

ÉVALUATION

PROJET DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DE MSF

à Port-à-Piment, Haïti

RAPPORT DE SYNTHÈSE

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).

Elle présente un résumé basé sur le rapport d'évaluation complet. Nous invitons les lecteurs/lectrices à se référer à ce rapport pour plus de détails et un reflet plus juste des nuances et formulations voulues par l'équipe d'évaluation.

L'évaluation a été conduite 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).

Tous les évaluateurs engagés par la SEU doivent respecter les directives éthiques de la SEU.

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.

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.

L'objectif global du projet 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-Tiburon. 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 Ministère de la Santé Publique et de la Population (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 PROBLEME ET DECISION 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- *Health Promotion*) de MSF.

RETARD 2 : ACCES 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 : ACCES A DES SOINS DE QUALITE

Les principaux objectifs sont les suivants :

- Assurer la disponibilité de services SONUB de qualité ainsi que des services de SSR primaires (Planification Familiale, 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 théorie du changement (TOC) schématique en annexe présente les objectifs généraux, les activités et les résultats du projet. Dans le cadre de cette évaluation, ce modèle a servi de feuille de route pour vérifier si les processus s'étaient déroulés comme prévu, identifier où et pourquoi la mise en œuvre avait réussi ou échoué, et expliquer les résultats observés.

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. Les consultants ont 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

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.

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 ET DISCUSSIONS

PERTINENCE ET CONTRIBUTION À L'ACCÈS AUX SERVICES

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-Tiburou. 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. L'augmentation rapportée de la fréquentation des consultations prénatales 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. 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.

ALIGNEMENT AVEC L'ARCHITECTURE DU SYSTEME DE SANTE DU MSPP

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. 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.

COMPORTEMENT DE RECHERCHE DE SOINS

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 consultations prénatales reflète des lacunes persistantes en matière de perception du risque, de sensibilisation communautaire, de confiance, et de compréhension de la valeur des soins préventifs. L'OMS recommande des contacts prénatals précoces et répétés, le premier contact devant avoir lieu au cours du premier trimestre, car

des consultations prénatales 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.

QUALITE PERÇUE ET REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE LA DEMANDE

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. 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.

OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS

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, 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.

SYSTEME DE REFERENCE ET TRANSPORT

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. 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.

MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE ET DISPONIBILITE DES DONNEES

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. 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.

SERVICES DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE (VBG)

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. **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. 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.

CHAINE D'APPROVISIONNEMENT

Les faiblesses de la chaîne d'approvisionnement compromettent également l'efficacité et l'efficience du projet. **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. Selon les piliers du système de santé définis par l'OMS, un accès fiable aux médicaments essentiels est fondamental pour la performance du système. 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. Le renforcement de ces systèmes au sein des structures du MSPP est essentiel pour réduire la dépendance envers le soutien externe.

COUTS ET DEPENDANCE ENVERS MSF

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.

SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENT(E)S

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. 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.

SYNTHESE : PREPARATION AU TRANSFERT

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**. 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.

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.

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.

RECOMMANDATIONS

L'ensemble des recommandations est détaillé dans le rapport d'évaluation complet. Une synthèse est présentée ci-dessous :

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. **Améliorer et renforcer les activités communautaires** afin d'y intégrer des services de traitement et des approches adaptées aux adolescent(e)s, notamment en intégrant des éducateurs pairs adolescents et en les formant 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.

> 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.

ANNEXE 1

THÉORIE DU CHANGEMENT DU PROJET PAPIM

