ailleurs, le constat selon lequel les taux de mortalité maternelle et infantile n'ont pas diminué, bien qu'ils demeurent inférieurs aux taux départementaux, pourrait refléter une meilleure détection des cas, une référence accrue des cas plus sévères vers PaPim, un recours accru aux services par des patient(e)s à haut risque, ou des lacunes persistantes en matière de qualité et de rapidité des soins. L'absence de données désagrégées et la prise en compte limitée des déterminants sociaux de la santé restreignent actuellement la capacité du projet à expliquer pourquoi la mortalité ne diminue pas et quels groupes demeurent les plus à risque (Luke et al., 2014). Des systèmes standardisés de collecte de données et d'audit, tels que la surveillance et la riposte aux décès maternels et périnataux (SRDMP), sont essentiels pour identifier les facteurs évitables et améliorer la qualité des soins (WHO, 2013a).

De même, le faible recours aux services de lutte contre les VBG constitue une autre préoccupation importante. Toutefois, les données limitées sur la prévalence et sur les personnes éligibles aux services restreignent la capacité à expliquer cette tendance. Dans les contextes fragiles et touchés par les crises, les services de lutte contre les VBG demeurent souvent sous-utilisés en raison de la stigmatisation, de la peur de la divulgation, du manque de confidentialité, d'une sensibilisation limitée, de préoccupations liées à la sécurité, et de filières de référence faibles (UNFPA, n.d.). Un faible recours ne devrait pas être interprété simplement comme un faible besoin. Il pourrait plutôt indiquer que les services sont insuffisamment visibles, fiables, confidentiels, adaptés aux jeunes, centrés sur les survivant(e)s, ou intégrés aux plateformes plus larges de SSR et communautaires (Heron & Eisma, 2021; WHO, 2013b). Les directives de l'OMS soulignent l'importance de soins cliniques standardisés et centrés sur les survivant(e)s, ainsi que de filières de référence claires, pour améliorer l'accès et la qualité des services de lutte contre les VBG (WHO, 2013b).

Les faiblesses de la chaîne d'approvisionnement compromettent également l'efficacité et l'efficience du projet (WHO, 2007). Les ruptures de stock intermittentes de médicaments essentiels, combinées à la chaîne d'approvisionnement longue et complexe pour les produits sanguins, affectent directement la qualité des soins pour les urgences obstétricales, les complications néonatales, les infections et les besoins transfusionnels. Ces goulots d'étranglement sont particulièrement préoccupants dans un contexte de SONUC, où l'accès rapide aux médicaments, aux produits de base et au sang peut déterminer la survie (Olaniran et al., 2022). Selon les piliers du système de santé définis par l'OMS, un accès fiable aux médicaments essentiels est fondamental pour la performance du système (WHO, 2010). Des systèmes standardisés d'approvisionnement, de gestion des stocks et de prévision sont essentiels à la durabilité, en particulier dans les contextes fragiles où les perturbations d'approvisionnement sont fréquentes (WHO, 2007). Le renforcement de ces systèmes au sein des structures du MSPP est essentiel pour réduire la dépendance envers le soutien externe.

Les résultats relatifs aux coûts suggèrent que le projet devient de plus en plus intensif en ressources, le temps du personnel représentant environ la moitié du budget sur l'ensemble des années. Cette augmentation progressive des coûts de mise en œuvre, combinée à la dépendance envers MSF pour le soutien en personnel, en matériel et en financement, soulève des préoccupations en matière de durabilité. Ceci est particulièrement important compte tenu de la faible implication des parties prenantes et de l'appropriation locale limitée (OECD, 2019). Enfin, malgré un certain impact observé auprès des usager(ère)s des services et du système de santé, les résultats mettent en évidence des lacunes persistantes en matière de SSR des adolescent(e)s, en particulier concernant la prévention des grossesses, les dynamiques de pouvoir, et les pratiques sexuelles plus sûres. Il s'agit d'une lacune importante, car la grossesse chez les adolescentes est influencée par l'accès à la contraception, l'éducation, les normes de genre, la coercition, la confidentialité, et la capacité à négocier des rapports sexuels sûrs (WHO, 2024). Combler ces lacunes nécessite des modèles standardisés de prestation de services adaptés aux adolescent(e)s, garantissant la confidentialité, l'accessibilité, et une réponse adéquate aux dynamiques de genre et de pouvoir (WHO, 2025).

Dans l'ensemble, le projet PaPim apparaît hautement pertinent, a contribué à une augmentation du recours aux services, en particulier dans les sites de SONUB soutenus, et présente des points forts en matière d'impact sur la santé publique. Toutefois, la durabilité du projet et sa préparation en vue du transfert au MSPP demeurent limitées par plusieurs facteurs systémiques interdépendants : un alignement insuffisant avec la structure de santé du MSPP, un contournement persistant des établissements périphériques, une forte dépendance envers le soutien de MSF en matière de

personnel et de fournitures, des contraintes liées à la référence et aux ambulances, des ruptures de stock intermittentes, des données désagrégées limitées, une appropriation limitée par les parties prenantes, ainsi que des lacunes persistantes dans les services destinés aux adolescent(e)s et aux survivant(e)s de VBG. Ces constats suggèrent que PaPim n'est pas encore à un stade où un transfert complet au MSPP présenterait un faible risque (Bodkin & Hakimi, 2020; Luke et al., 2014; Wiltsey Stirman et al., 2012). Par ailleurs, la part élevée des coûts alloués au temps du personnel suggère également que la durabilité de la main-d'œuvre sera un élément central de toute stratégie de transfert. De même, les ruptures de stock et les contraintes liées à la banque de sang indiquent que le transfert clinique ne peut être dissocié du transfert de la chaîne d'approvisionnement.

CONCLUSION

Cette évaluation a permis d'analyser les progrès, l'impact et la pérennité du projet de santé sexuelle et reproductive de MSF à Port-à-Piment, en Haïti, à l'aide d'une approche mixte.

Les résultats montrent que le projet PaPim a largement contribué à améliorer l'accès aux services de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale dans le département du Sud d'Haïti, en particulier dans les zones géographiquement isolées et mal desservies. L'augmentation du recours aux soins prénatals et aux accouchements en établissement dans les sites soutenus, le renforcement des filières d'orientation et l'amélioration de l'accès aux services obstétricaux et néonataux d'urgence suggèrent que le projet a été très pertinent et a généré des progrès significatifs en matière d'utilisation des services et de réactivité du système de santé. Toutefois, les résultats révèlent également des défis structurels et liés au système de santé qui persistent et menacent la pérennité à long terme de ces acquis, notamment un alignement insuffisant sur les structures du MSPP, une forte dépendance vis-à-vis des ressources des bailleurs de fonds, des contraintes en matière d'orientation vers des structures de soins et de transport, des faiblesses de la chaîne d'approvisionnement, ainsi qu'une capacité institutionnelle limitée en matière de suivi, de financement et de prestation de services.

Pour pérenniser les bénéfices du projet, il faudra opérer une transition délibérée d'un modèle de prestation de services soutenu par les bailleurs de fonds vers une approche de renforcement du système qui privilégie l'appropriation locale, les capacités institutionnelles et l'intégration au sein des systèmes nationaux. Les recommandations formulées dans cette évaluation soulignent la nécessité d'une feuille de route officielle pour la transition entre le programme MSF et le programme MSPP, d'un renforcement des structures SONUB, de systèmes de prise en charge et d'approvisionnement résilients, d'une amélioration des mécanismes de collecte de données et d'apprentissage, ainsi que de la protection des services destinés aux populations vulnérables, tels que la santé sexuelle et reproductive des adolescents et la prise en charge des violences basées sur le genre. En outre, l'élaboration d'une boîte à outils conjointe MSF-MSPP d'évaluation de la pérennité offre un mécanisme pratique pour évaluer l'état de préparation, identifier les lacunes et orienter les décisions d'adaptation en matière de transfert. À terme, la pérennité des acquis du projet dépendra non seulement du maintien des services, mais aussi de la mise en place d'un système de santé cohérent, résilient et pris en charge localement, capable de continuer à fournir des soins maternels et néonataux équitables et de haute qualité longtemps après la fin du soutien extérieur.

LIMITES

- Certaines données quantitatives secondaires existantes n'ont pas été communiquées à l'équipe d'évaluation durant celle-ci, sans que cela ne remette en question la validité des résultats globalement. Les recommandations s'agissant de la collecte et utilisation des données s'en trouvent corroborées. Les données désagrégées étaient insuffisantes pour réaliser une analyse comparative et une analyse des tendances.
- L'étude de cas n'a été menée que dans 3 des 5 établissements de santé bénéficiaires, et ses résultats ont été utilisés pour formuler des recommandations concernant l'ensemble du projet. Cela pourrait constituer une limite, étant donné que les établissements de santé sont uniques et confrontés à des réalités différentes. Toutefois, pour pallier cette difficulté, nous avons recoupé les conclusions de l'étude de cas avec celles issues des données de routine du projet afin d'examiner les différences entre les établissements de santé bénéficiaires et de compléter les conclusions de l'étude de cas.
- Les données collectées constituaient un instantané et peuvent ne pas représenter ni refléter les perceptions des participants tout au long de la durée du projet.
- Biais de sélection potentiel, car nous avons utilisé une stratégie d'échantillonnage raisonné pour sélectionner les participants à l'évaluation.
- Biais potentiel dans les réponses des parties prenantes : les résultats qualitatifs, en particulier ceux issus des entretiens et des groupes de discussion, peuvent être soumis à un biais de désirabilité sociale ou à un biais de confirmation. Certains répondants ont pu mettre l'accent sur les réussites ou minimiser les difficultés opérationnelles en raison de leur affiliation au programme ou de leurs attentes concernant l'évaluation.
- La faible participation des informateurs clés du MSPP a restreint la diversité des points de vue recueillis et limité l'élaboration de recommandations pleinement fondées sur les perspectives des principales parties prenantes gouvernementales.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations ont été classées par ordre de priorité compte tenu du contexte actuel du projet, les recommandations ont été classées par ordre de priorité

Recommandation 1 : Élaborer un plan de transition financière combinant une évaluation ciblée du rapport coût-efficacité et un transfert progressif des responsabilités afin de protéger la continuité et la durabilité des activités du projet

Contexte : Un plan de transition financière est nécessaire pour garantir que les services essentiels de SSR ne s'affaiblissent pas lorsque le financement externe du projet diminue ou prend fin. En l'absence d'un plan de transition clair, les établissements risquent de connaître des interruptions de service, des ruptures de stock, une réduction des activités de proximité, des agents communautaires non rémunérés, une supervision affaiblie, et une baisse du recours aux services, entre autres. Un plan réaliste aide le projet à déterminer ce qui doit être maintenu, son coût, qui en assurera le financement, ce que le système de santé local peut absorber, et ce qui nécessite un soutien progressif. Il protège également l'équité en veillant à ce que la transition financière ne transfère pas les coûts vers des client(e)s qui font déjà face à des obstacles pour accéder aux soins.

Actions proposées :

1. Utiliser l'analyse économique de manière ciblée pour les décisions majeures relatives à la prestation de services

Justification : Une analyse complète du rapport coût-efficacité peut ne pas être nécessaire pour chaque activité, mais elle est utile pour aider le projet à choisir entre différents modèles pouvant avoir des coûts et des résultats différents, par exemple les activités de proximité communautaire et les services de maternité. Une analyse de minimisation des coûts aiderait le projet à opter pour l'approche la moins coûteuse lorsque deux options sont censées produire les mêmes résultats.

- Réaliser une analyse coût-efficacité pour des choix tels que les activités de proximité par rapport aux services uniquement en établissement, le soutien par les pairs pour les adolescent(e)s par rapport aux causeries de santé standard, ou le soutien complet par rapport à l'assistance technique.
- Réaliser une analyse de minimisation des coûts afin d'identifier les options les plus efficaces pour des domaines tels que la formation du personnel, les options d'approvisionnement en médicaments, et le recrutement du personnel (par exemple, personnel local par rapport au personnel international).
- Résumer les constats dans des notes de décision simples destinées aux gestionnaires du projet et du district.

2. Intégrer les coûts de transition dans les systèmes locaux de planification, de suivi et de redevabilité

Justification : La transition financière ne sera durable que si les coûts prioritaires sont intégrés aux systèmes courants de planification des établissements, des districts et des partenaires, plutôt que de demeurer des dépenses propres au projet.

- Collaborer avec les gestionnaires de district et d'établissement afin d'intégrer les coûts prioritaires de SSR dans les plans opérationnels annuels et les budgets des établissements.
- Aligner, dans la mesure du possible, les médicaments, les fournitures et les outils de rapport sur les systèmes gouvernementaux existants.
- Créer un tableau de bord simple de préparation financière indiquant les activités financées, les lacunes de financement, les risques et les mesures correctives.
- Examiner la préparation financière lors des réunions trimestrielles courantes du projet, de l'établissement et du district.

Recommandation 2 : Redéfinir les objectifs de durabilité et les actions spécifiques en collaboration avec le MSPP et les autres parties prenantes clés

Contexte : La durabilité se définit comme la capacité à maintenir les bénéfices en matière de santé, à institutionnaliser les activités essentielles au sein des structures organisationnelles existantes, et à développer une capacité locale suffisante pour poursuivre les fonctions essentielles après la réduction ou le retrait du soutien externe (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998 ; Bodkin & Hakimi, 2020). La durabilité du projet PaPim nécessitera une forte appropriation de la part de la communauté et des parties prenantes. Le transfert au MSPP devrait donc inclure non seulement un transfert institutionnel vers les acteurs gouvernementaux, mais aussi un modèle de gouvernance plus large impliquant les communautés, les leaders locaux, les groupes de femmes, les représentant(e)s des jeunes, les autres parties prenantes clés, les acteurs de la référence/du transport, ainsi que les établissements de santé soutenus. De plus, le processus de transfert ne devrait pas être conçu comme une stratégie de sortie rapide, mais comme un processus d'institutionnalisation progressif. Par conséquent, un transfert au MSPP ne sera réalisable que s'il existe un plan clair précisant quelles fonctions du personnel seront absorbées, cofinancées, transférées ou redéfinies.

Actions proposées :

1. **Élaborer une feuille de route formelle de transition MSPP–PaPim, 12 à 24 mois avant la fin du projet**

Justification : La planification de la durabilité devrait débuter avant la fin du soutien externe afin d'assurer la continuité du programme et de minimiser le gaspillage des investissements humains, financiers et techniques (Stirman et al., 2012).

- Créer un plan de transfert de 12 à 24 mois, avec des jalons clairs, les acteurs responsables, les échéanciers, les risques et les points de décision.
- Répartir les activités selon celles à transférer immédiatement, celles à transférer après un renforcement des capacités ou une allocation de ressources, celles à maintenir temporairement avec le soutien des bailleurs, et celles ne pouvant être transférées tant que certaines conditions systémiques ne sont pas réunies.
- Inclure également des échéanciers précis et décrire la manière dont chaque composante sera transférée.

2. Définir, conjointement avec le MSPP, un ensemble minimal de services durables

Justification : La durabilité ne consiste pas à poursuivre chaque activité du projet. Toutes les activités du projet ne sont pas nécessairement transférables sur le plan financier ou opérationnel en même temps. Cela nécessite de définir ce qui doit être maintenu, ce qui peut être adapté, et ce qui devrait être institutionnalisé au moyen d'un plan clair (Bodkin & Hakimi, 2020).

- Concevoir et convenir, avec le MSPP, d'un ensemble minimal de services devant être préservés après le départ de MSF : CPN, accouchement en établissement, stabilisation du nouveau-né, référence obstétricale d'urgence, soins postnatals, contraception, réponse aux VBG, etc.
- Identifier les services de SSR/santé maternelle et néonatale devant être maintenus à PaPim, et ceux qui resteront assurés dans les autres établissements de SONUB soutenus.
- Pour chaque service, définir le détail des activités à maintenir, par exemple les services communautaires destinés uniquement aux adolescent(e)s, ou les types de contraception proposés.

3. Clarifier le positionnement de PaPim au sein de la structure de santé du MSPP

Justification : L'évaluation a révélé une cohérence mitigée, PaPim fonctionnant comme un SONUC alors qu'il est classé, au mieux, comme un SONUB selon la structure de santé du MSPP. La durabilité dépend de l'adéquation/l'alignement avec le système d'accueil ; cet « alignement » est identifié comme un facteur clé de durabilité dans la littérature sur la pérennité des programmes de promotion de la santé (Stirman et al., 2012).

- Réunir le MSPP au niveau national, les autorités sanitaires départementales, la direction de PaPim, et les établissements soutenus, afin de décider si PaPim devrait fonctionner formellement comme un pôle SONUC ou être reclassé/opérationnalisé conformément à la structure prévue par le MSPP.
- Cartographier ensuite les rôles de référence pour PaPim et les autres établissements environnants : Chardonnière, Rendel, Les Anglais et Tiburon.

4. Passer d'une gestion en substitution directe à une cogestion avant le transfert complet

Justification : La pérennité des programmes est influencée par le contexte organisationnel, la capacité, les processus, la stabilité de la main-d'œuvre, la participation des parties prenantes et le financement. Une phase de cogestion permet de développer ces capacités avant le transfert complet (Stirman et al., 2012).

- Passer progressivement d'une prestation dirigée par le bailleur à une gestion conjointe MSPP–MSF.
- Pour chaque domaine de service, créer un modèle de co-direction associant un(e) responsable technique de MSF à un(e) homologue du MSPP, avec un transfert progressif des responsabilités en matière de prise de décision, de supervision, d'approvisionnement, de rapportage et de budgétisation.

5. **Renforcer et outiller les sites de SONUB afin qu'ils puissent gérer l'augmentation de la charge de travail**

Justification : L'augmentation du recours aux services dans les sites de SONUB soutenus constitue une base solide à exploiter pour la durabilité.

- Prioriser les sites de SONUB, en particulier Chardonnière, Rendel et Tiburon, pour des mises à niveau en matière de préparation des établissements, de dotation en personnel, de supervision et d'approvisionnement en matériel, afin d'accroître leur capacité à absorber la charge de travail croissante.
- Mener une supervision formative dans ces sites et suivre si l'augmentation du recours aux services s'accompagne d'une qualité et d'une préparation à la durabilité adéquates.

6. **Créer une boîte à outils conjointe MSPP–PaPim d'évaluation de la durabilité, en utilisant ou en adaptant les domaines de l'outil d'évaluation de la durabilité des programmes (PSAT), afin d'évaluer la préparation à la durabilité tous les 4 à 6 mois**

Justification : Le PSAT est un instrument fiable pour mesurer la capacité de durabilité et le transfert des programmes de santé publique. Il définit le degré d'engagement des parties prenantes à poursuivre les activités du projet, ainsi que la disponibilité des ressources financières et matérielles nécessaires pour pérenniser le programme.

- Établir un groupe de travail conjoint MSPP–PaPim sur la durabilité, impliquant des membres départementaux, des établissements et de la communauté, avec des points focaux aux niveaux national et départemental.
- Développer des composantes d'évaluation spécifiques à chaque domaine. Les domaines adaptés proposés sont :
 - Soutien politique et environnemental
 - Durabilité financière
 - Partenariats et coordination
 - Capacité organisationnelle et en ressources humaines
 - Suivi, évaluation et apprentissage
 - Adaptation et intégration des services
 - Communication et appropriation communautaire
 - Planification stratégique
- Rédiger des actions et des échéanciers, et évaluer la préparation tous les 4 à 6 mois.

7. **Élaborer un plan de transition financière réaliste avec le MSPP**

Justification : La stabilité du financement est systématiquement identifiée comme un élément central de la durabilité, mais la littérature souligne également que la durabilité est plus complexe qu'un simple financement de remplacement. Un financement stable doit s'accompagner d'une capacité organisationnelle, de partenariats, d'une planification stratégique et d'un alignement adéquats.

- Estimer les coûts récurrents que le MSPP devrait absorber : personnel, médicaments essentiels, transport, approvisionnement en sang, supervision, systèmes de données, entretien des établissements et références d'urgence.

- Élaborer des scénarios : absorption complète par le MSPP, financement mixte, financement relais mutualisé par les bailleurs, et absorption progressive par catégorie de coûts.
8. **Élaborer un plan d'absorption de la main-d'œuvre et de transfert des capacités**
Justification : Le temps du personnel constitue le principal facteur de coût, et la dépendance envers les bailleurs pour le personnel représente un risque majeur pour la durabilité. La littérature sur la durabilité identifie la stabilité de la main-d'œuvre, les compétences du personnel et la capacité organisationnelle comme des facteurs importants influençant la mise en œuvre durable (Stirman et al., 2012).
- Pour chaque catégorie de personnel, déterminer si les agents seront absorbé(e)s par le MSPP, maintenu(e)s grâce à un financement relais des bailleurs, converti(e)s en postes soutenus par le MSPP, ou progressivement supprimé(e)s.
 - Identifier des échéanciers réalistes pour chaque décision.
 - Associer le transfert de la main-d'œuvre à des supports de formation et de mentorat, des outils de supervision et des listes de vérification des compétences destinés au personnel du MSPP.

Recommandation 3 : Améliorer et renforcer les activités communautaires afin d'y intégrer des services de traitement et des approches adaptées aux adolescent(e)s

Contexte : Les activités communautaires contribuent à rapprocher les services de SSR des jeunes, qui peuvent faire face à des obstacles tels que la stigmatisation, les coûts de transport, une confidentialité limitée ou la peur du jugement (Ninsiima et al., 2021). L'ajout de services de traitement et d'approches adaptées aux adolescent(e)s permettrait d'améliorer la continuité des soins, d'encourager le recours précoce aux soins et de renforcer la confiance entre les communautés et les établissements de santé (WHO et al., 2025). Cela favorise également la durabilité en s'appuyant sur des structures locales telles que les agents de santé communautaires, les éducateurs pairs, les groupes de jeunes et les leaders communautaires, afin de maintenir ce soutien au-delà de la période du projet (WHO, 2018a).

Actions proposées :

1. Intégrer des éducateurs pairs adolescents et les former aux côtés des agents de santé communautaires sur le soutien en SSR adapté aux adolescent(e)s:

Justification : Constituer une main-d'œuvre communautaire capable d'offrir un soutien respectueux, confidentiel et pratique aux adolescent(e)s et à d'autres groupes vulnérables.

- Élaborer un court module de formation basé sur les compétences, couvrant la communication adaptée aux adolescent(e)s, la confidentialité, le conseil respectueux, les soins sans jugement, la prévention des IST, les services de planification familiale et la réponse aux violences basées sur le genre.
- Intégrer des mises en situation (jeux de rôle) dans les formations.
- Clarifier ce que les agents de santé communautaires et les éducateurs pairs peuvent offrir directement au niveau communautaire, et ce qui doit être référé vers un établissement de santé.

2. Intégrer la planification familiale et les services de SSR de base aux activités de proximité communautaire

Justification : Rapprocher les services clés de SSR des client(e)s qui n'y ont pas facilement accès en raison de la distance, du coût, de la stigmatisation, du manque d'intimité ou des responsabilités liées à la garde d'enfants.

- Définir un ensemble minimal de services communautaires de SSR incluant l'éducation en SSR, le conseil volontaire en planification familiale, la distribution de préservatifs, le conseil en matière de grossesse et de post-partum, l'information sur le VIH/les IST, le dépistage des signes de danger, et l'orientation vers les services cliniques.
- Proposer une distribution ou un réapprovisionnement communautaire des méthodes de courte durée approuvées, telles que les préservatifs et les pilules contraceptives, conformément aux directives nationales.
- Organiser des activités de proximité périodiques menées par des infirmier(ère)s ou sages-femmes formé(e)s pour les services nécessitant une évaluation clinique, tels que la contraception injectable ou la planification familiale du post-partum, selon la politique locale.
- Établir des filières de référence claires pour les méthodes et services disponibles en établissement, notamment les implants, les DIU, les soins prénatals, le traitement des IST, la prise en charge du VIH, les soins postnatals, et la gestion des complications.

3. Créer des espaces communautaires de proximité sûrs et adaptés aux jeunes

Justification : Offrir des espaces de confiance où les adolescent(e)s et les jeunes peuvent recevoir des informations, des conseils, des orientations et certains services en SSR sans craindre la stigmatisation ou la perte de confidentialité. Identifier des lieux communautaires sûrs et discrets, tels que des centres pour jeunes, des écoles, des salles communautaires, des espaces de groupes de femmes, des points de proximité mobiles, ou des salles privées désignées pour les rassemblements adaptés aux jeunes.

- Planifier les séances de proximité à des horaires adaptés aux adolescent(e)s, aux jeunes et à leurs aidant(e)s, notamment après l'école, les week-ends, ou les jours de marché selon le contexte.
- Prévoir des occasions de conseil individuel confidentiel afin que les client(e)s puissent aborder des sujets sensibles tels que la contraception, la grossesse, la prise en charge du VIH, les violences ou les préoccupations relationnelles.
- Faire appel à des éducateurs pairs et à des champions communautaires afin de rendre l'espace plus accueillant et de réduire la peur du jugement.

4. Relier directement les activités communautaires aux établissements de santé et aux structures locales

Justification : Veiller à ce que le travail communautaire ne soit pas isolé, mais bien connecté aux services formels et pérennisé grâce à une appropriation locale.

- Mettre en place des bons de référence, des formulaires de rétroaction, des registres de référence, ou une confirmation de référence par téléphone entre les agents de santé communautaires, les éducateurs pairs, les équipes de proximité et les établissements de santé.

- Désigner une personne focale pour les services de SSR destinés aux adolescent(e)s, tant au niveau de l'établissement qu'au niveau communautaire, afin de garantir que les client(e)s référé(e)s par la communauté soient accueilli(e)s avec respect et suivi(e)s.
- Impliquer les leaders communautaires, les écoles, les groupes de jeunes, les associations de femmes et les autorités locales dans la planification des activités de proximité, tout en protégeant la confidentialité des client(e)s.
- Transférer progressivement certaines responsabilités, telles que la planification des activités de proximité, la coordination du soutien par les pairs, le suivi de la planification familiale et le suivi des références, aux comités de santé locaux et aux équipes mixtes établissement-communauté.

Recommandation 4 : Améliorer les approches de collecte et de gestion des données afin d'intégrer des données désagrégées et des revues de routine

Contexte : La gestion des données renforce la capacité du projet à identifier qui est atteint, qui est laissé de côté, où se situent les lacunes en matière de services, et si les interventions améliorent l'accès, la qualité, la continuité des soins et l'équité. Un meilleur système de données favorisera une prise de décision rapide, la redevabilité et la durabilité.

Actions proposées :

1. Définir un ensemble minimal de données SSR avec la désagrégation requise

Justification : Veiller à ce que tous les établissements et équipes communautaires collectent les mêmes données prioritaires de manière cohérente.

- Élaborer un ensemble minimal de données simple pour tous les services, par exemple les services maternels, néonataux, destinés aux adolescent(e)s et communautaires, dans tous les sites soutenus.
- Désagréger les données par âge, sexe/genre le cas échéant, lieu de résidence, établissement, et autres déterminants clés de la santé.
- Aligner les indicateurs sur les outils nationaux DHIS2 dans la mesure du possible, afin d'éviter la création d'un système parallèle.

2. Mettre à jour les outils de collecte de données au niveau des établissements et de la communauté

Justification : S'assurer que les registres, formulaires et modèles de rapport permettent de saisir avec précision des données SSR désagrégées.

- Examiner les registres existants des établissements, les formulaires de proximité communautaire, les bons de référence, les outils de suivi des rendez-vous et les modèles de rapport mensuel, et y ajouter des champs pour les données désagrégées si nécessaire.
- Intégrer et harmoniser les indicateurs au niveau communautaire.
- Utiliser des codes client(e)s plutôt que des noms lorsque cela est possible, conserver les registres sous clé, et restreindre l'accès aux données sensibles afin de garantir la confidentialité.

- Utiliser des outils simples, sur support papier ou numériques déjà existants, que le personnel local peut maintenir après la fin du soutien du projet.
3. **Former le personnel et les équipes communautaires à la qualité des données et à la confidentialité**

Justification : Améliorer l'exactitude, l'exhaustivité et le traitement sécurisé des données.

- Organiser des formations pratiques pour le personnel des établissements, les agents de saisie de données, les agents de santé communautaires, les éducateurs pairs et les superviseur(e)s, portant sur les outils révisés.
- Instaurer des vérifications mensuelles pour la revue des toutes les données du projet.
- Désigner une personne focale pour les données au niveau de l'établissement et une autre au niveau communautaire pour chaque site, afin d'assurer un accompagnement continu.

Recommandation 5 : Repenser les services de lutte contre les VBG selon une stratégie de recours centrée sur les survivant(e)s

Contexte : Une approche centrée sur les survivant(e)s place la sécurité, la confidentialité, la dignité, les préférences, l'autonomie d'action et le bien-être de la survivante ou du survivant au cœur de la conception et de la prestation des services. Elle réduit les obstacles à l'accès aux soins, évite d'exposer les survivant(e)s à des risques supplémentaires, et garantit un soutien sans jugement, respectueux et accessible.

Actions proposées :

1. **Cartographier les obstacles au recours aux services de lutte contre les VBG et repenser les points d'entrée au sein des services SSR et communautaires existants**

Justification : Intégrer la lutte contre les VBG aux services existants afin d'accroître la participation et de créer une routine plus facile à pérenniser.

- Réaliser une évaluation communautaire rapide afin de comprendre pourquoi les survivant(e)s peuvent hésiter à rechercher des soins.
- Intégrer un soutien confidentiel en matière de VBG aux services existants tels que la planification familiale, les CPN, les soins postnatals (SPN), le VIH/les IST, les services adaptés aux adolescent(e)s et les activités de proximité communautaire, afin de réduire la stigmatisation et d'encourager le recours aux services.
- Garantir des espaces confidentiels à chaque point de service afin d'encourager la participation.

2. **Renforcer les capacités locales pour un premier soutien centré sur les survivant(e)s**

Justification : Constituer un réseau de personnes de confiance, y compris des mentors pairs, capables de continuer à former le nouveau personnel et les agents de santé communautaires même après la fin du projet.

- Former le personnel des établissements, les agents de santé communautaires, les éducateurs pairs et les superviseur(e)s à la communication centrée sur les

survivant(e)s, à la confidentialité, au consentement éclairé, aux soins adaptés aux adolescent(e)s, et à l'orientation sécurisée.

- Désigner des personnes focales VBG/SSR dans chaque établissement et site communautaire.
- Constituer un petit groupe de formateur(trice)s locaux/locales ou de mentors pairs capables de continuer à former le nouveau personnel et les agents de santé communautaires après la fin du projet.

3. Utiliser les retours des survivant(e)s et l'engagement communautaire pour renforcer la confiance et le recours aux services

- Créer des canaux de retour d'information sûrs, tels que des formulaires anonymes, des entretiens privés avec les client(e)s, ou des retours via des groupes de femmes ou de jeunes de confiance.
- Utiliser des dialogues communautaires pour aborder la stigmatisation, les préoccupations liées à la confidentialité, les normes préjudiciables, et la désinformation concernant les services disponibles.
- Impliquer les adolescent(e)s et les jeunes femmes dans la conception des messages de proximité et des approches de service.

SÉQUENCE DE TRANSFERT PROPOSÉE

Phase 1 : Diagnostic conjoint et conception de la transition, 0 à 3 mois

Réaliser une évaluation de la préparation à la durabilité, cartographier toutes les fonctions soutenues par MSF, chiffrer les activités récurrentes, identifier les homologues du MSPP, et convenir de l'ensemble minimal de services.

Phase 2 : Cogestion et transfert des capacités, 3 à 12 mois

Passer à une supervision conjointe, un suivi conjoint des stocks, des audits conjoints des références, une revue conjointe des données, et une direction en binôme pour chaque domaine de service majeur.

Phase 3 : Transfert progressif, 6 à 12 mois

Transférer en premier les fonctions à faible risque et stables, telles que le rapportage courant des CPN, les activités de proximité communautaire, les réunions de supervision standard et la revue courante des données au niveau des établissements. Transférer ultérieurement les fonctions à risque plus élevé, telles que la référence d'urgence et la maternité, l'approvisionnement en sang, les soins d'urgence néonatale et l'approvisionnement.

Phase 4 : Soutien post-transfert, minimum 12 mois

Maintenir une assistance technique légère, des réunions de revue trimestrielles, un soutien ciblé pour les indicateurs faibles, et des fonds de contingence pour faire face aux perturbations liées à la chaîne d'approvisionnement ou à l'insécurité.

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos sincères remerciements à MSF-OCB/Haïti pour avoir commandé cette évaluation. Nous remercions également le ministère de la Population et de la Santé publique (MSPP) d’Haïti, la SEU, le groupe de consultation et le reste de l’équipe du projet PaPim pour leur collaboration et leur engagement actif tout au long de l’évaluation.

Nous tenons également à remercier tout particulièrement les participants : les informateurs clés, les professionnels de santé et les usagers des services qui ont généreusement consacré leur temps et partagé leurs points de vue pendant la phase de collecte des données.

Contributeurs

Ce rapport a été rédigé par Rosemary Tazinya Asong, Lisa Dona Bonhomme, Andrew Aoun, Priscilla Bokele et Angel M. Foster. Tous ont intervenu en tant que consultants externes affiliés à Cambridge Reproductive Health Consultants et à l’Université d’Ottawa.

Ce rapport a été commenté avant finalisation par le groupe de consultation de l’évaluation et la Stockholm Evaluation Unit (SEU).

RÉFÉRENCES

- Alfred, J.-P. (2012). What Is the Real Cost of Universal Healthcare in Haiti? *Sante Publique*, 24(5), 453–458.
- Bailey, P., Lobis, S., Fortney, J. A., Maine, D., Family Health International (Organization), Joseph L. Mailman School of Public Health, UNICEF, United Nations Population Fund, & World Health Organization (Eds.). (2009). *Monitoring emergency obstetric care: A handbook*. World Health Organization.
- Blot, V., Cayemittes, M., Charles, E., Rousseau, J. H., Sévère, B., Barrère, B., Guzman, J. M., & Jean, C. (2018). *Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation de Services 2016-2017 (EMMUS VI)*. Institut Haïtien de l'Enfance. www.DHSprogram.com
- Bodkin, A., & Hakimi, S. (2020). Sustainable by design: A systematic review of factors for health promotion program sustainability. *BMC Public Health*, 20(1), 964. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09091-9>
- Burtscher, D., Justable, F., & Noel-Fils, M. (2023). *Anthropology Report—Port-à-Piment*. MSF Vienna Evaluation Unit.
- Dorilien, C., & Sanabria, C. A. P. (2025). The healthcare system in Haiti. *Frontiers in Public Health*, 13, 1603076. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1603076>
- Government of Canada. (2013, December 13). *Statistics Canada: Canada's national statistical agency*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-503-x/2015001/article/14217-eng.htm>
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw Hill.
- Gruen, R. L., Elliott, J. H., Nolan, M. L., Lawton, P. D., Parkhill, A., McLaren, C. J., & Lavis, J. N. (2008). Sustainability science: An integrated approach for health-programme planning. *The Lancet*, 372(9649), 1579–1589. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61659-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61659-1)
- Heron, R. L., & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health & Social Care in the Community*, 29(3), 612–630. <https://doi.org/10.1111/hsc.13282>
- Joseph, G., Kobi-Jackson, S., Birmingham, M., Ribes, G., Colomar, M., Sosa, C., Alfred, J., & Thermidor, R. (2024). Changes in reproductive, maternal, and child health in Haiti during the pre- and peri-COVID-19 pandemic. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.57>
- Luke, D. A., Calhoun, A., Robichaux, C. B., Elliott, M. B., & Moreland-Russell, S. (2014). The Program Sustainability Assessment Tool: A New Instrument for Public Health Programs. *Preventing Chronic Disease*, 11, E12. <https://doi.org/10.5888/pcd11.130184>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science: IS*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- MSF. (2017). *Contre mon gré: La violence sexuelle subie par les jeunes en Haïti*. <https://www.msf-azg.be/fr/news/contre-mon-gr%C3%A9-la-violence-sexuelle-subie-par-les-jeunes-en-ha%C3%A9ti>
- MSF. (2024). *Projet SSR Port-à-Piment—Présentation ARO 2025*.
- MSPP. (2022). *Rapport Statistique 2021* (p. 79). MSPP. https://www.haitilibre.com/docs/Rapport-Statistique-MSPP-2021_web.pdf
- MSPP. (2025). *Rapport Statistique 2024*. MSPP.

- Ninsiima, L. R., Chiumia, I. K., & Ndejjo, R. (2021). Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Reproductive Health*, 18(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01183-y>
- OECD. (2019). *Evaluation Criteria*. OECD. <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/development-co-operation-evaluation-and-effectiveness/evaluation-criteria.html>
- Olaniran, A., Briggs, J., Pradhan, A., Bogue, E., Schreiber, B., Dini, H. S., Hurkchand, H., & Ballard, M. (2022). Stock-outs of essential medicines among community health workers (CHWs) in low- and middle-income countries (LMICs): A systematic literature review of the extent, reasons, and consequences. *Human Resources for Health*, 20, 58. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00755-8>
- OPS. (2025). *Crise humanitaire en Haïti—Grade 3*. OPS. <https://www.paho.org/fr/crise-humanitaire-haiti-grade-3>
- Raymondville, M., Rodriguez, C. A., Richterman, A., Jerome, G., Katz, A., Gilbert, H., Anderson, G., Joseph, J. P., Franke, M. F., & Ivers, L. C. (2020). Barriers and facilitators influencing facility-based childbirth in rural Haiti: A mixed method study with a convergent design. *BMJ Global Health*, 5(8), e002526. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002526>
- RFI. (2024, March 19). *Face à la situation chaotique à Haïti, «réapprovisionner les pharmacies est extrêmement difficile»*. RFI. <https://www.rfi.fr/fr/am%C3%A9riques/20240319-face-%C3%A0-la-situation-chaotique-%C3%A0-ha%C3%A0-fti-r%C3%A0-provisionner-les-pharmacies-est-extr%C3%A0-mement-difficile>
- Sarikhani, Y., Najibi, S. M., & Razavi, Z. (2024). Key barriers to the provision and utilization of maternal health services in low-and lower-middle-income countries; a scoping review. *BMC Women's Health*, 24(1), 325. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03177-x>
- Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17>
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091–1110. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)
- Tunçalp, Ö., Pena-Rosas, J. P., Lawrie, T., Bucagu, M., Oladapo, O. T., Portela, A., & Gülmezoglu, A. M. (2017). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience—Going beyond survival. *BJOG*, 124(6), 860–862. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1471-0528.14599>Digital Object Identifier (DOI)
- UNFPA. (n.d.). *Humanitarian Emergencies*. UNFPA South Sudan. Retrieved July 21, 2026, from <https://southsudan.unfpa.org/en/topics/humanitarian-emergencies>
- WHO. (2007). *Everybody's business—Strengthening health systems to improve health outcomes*. <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business----strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>
- WHO. (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies*. World Health Organization.
- WHO. (2013a). *Maternal and perinatal death surveillance and response*. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/maternal-and-perinatal-death-surveillance-and-response>
- WHO. (2013b). *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. World Health Organization. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174250/>
- WHO. (2015). *Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)*. WHO. <https://doi.org/52>
- WHO. (2016a). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. WHO. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf>

- WHO. (2016b). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- WHO. (2018a). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369>
- WHO. (2018b). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>
- WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- WHO. (2024, November 26). *Adolescent and Young Adult Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- WHO. (2025). *WHO releases new guideline to prevent adolescent pregnancies and improve girls' health*. <https://www.who.int/news/item/23-04-2025-who-releases-new-guideline-to-prevent-adolescent-pregnancies-and-improve-girls--health>
- WHO, UNAIDS, UNESCO, UNICEF, & UNWomen. (2025). *Global standards for quality health care services for adolescents*. WHO. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e6ed0c3c-d1ee-49cb-849c-23768d50094d/content?utm>
- WHO, UNFPA, & UNICEF. (2017). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors* (2nd ed.). WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565493>
- Wojcieszek, A. M., Bonet, M., Portela, A., Althabe, F., Bahl, R., Chowdhary, N., Dua, T., Edmond, K., Gupta, S., Rogers, L. M., Souza, J. P., & Oladapo, O. T. (2023). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: Strengthening the maternal and newborn care continuum. *BMJ Global Health*, 8(Suppl 2), e010992. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010992>

APPENDICES

APPENDICE 1 - TERMES DE REFERENCE

CONTEXTE ET ÉVALUAND

Cette section est basée sur un document de projet de 2025⁴. Toutes les sections en italique sont des extraits directs de ce document.

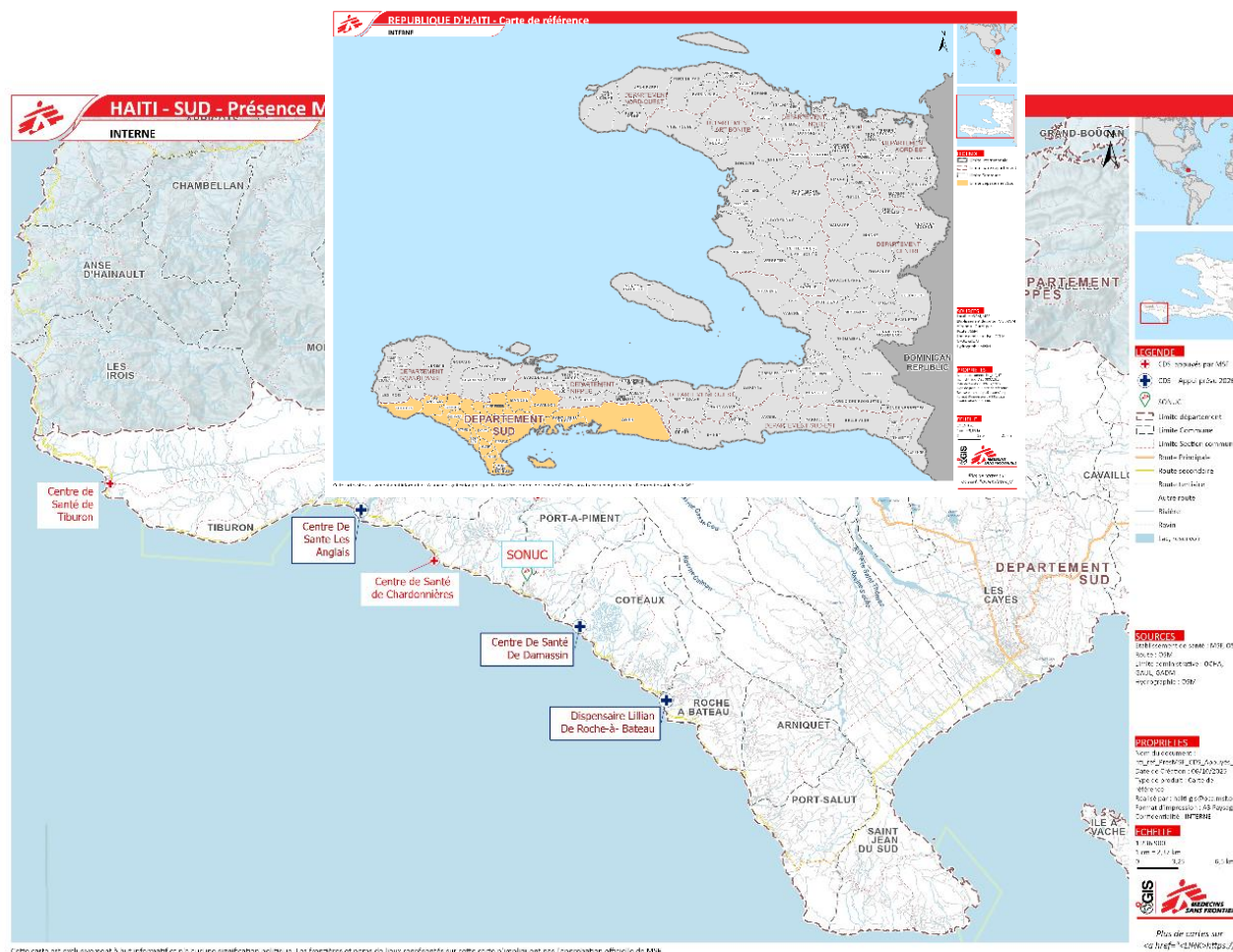
MSF-OCB a commencé à soutenir le centre de santé de Port-à-Piment en octobre 2016, à la suite de l'ouragan Matthew, qui a gravement affecté les parties sud d'Haïti. En février 2017, une fois l'urgence terminée, la mission régulière en Haïti a pris en charge le projet Port-à-Piment, qui comprenait des soins de santé primaires ainsi que des activités d'eau et d'assainissement dans la communauté. Entre 2018 et 2021, MSF a soutenu trois maternités (Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)) ainsi que la maternité de l'hôpital Port-Salut (Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)). Le tremblement de terre d'août 2021 a endommagé la maternité de Port à Piment, qui devait être déplacée. La construction du nouveau site a été achevée fin 2022, et MSF y gère le SONUC depuis décembre 2022 (100 % MSF).

Le SONUC dispose d'un bloc opératoire (OT) pour gérer les césariennes, ainsi que de la capacité de répondre aux complications obstétricales directes. La maternité propose également des soins néonataux et dispose d'une unité de soins intensifs, qui est la seule située dans le département Sud. Par ailleurs, MSF fournit [...] un soutien décentralisé à trois centres de santé ruraux (Rendel, Chardonnières, Tiburon) et commencera à soutenir un quatrième centre (Les Anglais) et potentiellement même un cinquième (à confirmer) en 2026 avec un package complet pour garantir qu'ils puissent fonctionner comme des maternités SONUB 24h/24, identifier les complications et orienter vers le SONUB MSF. Le soutien de MSF comprend des ressources financières, humaines (renforcement des capacités) et logistiques, y compris la réhabilitation des structures pour un meilleur accès à l'eau et une amélioration de la prévention et du contrôle des infections.

En matière de ressources humaines, le projet est mis en œuvre par environ 10 personnels mobiles internationaux MSF, 191 employés locaux MSF et 45 employés du ministère de la Santé, bénéficiant de primes versées par MSF. Le budget pour 2026 est d'environ 4,5 MEUR.

Le projet est prévu jusqu'en 2027, avec un transfert ensuite au ministère de la Santé ou à d'autres acteurs intéressés.

⁴ L'information dans cette session est une traduction des éléments présentés en anglais dans le document de projet « Project ID Card_Port-a-Piment_Haiti_HT159_OCB_Final_2025_EN »



L'objectif global du projet est que les femmes et filles en âge de procréer ainsi que les nouveau-nés de la population cible utilisent les services essentiels primaires en santé sexuelle et reproductive (SSR), ainsi que des soins obstétricaux et néonataux, de qualité et en temps opportun, au SONUC et SONUB soutenus. Pour y parvenir, le projet a défini les résultats attendus (ER) suivants, :

ER 1 : Les femmes/adolescentes, les familles et les communautés de la zone cible du projet prennent des décisions opportunes pour consulter un médecin

ER2 : Des soins obstétricaux et néonataux de base de qualité (SONUB) et des services primaires de SSR (planning familial, consultations pré et postnatales, CMR) sont disponibles dans les quatre centres de santé périphériques soutenus, et le système de référence et de contre-orientation est renforcé dans la zone cible du projet

ER3 : Des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets de qualité (SONUC) sont disponibles à Port-à-Piment, et les capacités du personnel de santé en SSR sont renforcées

*ER 4 : Les autorités sanitaires et les partenaires humanitaires (ONG, bailleurs) sont mobilisés pour assurer la continuité de l'accès aux soins SSR dans la zone cible du projet, même après le départ de MSF.*⁵

⁵ Cet ER 4 n'est présent que dans le cadre logique du projet. (20251007_Logical Framework_PAPIM_2026_V2)

OBJECTIF GLOBAL ET UTILISATION PREVUE DE L'EVALUATION

L'équipe du projet souhaite évaluer les résultats du projet MSF SSR à Port-à-Piment à fin 2025.

Un second élément majeur de l'évaluation est d'explorer les perspectives de continuité de ces résultats. MSF prévoit de quitter la zone à la fin de 2027 : à la lumière du transfert au MSPP ou à d'autres partenaires, quelles activités peuvent et doivent être maintenues et quels ajustements doivent être faits dans la dernière phase du projet, pour préparer une sortie de MSF efficace et responsable.

L'évaluation sera utilisée par le projet pour optimiser les derniers mois de mise en œuvre et guider la passation au MSPP. Au-delà, l'évaluation sera utile à MSF et au MSPP afin de comprendre les résultats du projet, ce qui a fonctionné ou non.

Cette évaluation pourrait être suivie d'une seconde en 2027, centrée sur la dernière phase du projet. Cela sera discuté et confirmé ultérieurement, également en fonction des résultats de cette évaluation.

QUESTIONS ÉVALUATION

1. Quels **changements dans les comportements de recherche de soins** ont eu lieu au cours du projet, et quelles **conditions ou interventions ont été les plus critiques** pour permettre à ces changements de persister après la fin du soutien de MSF ?
 - Que révèlent les schémas d'utilisation du SONUC sur la **reconnaissance communautaire des complications et des parcours de recherche de soins**, et **qu'est-ce qui doit être et rester en place** pour garantir que les femmes à haut risque reçoivent des soins appropriés, y compris après le départ de MSF ?
 - Quels **obstacles persistants aux soins** en établissement le projet n'a-t-il pas encore surmontés, et **lesquels d'entre eux risquent de s'intensifier** après le départ de MSF sans stratégies d'atténuation spécifiques ?
2. Quelles **améliorations spécifiques de capacité dans les CDS** se sont révélées les plus durables et valorisées par les communautés, et de quel soutien ces établissements auront-ils besoin pour maintenir la qualité des services et la confiance des patients après la transition ?
3. Quels investissements fondamentaux — tels que les approches d'engagement communautaire et le renforcement des capacités — ont créé un **élan auto-renforçant** qui se poursuivra de manière indépendante, et quels investissements restent **fragiles** et dépendants d'un soutien externe continu ?
4. **Qu'est-ce qui s'est avéré le plus et le moins efficace pour renforcer les soins obstétricaux d'urgence et de base**, et comment ces informations peuvent-elles guider à la fois l'intervention de MSF dans la phase finale du projet, ainsi que la stratégie et la mise en œuvre de la passation afin de maximiser la durabilité post-MSF ?
 - Quels éléments du système de référence dépendent de la présence de MSF par rapport à la capacité locale, et quels fossés ou relations critiques doivent être renforcés maintenant, notamment pour éviter toute rupture dans les références après le retrait de MSF ?
 - Quelles capacités peuvent réellement être transférées au MSPP ou à d'autres acteurs compte tenu de leur capacité et contraintes actuelles, qu'est-ce qui nécessitera un soutien externe continu, et quelles lacunes cela révèle-t-il qui doivent être comblées dès maintenant ou par des dispositifs alternatifs ?

- Quels pivots stratégiques dans le temps restant de MSF permettraient au mieux au système de santé de maintenir les gains en santé maternelle de manière indépendante, et qu'est-ce que nous regretterions le plus de ne pas avoir fait avant de partir ?
5. **Quels indicateurs mesurables** au niveau communautaire et institutionnel pourraient indiquer que les conditions sont réunies pour une passation ou bien que le retrait est prématuré, et quel devrait être le plan de secours si ces conditions ne sont pas remplies à la date prévue de départ ?
- Quels services, systèmes ou mécanismes de support spécifiques représentent l'infrastructure minimale viable pour l'accès à la SRH, et quels signes d'alerte précoces indiqueraient que ces éléments essentiels se détériorent après la rétrocession ?

RÉSULTATS ATTENDUS

1. Rapport de démarrage en français

Selon les standards de la SEU, après un examen préliminaire des documents et entretiens initiaux avec le groupe de consultation notamment. Il inclura une proposition d'évaluation détaillée, y compris au niveau de la méthodologie et du chronogramme.

2. Retour d'information continu

Feedback continu (modalités à proposer) afin de partager les observations avec l'équipe projet et le groupe de consultation, en temps réel. Ceci notamment afin d'informer les processus en cours et d'effectuer le cas échéant les ajustements jugés nécessaires, sans attendre le rapport final d'évaluation.

3. Session de travail

Avec la participation du commissionnaire et des membres du groupe de consultation. Cette session fait partie intégrante du processus d'écriture du rapport final : le(s) évaluateur(s) présenteront les conclusions, afin de recueillir les premiers retours des participants, ainsi que d'entamer une discussion sur celles-ci, les leçons apprises et les recommandations (le cas échéant, et idéalement générées de manière collaborative).

4. Rapport final en français (la SEU organisera la traduction en anglais, vérifiée par l'équipe d'évaluation)

Selon les standards de la SEU, il répondra aux questions d'évaluation et inclura conclusions, leçons apprises et recommandations éventuelles (le cas échéant, et idéalement générées de manière collaborative, voir Session de travail).

Après avoir adressé les feedbacks reçus durant la session de travail, ainsi que les commentaires écrits du Manager de l'évaluation (SEU) et du groupe de consultation, finalisation du rapport.

5. Présentation lors d'une séance de restitution avec les parties prenantes au niveau du projet (MSF et MSPP a minima).

6. Webinar présentant l'évaluation, suivi de questions/réponses et discussions (public MSF OCB tous staffs, et au-delà si jugé pertinent). D'autres activités de dissémination pourront être suggérées pendant l'évaluation, y compris par l'équipe d'évaluation.

OUTILS ET METHODOLOGIE

Outre la proposition soumise lors du processus de sélection (voir la section Profil du/des évaluateur(s) ci-dessous), un protocole d'évaluation détaillé devra être préparé par les évaluateurs durant la phase initiale de l'évaluation, et présenté dans un rapport initial. Il inclura une explication des méthodes proposées ainsi qu'une justification sur base de théorie(s) validée(s). Ce protocole sera revu et approuvé à la fin de la phase initiale, sous la coordination de la SEU.

DOCUMENTATION RECOMMANDÉE

- Documents de projet (narratifs, logframe, rapports mensuels et annuels, organigrammes, présentations, rapports de visite, prise de décision, etc.)
- Base de données médicales
- Sources MSF (orientations stratégiques, priorités opérationnelles, protocoles et politiques, recherche opérationnelle, etc.)
- Littérature externe, expériences similaires, autres acteurs, standards, etc.

APPENDICE 2 - LISTE DES PARTICIPANTS INTERROGES

CATÉGORIE DE PARTICIPANTS	NOMBRE
Informateurs clés - MSF	5
Informateurs clés - MSPP	3
Informateurs clés - Communauté	13
Personnel de santé	15
Utilisateur de service-Entretiens en profondeur (3 adolescents, 1 homme et 8 femmes)	12
Total	48

APPENDICE 3 - LISTE DES DOCUMENTS EXAMINES

TITLE	YEAR
Protocol d'accord sur les activités SONUC/B dans le CDS Port-à-Piment entre le MSPP et MSF	2024
MOU MSF MSPP CDS Tiburon	2025
Protocole collaboration_MSFP - MSPP_CDS Chardonnières	2025
Protocole collaboration_MSFP - MSPP_CDS Rendel	2025
LogFrame_Haiti_Papim_VF_février 2025	2024 & 2025
PapimLogFrame_2024	2024
Présentation Papim ARO 2025_17 octobre 2024	2024
PROJECT_DOCUMENT_PAPIM_ARO2024_FR	2024
Anthropo report Haiti Port a Piment 2023	2023
EVL_2026_PAPIM_PRE_ToR	2026
Rapport de visite_MIO SSR_juin2025	2025
DOCUMENT PROJET SSR Port-à-Piment	2026
Narratif Stratégie Médicale 2026	2026
Cartographie Acteurs PAPIM 2025	2025
Evaluation CDS SUD SSR	
Presentation _Haiti_Papim ARO 2026	2026
Project ID card_Port-a-Piment_Haiti	2025
Rapport Statistique MSPP	2022 , 2023 & 2024

APPENDICE 4 - ÉVALUATION MATRICIELLE

	QUESTION D'ÉVALUATION OU SOUS-QUESTION	CRITÈRES INDICATIFS DE L'OCDE POUR JUGER DE LA PERFORMANCE	CADRE THÉORIQUE	SOURCE(S) DE DONNÉES PROBANTES	APPROCHE(S) ANALYTIQUE(S)
1	Quels changements dans les comportements de recherche de soins « semblent » s'être produits au cours du projet, et quelles conditions ou interventions ont été les plus critiques pour permettre à ces changements de persister après la fin du soutien de MSF ?	Efficacité	Modèle COM-B et PRECEDE – phase 3 (diagnostic éducatif et écologique)	- Données de routine du projet sur les interventions et leur utilisation - Enquête de sortie auprès des clients - Entretiens approfondis avec les clients	- Analyse des tendances - - Analyse thématique des données qualitatives
1a	Que révèlent les schémas d'utilisation du SONUC sur la reconnaissance communautaire des complications et des parcours de recherche de soins, et qu'est-ce qui doit être et rester en place pour garantir que les femmes à haut risque reçoivent des soins appropriés, y compris après le départ de MSF ?	Efficacité et impact	Modèle COM-B et PROCEED phase 7 – évaluation d'impact	- Données de routine du projet sur les références (parcours, indications et délais) - Entretiens avec les informateurs clés (personnel communautaire et sites SONUB) - Enquête de sortie et entretiens approfondis	- Analyse descriptive et comparative des données quantitatives - Analyse thématique des données qualitatives
1b	Quels obstacles persistants aux soins en établissement le projet n'a-t-il pas encore surmontés, et lesquels d'entre eux risquent de s'intensifier après le départ de MSF sans stratégies d'atténuation spécifiques ?	Efficacité et durabilité	Modèle écologique (SEM) et PROCEED phase 8 – évaluation des résultats et de la durabilité	- Enquête de sortie auprès des clients et entretiens approfondis - Entretiens avec des parties prenantes clés de MSF et du MSPP	- Statistiques descriptives - - Analyse thématique
2	Quelles améliorations spécifiques des capacités des CDS se	Pertinence, cohérence et durabilité	Modèle COM-B, PRECEDE phase 1	- Données de routine du projet sur l'évolution de	- Statistiques descriptives et

	QUESTION D'ÉVALUATION OU SOUS-QUESTION	CRITÈRES INDICATIFS DE L'OCDE POUR JUGER DE LA PERFORMANCE	CADRE THÉORIQUE	SOURCE(S) DE DONNÉES PROBANTES	APPROCHE(S) ANALYTIQUE(S)
	sont révélées les plus durables et les plus valorisées par les communautés, et quel soutien ces établissements auront-ils besoin pour maintenir la qualité des services et la confiance des patients après la transition ?		(diagnostic social et épidémiologique) et phase 8 (évaluation des résultats et de la durabilité)	l'utilisation des services - Enquête de sortie et entretiens approfondis - Entretiens avec les parties prenantes au niveau des CDS	analyse comparative - Analyse thématique
3	Quels investissements fondamentaux — tels que les approches d'engagement communautaire et le renforcement des capacités — ont créé un élan auto-renforçant qui se poursuivra de manière indépendante, et quels investissements restent fragiles et dépendants d'un soutien externe continu ?	Impact et durabilité	PROCEED phase 8 - évaluation des résultats et de la durabilité	- Cartographie des services et ressources du projet (intrants vs extrants), incluant ressources humaines, coûts et services fournis (transport, formation, etc.) - Analyse des données secondaires - Entretiens avec les parties prenantes - Entretiens approfondis avec les utilisateurs	- Statistiques descriptives et analyse des tendances - Analyse des écarts - Analyse de dépendance et de liens entre services - Analyse thématique
4	Qu'est-ce qui s'est avéré le plus et le moins efficace pour renforcer les soins obstétricaux d'urgence et de base, et comment ces informations peuvent-elles guider à la fois l'intervention de MSF dans la phase finale du projet, ainsi que la stratégie et la mise en œuvre de la passation afin de maximiser la durabilité post-MSF?	Efficacité et durabilité	SEM et PROCEED phases 6, 7 et 8 (évaluation des processus, de l'impact et des résultats)	- Données de routine du projet pour évaluer les résultats dans le temps - Revue documentaire d'audits (ex. audits de décès maternels), dossiers cliniques, registres de stocks de médicaments, etc.	- Statistiques descriptives et analyse comparative - Analyse thématique

	QUESTION D'ÉVALUATION OU SOUS-QUESTION	CRITÈRES INDICATIFS DE L'OCDE POUR JUGER DE LA PERFORMANCE	CADRE THÉORIQUE	SOURCE(S) DE DONNÉES PROBANTES	APPROCHE(S) ANALYTIQUE(S)
				- Entretiens avec les parties prenantes	
4a	Quels éléments du système de référence dépendent de la présence de MSF par rapport à la capacité locale, et quels fossés ou relations critiques doivent être renforcés maintenant, notamment pour éviter toute rupture dans les références après le retrait de MSF ?	Efficacité et durabilité	PROCEED phases 5 et 6 – évaluation de la mise en œuvre et des processus	- Cartographie des services pour identifier toutes les ressources impliquées dans les références (humaines, économiques et matérielles) - Entretiens avec informateurs clés pour identifier les ressources dépendantes de MSF ou durables	- Analyse des écarts de services - Analyse des dépendances et des liens entre services - Analyse thématique
4b	Quelles capacités peuvent réellement être transférées au MSPP ou à d'autres acteurs compte tenu de leur capacité et contraintes actuelles, qu'est-ce qui nécessitera un soutien externe continu, et quelles lacunes cela révèle-t-il qui doivent être comblées dès maintenant ou par des dispositifs alternatifs ?	Durabilité	PROCEED phase 8 – évaluation des résultats et de la durabilité	- Données de routine du projet - Entretiens avec les parties prenantes	- Statistiques descriptives et analyse comparative - Analyse thématique
4c	Quels pivots stratégiques dans le temps restant de MSF permettraient au mieux au système de santé de maintenir les gains en santé maternelle de manière indépendante, et qu'est-ce que nous regretterions le plus de ne pas avoir fait avant de partir ?	Efficacité et durabilité	PROCEDE phase 4 – diagnostic administratif et politique et alignement des interventions	- Données de routine du projet pour évaluer les résultats dans le temps - Enquête de sortie et entretiens approfondis - Entretiens avec les parties prenantes	- Statistiques descriptives et analyse comparative - Analyse thématique

	QUESTION D'ÉVALUATION OU SOUS-QUESTION	CRITÈRES INDICATIFS DE L'OCDE POUR JUGER DE LA PERFORMANCE	CADRE THÉORIQUE	SOURCE(S) DE DONNÉES PROBANTES	APPROCHE(S) ANALYTIQUE(S)
5	Quels indicateurs mesurables au niveau communautaire et institutionnel pourraient indiquer que les conditions sont réunies pour une passation ou bien que le retrait est prématuré, et quel devrait être le plan de secours si ces conditions ne sont pas remplies à la date prévue de départ ?	Efficience, cohérence et durabilité	Modèle COM-B et PROCEDE phase 4 – diagnostic administratif et politique	- Données de routine du projet pour évaluer les résultats dans le temps - Enquête de sortie et entretiens approfondis - Entretiens avec les parties prenantes	- Analyse comparative - - Analyse thématique
5a	Quels services, systèmes ou mécanismes de support spécifiques représentent l'infrastructure minimale viable pour l'accès à la SSR, et quels signes d'alerte précoces indiqueraient que ces éléments essentiels se détériorent après la rétrocession ?	Cohérence et durabilité	PRECEDE phases 1 et 2 (diagnostic sociale et écologique) et phase 8 (évaluation des résultats et de la durabilité)	- Revue documentaire de documents pertinents du projet (incluant le protocole d'accord sur le transfert de tâches, le coût des services, etc.) - - Entretiens avec les parties prenantes de MSF et du MSPP	- Analyse des écarts - Vérification croisée des informations issues de la revue documentaire et des entretiens

APPENDICE 5 - ÉVALUATION DES COUTS PROGRAMMATIQUES

SERVICES	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)	2025 (%)
1. Personnel time				
Salaries of Domestic Staff	1.38	4.08	4.99	4.56
Sal. Coord/Admin Staff	1.45	1.01	1.34	1.50
Salaries Medical Staff	1.20	2.77	3.31	3.75
Salaries of Paramedical Staff	16.28	28.39	30.66	31.13
Salaries Supply Staff	1.03	1.71	1.52	1.51
Salaries Logistic Support Staff	10.91	10.85	11.61	11.79
Daily Workers (Non Moh, Non-Incentive)	0.23	0.29	0.82	1.26
Professional independent Services	0.00	0.00	0.00	0.03
Other Professional Services	0.01	0.03	0.03	0.00
Daily Tariff (Rac)	15.61	12.68	11.80	11.52
Per Diem	1.85	1.50	0.91	0.00
Per diem for Expats	0.00	0.00	0.40	1.32
Other Non-Taxable Allowances & Benefits	0.12	0.05	0.06	0.00
Other non-taxable allowances and benefits for national staff	0.00	0.00	0.06	0.28
Other Expat Benefits	0.00	0.00	0.00	0.01
Health Costs	0.00	0.00	0.24	0.70
Health Costs	0.73	0.64	0.47	0.00
Insurance medical cost	0.00	0.00	0.00	0.06
Training Costs For Msf Staff (External, Tuition, Trainer...)	0.07	0.00	0.00	0.01
Severance Pay	0.00	0.00	0.04	0.43
Severance Pay	0.14	0.09	0.04	0.00
Incentives To Moh	2.22	1.40	1.04	0.00
Incentives to partner agencies	0.00	0.00	0.39	1.74
Subtotal	53.22	65.49	69.74	71.59
2. Travel costs				
International Travel	3.30	2.32	3.01	2.53
Domestic Flight (Capital/Project)	0.35	0.76	0.66	0.79
National travel	0.00	0.00	0.16	0.58
International Flight By Air	2.75	2.02	2.26	0.94

SERVICES	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)	2025 (%)
International freight by Sea or by Road	0.00	0.00	0.04	0.37
Other International Freight	0.98	0.32	0.02	0.00
Local Customs & Clearance Costs	1.75	0.56	0.40	0.25
Vehicles Or Other Means Of Transport	0.00	0.66	0.00	0.00
Vehicles Or Other Means Of Transport	0.00	0.00	0.00	0.00
Fuel	2.30	2.01	3.06	2.95
Spare Parts Vehicles	1.43	0.63	0.44	0.14
Maintenance and reparation of vehicles	0.00	0.00	0.01	0.17
Maintenance Of Vehicles	0.03	0.03	0.01	0.00
Subtotal	12.88	9.32	10.08	8.72
3. Cost of space and utilities				
Premises, Land Rentals, and Hotels	5.01	4.25	3.61	0.00
Rental of land, premises and hotels	0.00	0.30	0.96	3.73
Maintenance Of Premises	0.48	0.13	0.00	0.36
Utilities & Other Energy Consumables	0.25	0.17	0.22	0.13
Satellite & Internet	0.40	0.99	0.26	0.31
Mobile, Land Lines & Postage	0.44	0.80	0.73	0.66
Rental Equipment	0.02	0.16	0.01	0.00
Rental Vehicle	0.02	0.03	0.05	0.00
Insurance Of Vehicles	0.01	0.01	0.01	0.02
Subtotal	6.19	6.83	5.86	5.22
4. Supply, material and equipment				
A. consumables (variable costs)				
Medicines	4.08	1.62	2.77	2.28
Vaccines	0.09	0.08	0.09	0.10
Medical Kits	0.30	0.09	0.03	0.00
Therapeutic Food	0.08	0.02	0.03	0.07
Laboratory: Consumables And Small Material	1.87	0.59	0.84	0.00
Laboratory: Consumables And Small Material And Tests	0.00	0.00	0.15	1.14
Other Medical: Consumables And Small Material	0.97	1.47	1.16	1.54
Medical Consultation & Referrals	2.22	0.43	1.10	0.16
Medical External Diagnostic Tests	0.12	0.01	0.00	0.00

SERVICES	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)	2025 (%)
Water Hygiene And Sanitation Material (Wash)	1.14	0.74	1.09	1.44
Food & Drinks (All kinds of food, other than therapeutic)	0.00	0.00	0.43	1.72
Food Non Therapeutic	1.27	1.60	0.89	0.00
Non-Food Relief Items (Nfi)	0.24	0.17	0.23	0.00
Relief items for beneficiaries	0.00	0.00	0.00	0.03
Temporary Shelter	0.00	0.02	0.02	0.02
Other supplies: durable & consumables	0.00	0.00	0.65	2.06
Supplies, Stationary And Other Consumables	3.72	2.08	0.98	0.00
Hygiene & cleaning products	0.00	0.00	0.33	1.62
Hygiene & cleaning products, Linen, mosquito & bed nets	1.63	1.42	0.28	0.00
Construction And Rehabilitation Material	0.39	1.05	0.86	0.65
Subtotal	18.13	11.39	11.96	12.81
B. Equipment and capital items (fixed costs)				
Medical Equipment (Incl Spare Parts)	3.69	1.48	0.31	0.58
Laboratory Equipment (Incl Spare Parts)	0.62	0.29	0.21	0.02
Cold Chain Equipment (Incl Spare Parts)	0.05	0.39	0.31	0.00
Water Hygiene And Sanitation Equipment (Wash) (Incl Spare Parts)	0.40	0.36	0.14	0.09
Construction Equipment And Tools (Incl Spare Parts)	0.17	0.51	0.04	0.00
Construction Tools (Incl Spare Parts)	0.00	0.00	0.04	0.11
It, Office Equipment (Including Spare Parts)	0.29	0.83	0.22	0.27
Telecom Equipment (Including Spare Parts)	0.94	2.30	0.11	0.15
Furniture And Small Household Equipment	1.99	0.18	0.54	0.29
Spare Parts Vehicles	1.43	0.63	0.44	0.14
Subtotal	9.58	6.98	2.36	1.66

Stockholm Evaluation Unit
<http://evaluation.msf.org/>
Médecins Sans Frontières