



Mise en œuvre du processus de renforcement des liens entre les structures sanitaires, les centres sociaux et la communauté dans la prise en charge du VIH en Côte d'Ivoire, 2014-2017

Implementation of the Process to Strengthen Links Between Health Facilities, Social Centers, and the Community in HIV Care in Côte d'Ivoire, 2014–2017.

KAMARA Siaky Motihé

1. Maître-Assistant, Département de Sociologie-Anthropologie, UFR des Sciences Sociales et Humaines (SSH), Université Jean Lorougnon GUÉDE (BP 150 Daloa / Côte d'Ivoire)

N'GUESSAN Anon Franck-Donald

Médecin chercheur, Institut National de santé publique, Abidjan, Côte d'Ivoire, Côte d'Ivoire,

KOUASSI Firmin Kouakou

Maître de conférence, Institut des Sciences Anthropologiques et de Développement (ISAD) de l'Université de Cocody-Abidjan, Côte d'Ivoire,

Digital Object Identifier (DOI) : <https://doi.org/10.5281/zenodo.23339268>

Résumé

Les insuffisances de collaboration entre les acteurs des structures sanitaires, des services sociaux et des organisations communautaires compromettent la continuité des soins et du soutien aux PVVIH. Pour répondre à ces difficultés, le processus de renforcement des liens (RDL), initié en 2014 avec l'appui de FHI 360/FANTA III, a été structuré autour de cinq domaines : coordination, communication, référence et contre-référence, renforcement des capacités et suivi-évaluation. Cette étude analyse sa mise en œuvre, ses performances et ses effets potentiels sur le continuum des soins. Une approche méthodologique mixte a été adoptée. L'étude a porté sur 9 districts sanitaires et 34 structures comprenant des établissements de santé, des centres sociaux et des ONG communautaires. Le volet qualitatif a reposé sur des entretiens semi-directifs auprès de 55 acteurs : 5 directeurs de district sanitaire, 12 médecins, 10 assistants sociaux et 28 conseillers communautaires. Le volet quantitatif a consisté en une revue des plans d'action, rapports de mission, bases de données et registres de suivi du RDL. Les résultats montrent un taux global de réalisation des activités de 63 % en 2016 contre 56 % en juin 2017, avec de fortes disparités territoriales. En 2017, les taux atteignaient 100 % à Bouaflé et Oumé, contre 13 % à Issia, 37 % à Dabou, 52 % à Abobo-Est et 7 % à Bouaké. Par ailleurs, dans sept structures disposant de données, la rétention des PVVIH est passée de 71 % en 2014 à 83 % en 2017, tandis que les perdus de vue sont passés de 30 à 13. En conclusion, le RDL apparaît comme une innovation organisationnelle ayant favorisé la coordination intersectorielle et la continuité des soins. Toutefois, les divergences de leadership, l'insuffisance des cadres de concertation, la dépendance aux partenaires, la faible intégration des indicateurs dans le système national d'information sanitaire et les insuffisances de compétences limitent son

institutionnalisation. La consolidation de ses acquis nécessite ainsi un financement national, un leadership clarifié et des mécanismes permanents de coordination et de suivi-évaluation.

Mots-clés : VIH/sida; renforcement des liens; holistique; organisations communautaires ; continuité des soins ; Côte d'Ivoire.

Abstract

Lack of collaboration among stakeholders in health facilities, social services, and community-based organizations jeopardizes the continuity of care and support for people living with HIV. To address these challenges, the Linkage Strengthening (RDL) process, launched in 2014 with support from FHI 360/FANTA III, was structured around five areas: coordination, communication, referral and counter-referral, capacity building, and monitoring and evaluation. This study analyzes its implementation, performance, and potential impact on the continuum of care. A mixed-methods approach was adopted. The study covered 9 health districts and 34 facilities, including health centers, social centers, and community-based NGOs. The qualitative component consisted of semi-structured interviews with 55 stakeholders: 5 health district directors, 12 physicians, 10 social workers, and 28 community counselors. The quantitative component consisted of a review of action plans, mission reports, databases, and RDL monitoring records. The results show an overall activity completion rate of 63% in 2016, compared with 56% in June 2017, with significant regional disparities. In 2017, implementation rates reached 100% in Bouaflé and Oumé, compared to 13% in Issia, 37% in Dabou, 52% in Abobo-Est, and 7% in Bouaké. Furthermore, in seven facilities with available data, retention of people living with HIV (PLHIV) rose from 71% in 2014 to 83% in 2017, while the number of patients lost to follow-up fell from 30 to 13. In conclusion, the RDL appears to be an organizational innovation that has promoted intersectoral coordination and continuity of care. However, leadership disagreements, inadequate consultation frameworks, dependence on partners, poor integration of indicators into the national health information system, and skill gaps limit its institutionalization. Consolidating these gains therefore requires national funding, clear leadership, and permanent mechanisms for coordination and monitoring and evaluation.

Keywords: HIV/AIDS; strengthening ties; holistic; community-based organizations; continuity of care; Côte d'Ivoire

1. Introduction

Depuis plus d'une décennie, la Côte d'Ivoire a enregistré des progrès importants dans la lutte contre le VIH/sida. La prévalence du VIH dans la population générale est passée de 4,7 % en 2005 à 2,5 % en 2017 et est estimée à 1,82 % en 2022 (Spectrum, 2023). Ces progrès résultent notamment du renforcement du dépistage, de l'accès au traitement antirétroviral et du suivi des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), avec la contribution conjointe de l'État, des partenaires techniques et financiers, des structures sanitaires et des organisations communautaires.

Cependant, l'amélioration des résultats de la riposte ne dépend pas uniquement de la disponibilité des interventions biomédicales. Elle repose également sur la capacité des différents acteurs à assurer la continuité du parcours de soins et à coordonner leurs interventions. L'Organisation mondiale de la Santé souligne ainsi que la gouvernance des systèmes de santé repose notamment sur la coordination, la collaboration, la participation et la redevabilité des acteurs (OMS, 2007). Dans le domaine du VIH, l'intégration des services et la coordination entre les secteurs sanitaire, social et communautaire constituent des conditions

importantes pour améliorer l'accès aux soins et la continuité de la prise en charge (Atun et al., 2010 ; Brinkerhoff & Bossert, 2014).

Cette exigence s'est renforcée avec la mise en œuvre des objectifs 90-90-90 adoptés dans le cadre de la riposte mondiale au VIH. Leur atteinte supposait non seulement d'identifier les PVVIH et de les mettre sous traitement, mais également de favoriser leur maintien dans les soins et la suppression durable de la charge virale (ONUSIDA, 2021). En Côte d'Ivoire, l'adoption de l'approche « Tester et Traiter » à partir de 2017 a davantage accentué la nécessité d'assurer la rétention des patients dans le système de soins. Cette continuité nécessite une articulation entre les interventions médicales, psychosociales, nutritionnelles et communautaires (Sidibé et al. 2016).

La prise en charge des PVVIH s'inscrit également dans un contexte marqué par des besoins sociaux et nutritionnels importants. La coexistence de la sous-nutrition, des carences en micronutriments et de la surnutrition constitue une préoccupation de santé publique en Côte d'Ivoire (PSNDPE, 2023). Chez les PVVIH, les relations entre VIH et malnutrition sont bidirectionnelles : l'infection peut favoriser la dénutrition, tandis que celle-ci peut contribuer à l'aggravation de l'état de santé (Sunguya et al. 2014). L'intégration des dimensions nutritionnelles et sociales dans la prise en charge apparaît dès lors nécessaire à une réponse globale aux besoins des personnes infectées ou affectées par le VIH (PAM, 2015).

C'est dans cette perspective que les pouvoirs publics ont renforcé le rôle des centres sociaux et des organisations communautaires dans l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH, des orphelins et autres enfants vulnérables. Toutefois, les rapports de supervision et les évaluations des interventions ont mis en évidence des insuffisances dans l'articulation entre les structures sanitaires, les services sociaux et la communauté. Elles concernaient notamment le continuum de soins, le système de référence et de contre-référence ainsi que l'harmonisation des outils de collaboration (PNN, 2015 ; PNLS, 2017).

Pour répondre à ces difficultés, le Ministère de la Santé, à travers le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) et le Programme national de nutrition (PNN), en collaboration avec le Programme national de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables (PN-OEV), a engagé en 2014, avec l'appui technique de FHI 360/FANTA III, le RDL. Celui-ci visait à améliorer la collaboration entre les structures sanitaires, les centres sociaux et les organisations communautaires afin de renforcer la continuité et la complémentarité de la prise en charge. À partir de 2015, cette démarche s'est traduite par l'élaboration de plans d'actions conjoints et la mise en place de mécanismes structurés autour de cinq domaines : la coordination, la communication, la référence et contre-référence, le renforcement des capacités et le suivi-évaluation.

Le RDL constitue ainsi une innovation organisationnelle visant à dépasser une prise en charge fragmentée des PVVIH et des personnes affectées par le VIH. Sa mise en œuvre a reposé sur l'implication de plusieurs niveaux d'acteurs, allant des programmes nationaux et services déconcentrés aux districts sanitaires, centres sociaux et organisations communautaires. Cette configuration soulève toutefois une question essentielle : dans quelle mesure les mécanismes prévus par le RDL ont-ils effectivement été mis en œuvre et avec quels niveaux de performance selon les districts sanitaires ?

L'objectif général est d'analyser la mise en œuvre du processus de RDL en Côte d'Ivoire. Les objectifs spécifiques visent à : (i) identifier les acteurs et leurs rôles ; (ii) apprécier la mise en œuvre des plans conjoints par districts sanitaires; (iii) analyser l'apport du RDL sur le continuum des soins et soutiens et (iv) décrire les défis de coordination dans la mise en œuvre du RDL.

2. Méthodologie

Cette étude a adopté une approche méthodologique mixte. Elle s'appuie sur l'analyse des données de suivi du processus RDL et sur les perceptions des acteurs impliqués dans sa mise en œuvre. Le volet qualitatif a consisté en des entretiens semi-directifs avec des acteurs clés des structures de santé, sociales et communautaires, tandis que le volet quantitatif a reposé sur une revue documentaire pour analyser les rapports d'activité, les bases de données des collectées, des registres de suivi correspondants et les plans d'action pendant la mise en œuvre des activités de RDL.

2.1 Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée dans 09 districts sanitaires de la Côte d'Ivoire, englobant un total de 34 structures, dont 11 établissements de santé, 8 centres sociaux et 14 ONG locales (voir Tableau I). La sélection de ces sites est justifiée par le fait qu'ils ont bénéficié, entre 2017 et 2018 du projet FANTA, dont l'objectif était d'intégrer le processus RDL. L'appui du projet s'est manifesté à travers diverses interventions, tant au niveau national qu'à l'échelle décentralisée, avec un accent particulier sur ces 09 districts (FANTA, 2018).

Le champ géographique de l'étude inclut les centres sociaux d'Abobo, situé dans le sud, qui représente la ville d'Abidjan en tant que région administrative, Abobo faisant partie de la direction régionale Sud du Ministère des affaires sociales. Les autres sites étudiés comprennent San Pedro au Sud-ouest, Issia et Oumé à l'Ouest, Abengourou à l'Est, ainsi que Bouaflé et Bouaké au Centre.

2.2 Population de l'étude et échantillonnage

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique auprès du personnel des structures ayant intégré le processus de RDL. La population d'étude était composée de :

- Conseillers Communautaires (CC) des Organisations Non Gouvernementale (ONG) : chargé de la prise en charge des Personnes Infectés et Affectés par le VIH (PIAVIH) dans la communauté et du continuum de soins et soutien dans la communauté ;
- Directeurs et les chefs de complexe socio-éducatifs sont en charge de la coordination opérationnelles des activités de soins et soutien dans les centres sociaux ;
- Assistants Sociaux (AS) intervenants dans les centres sociaux : pour l'accompagnement social, psychosocial, juridiques et autres ;
- Directeurs et les membres de l'Equipe Cadre de District (ECD) des districts sanitaires chargés de coordination opérationnelle des activités de soin et soutien dans les structures de santé ;
- Prestataires de santé y compris la point focale nutrition ; responsable de la PEC clinique des PVVIH et OEV (Médecin, Sage femmes (SF), Infirmiers diplômés Etat (IDE))

Au total 55 prestataires de SSN dont 05 DDS, 12 Médecins, 10 AS et 28 CC ont participé à l'étude (Tableau I).

2.3 Collecte de données

La collecte de données a intégré à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives (N'da, 2015). Elle s'est déroulée sur une période de quatre semaines, d'abord à Abidjan (Abobo), puis dans les localités de Bouaké, Bouaflé, Issia, Oumé, San Pedro et Abengourou. Le volet qualitatif effectué en aout 2025 s'est concentré sur la conduite d'entretiens semi-directifs, réalisés à l'aide d'un guide d'entretien conçu pour assurer la pertinence et la profondeur des échanges. Parallèlement, le volet quantitatif a consisté en une revue documentaire, permettant

d'analyser les plans d'action du RDL, les rapports de mission entre octobre 2014 à septembre 2018 dans le cadre du Projet FANTA III (FANTA, 2018). Ces documents, complétés par le personnel des structures de prise en charge sanitaire, sociale et communautaire, ont constitué des sources d'information essentielles.

L'exploitation de ces divers outils a permis de récolter des données pertinentes concernant les mécanismes de collaboration entre ces trois entités. Cela inclut notamment l'examen des offres de soins et des dispositifs de soutien destinés aux bénéficiaires, fournissant ainsi une vision globale et détaillée de l'efficacité et de la coordination des services offerts.

Au cours de l'étude, chacune des cibles y a participé volontairement. Leur accord s'est traduit par la signature du consentement éclairé en double exemplaire administré. Le traitement final des données (compilation, apurement et calcul des indicateurs) a été effectué à l'aide du logiciel Excel. Les données qualitatives collectées ont fait l'objet d'une analyse du contenu.

Tableau I : Récapitulatif des structures sanitaires, des centres sociaux et organisations qui renseignent les outils du RDL ayant participé à l'étude

N°	Région sanitaire	District sanitaire	Site de PEC	Centre social	ONG communautaires	Enquêtés
1	Abidjan 1 Grands Ponts	Dabou	Hôpital Général de Dabou (HGD)	Centre social de Dabou	- Foi et Vie - Sel El Nyam Etchi	- 02 Médecins - 02 AS, - 04 CC
2			Hôpital Méthodiste de Dabou (HMD)			
3	Abidjan 2	Abobo-Est	CSU COM d'Aboboté	Centre social d'Abobo	- Lumière action - Solidarité plus	- 01 DDS - 01 Médecin - 02 AS - 04 CC
4	Indenie-Djuablin	Abengourou	Centre Hospitalier Régional (CHR) d'Abengourou	Centre social d'Abengourou	CERAB	- 02 Médecins - 01 AS - 02 CC
5	Marahoue	Bouaflé	CHR de Bouaflé	Centre social de Bouaflé	- USV - Femmes Actives de Côte d'Ivoire (FACI)	- 02 Médecins - 01 AS - 4 CC
6			PMI de Bouaflé			
7	Goh	Oumé	Hôpital Général d'Oumé	Centre social	AFRICADE V	- 01 Médecin - 01 DDS - 01 AS - 2 CC
8	Gbeke	Bouaké Nord-Est	PMI de Sokoura	Centre social de Koko	- Bouaké éveil - Centre SAS	- 02 Médecins - 01 DDS - 01 AS - 4 CC
9		Bouaké Sud	CSU Koko			

10	Gbokle-Nawa-San Pedro	San pédro	CHR de San-Pédro	Centre social de San Pédro	- Elan d'amour - Réel santé	- 01 DDS - 01 Médecin - 01 AS - 4 CC
11	Haut-Sassandra	Issia	Hôpital Général d'Issia	Centre social d'Issia	- UACO M - OASIS	- 01 DDS - 01 Médecin - 01 AS - 4 CC
Total	08	09	11	08	14	- 05 DDS - 12 Médecins - 10 AS - 28 CC

Source : Notre étude, août 2025

3. Résultats

3.1. Acteurs et leurs rôles

La mise en œuvre du processus de RDL reposait sur une organisation multi-niveaux impliquant les institutions nationales, les services déconcentrés, les districts sanitaires, les centres sociaux et les organisations communautaires. Afin d'assurer une coordination efficace, chaque structure impliquée a désigné un point focal RDL, chargé d'assurer le suivi des activités et de servir d'interface avec les autres acteurs.

3.1.1. Niveau national

Au niveau national, le processus était piloté par les principaux programmes nationaux concernés, notamment :

- le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) ;
- le Programme National de Nutrition (PNN) ;
- le Programme National des Orphelins et Enfants Vulnérables (PNOEV).

Ils bénéficiaient de l'appui des partenaires techniques et financiers, notamment PEPFAR, FHI 360 et Save the Children.

Leur rôle consistait principalement à assurer le pilotage stratégique et la coordination nationale à travers les actions suivantes :

- coordonner l'ensemble des activités du RDL au niveau national ;
- planifier et superviser la mise en œuvre des plans conjoints de RDL ;
- effectuer des missions conjointes de supervision afin d'apprécier le niveau de mise en œuvre des plans d'action dans les districts sanitaires et les centres sociaux ;
- maintenir un contact régulier avec les points focaux RDL au niveau déconcentré ;
- faciliter la coordination entre les secteurs sanitaire, social et communautaire ;
- identifier les besoins en appui technique des différents acteurs ;
- assurer le renforcement des capacités des acteurs impliqués ;
- collecter, analyser et diffuser les informations relatives au suivi du processus ;
- assurer la disponibilité des outils de mise en œuvre et de suivi ;
- veiller à l'intégration des activités de RDL dans les plans d'action des districts sanitaires, des centres sociaux et des organisations communautaires.

3.1.2. Acteurs régionaux (décentralisé)

Le niveau régional assurait la coordination technique et la supervision des activités dans les régions sanitaires et administratives.

Les principaux acteurs étaient :

- les Directeurs régionaux du Ministère de la Santé ;

- les Directeurs régionaux du Ministère en charge de la Protection sociale ;
- les Directeurs régionaux du Ministère en charge de la Famille ;
- les Superviseurs des Affaires Sociales (SAS) régionaux ;
- les points focaux régionaux du RDL.

Ils avaient pour principales responsabilités de :

- coordonner la mise en œuvre des activités au niveau régional ;
- assurer la supervision des districts sanitaires et des centres sociaux ;
- accompagner les équipes opérationnelles ;
- consolider les données de suivi ;
- assurer la liaison entre le niveau national et le niveau opérationnel.

3.1.3. Niveau opérationnel

Le niveau opérationnel constituait le niveau de mise en œuvre directe des activités de renforcement des liens. Les principaux acteurs comprenaient :

3.1.3.1. Niveau des districts sanitaires

- les Directeurs de district sanitaire ;
- les membres de l'Équipe Cadre de District (ECD) ;
- les prestataires de santé, y compris les points focaux nutrition ;
- les points focaux RDL des établissements sanitaires.

3.1.3.2. Niveau des centres sociaux

- les Directeurs des centres sociaux et des complexes socio-éducatifs ;
- les intervenants sociaux ;
- les points focaux RDL des structures sociales.

3.1.3.3. Niveau communautaire

- les Organisations à Base Communautaire (OBC) et Organisations d'Assise Communautaire (OAC) ;
- les travailleurs communautaires ;
- les ONG impliquées dans la prise en charge des PVVIH ; les structures offrant les soins, soutien et accompagnement des PVVIH.

3.2. Résultats de la mise en œuvre des plans conjoints par districts sanitaires

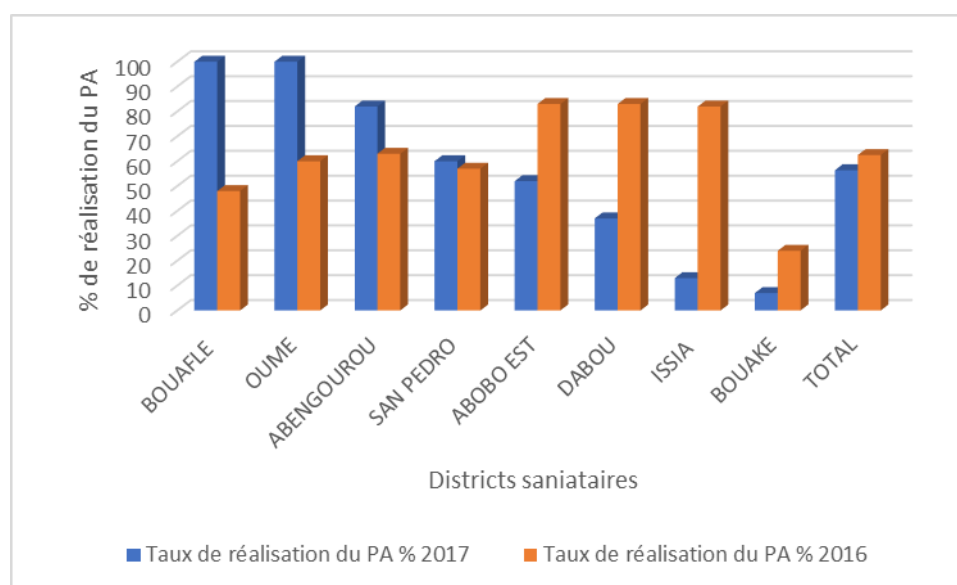


Figure 1 : Niveau de réalisation des activités des plans de 2016 et de 2017 par district

Source : Rapport d'analyse du niveau de réalisation des activités des plans conjoints de RDL, (source : FANTA 3).

L'analyse comparative des plans conjoints de RDL montre une légère diminution du taux global de réalisation des activités, qui est passé de 63 % en 2016 à 56 % en juin 2017 (figure1). Cette baisse doit toutefois être interprétée avec prudence, car les deux plans n'ont pas été mis en œuvre sur des périodes comparables. En effet, le plan de 2016 a bénéficié d'une durée d'exécution de douze mois, tandis que celui de 2017 n'avait été mis en œuvre que pendant six mois au moment de l'évaluation.

L'analyse par district sanitaire met en évidence d'importantes disparités dans la mise en œuvre des activités. Les districts d'Issia, de Dabou et d'Abobo-Est, qui présentaient des taux de réalisation supérieurs à 80 % lors de l'évaluation du plan 2016, ont enregistré une baisse marquée en juin 2017, atteignant respectivement 13 %, 37 % et 52 %. De son côté, le district de Bouaké, déjà en difficulté en 2016, a poursuivi sa régression, son taux de réalisation passant de 24 % à 7 %.

À l'inverse, les districts de Bouaflé et d'Oumé se distinguent par un taux de réalisation de 100 % des activités programmées. Les données qualitatives suggèrent que cette performance est liée à une forte implication des autorités locales, notamment des Directeurs du district de la santé et de la Directrice du centre social à Bouaflé, dans les activités de planification, de coordination et de suivi du processus de RDL. Leur participation à l'atelier national de partage d'expériences sur le RDL semble avoir renforcé leur engagement institutionnel. Les entretiens mettent également en évidence le bon fonctionnement des équipes locales de coordination, qui a favorisé une meilleure exécution des plans d'action.

« Ici à Oumé, les activités du RDL se déroulent bien. Les points focaux des ONG communautaires et du centre social participent aux réunions de coordination du RDL et aux réunions de l'ECD. Par ailleurs, le point focal RDL du DDS, participe à la réunion de plateforme du centre social. » EI 02

À l'opposé, les faibles performances observées dans le district de Bouaké pourraient être attribuées à un déficit de leadership local, associé au fonctionnement insuffisant de l'équipe de coordination du RDL, limitant ainsi la mise en œuvre effective des activités prévues.

« Les supervisions de terrain ont montré que le point focal RDL du DDS éprouve des difficultés dans le suivi et la mise en œuvre des activités du RDL. Nous avons constaté que son ONG n'était pas à jour dans le remplissage du registre de suivi des références et des contres références. » EI 04

3.3. Apport du renforcement des liens sur la continuité des soins et soutiens

Enfin, d'apprécier l'effet potentiel du RDL entre les structures sanitaires, les centres sociaux et les organisations communautaires sur la continuité des soins, des données relatives à la rétention des patients et aux perdus de vue ont été recueillies dans sept des onze structures de santé concernées par l'étude. Les résultats montrent une amélioration de la rétention des personnes vivant avec le VIH, dont le taux est passé de 71 % en 2014 à 83 % en 2017 (figure 2). Parallèlement, le nombre de patients perdus de vue a diminué, passant de 30 à 13 sur la même période. Bien que ces résultats ne permettent pas d'établir un lien de causalité direct, ils suggèrent que le renforcement progressif de la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge pourrait avoir contribué à améliorer la continuité du suivi des patients.

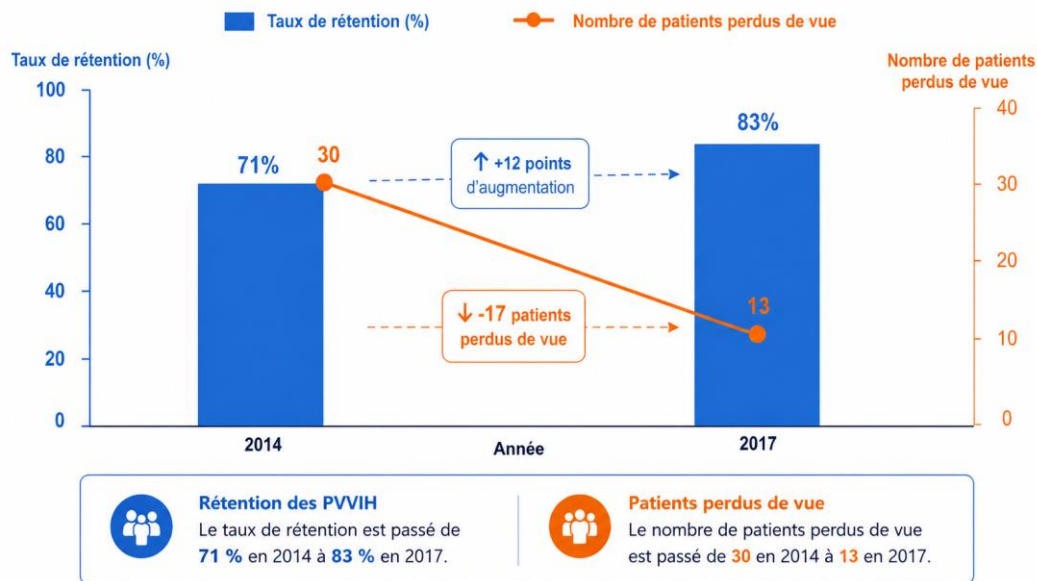


Figure 2 : Evolution de la rétention et des perdus de vue chez les PVVIH enrôlés dans les soins de 2014 à 2017. Source : données des structures de prise en charge du VIH, (FANTA 3)

3.4. Défis de coordination dans la mise en œuvre du processus de renforcement des liens

L'analyse croisée des entretiens réalisés auprès des différents acteurs montre que le processus de RDL entre les structures sanitaires, les centres sociaux et la communauté est confronté à plusieurs contraintes qui compromettent son efficacité. Ces défis concernent sa coordination au niveau central et décentralisé.

3.4.1. Absence de consensus sur le leadership de la coordination

Les entretiens révèlent une divergence de perceptions concernant l'institution devant assurer le leadership du RDL. La majorité des participants considère que le leadership partagé entre les principaux ministères concernés est cohérent avec la philosophie multisectorielle de l'approche. En revanche, une minorité estime que ce rôle devrait être confié exclusivement au ministère de la Santé, compte tenu de l'implication du PNLS et du PNN.

Comme le souligne un conseiller technique de FHI 360 :

« Il y a une insuffisance de leadership liée au choix du ministère qui devait assurer le lead. Lors de l'atelier, il avait été décidé que le leadership soit tournant, mais certains participants estimaient qu'il devait revenir au ministère de la Santé à travers les deux programmes impliqués. » EI07

Un autre participant ajoute : « Avec le choix du ministère de la Santé, le problème du leadership n'est pas totalement réglé. Il se situe désormais entre le PNLS, qui considère les PVVIH comme sa cible prioritaire, et le PNN, qui estime que le financement du RDL relève de ses attributions. » EI10

Pour plusieurs participants, cette absence de consensus a contribué à l'émergence de conflits institutionnels ralentissant la mise en œuvre de l'approche. Toutefois, la coordinatrice du projet FANTA rappelle que :

« L'objectif à long terme de l'approche RDL est d'arriver à intégrer progressivement tous les ministères impliqués dans les soins et le soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH. » EI12

Ces résultats montrent que le leadership du RDL reste un enjeu majeur de gouvernance, nécessitant une clarification des responsabilités et un mécanisme institutionnel consensuel.

3.4.2. Insuffisance de coordination aux niveaux central et décentralisé

La majorité des participants indique qu'il n'existe pas encore de cadre formel de concertation regroupant l'ensemble des acteurs impliqués dans le RDL. En l'absence d'une telle instance, la coordination repose essentiellement sur des points focaux désignés par leurs institutions respectives, qui assurent le partage d'informations de manière ponctuelle.

Comme l'explique un assistant social :

« Il n'existe pas de cadre de concertation institutionnelle. Nous travaillons uniquement avec des personnes ressources désignées comme points focaux par leurs institutions. » EI25

Au niveau décentralisé, plusieurs participants relèvent également des insuffisances dans l'animation du dispositif de coordination. Certains points focaux n'organisent pas régulièrement les réunions prévues, tandis que les partenaires invités participent rarement aux rencontres. Un conseiller communautaire affirme :

« Lorsque le point focal de notre district convoque une réunion de coordination du RDL, plusieurs structures ne répondent pas à l'invitation, ce qui entraîne des reports successifs. » EI11

Par ailleurs, plusieurs enquêtés dénoncent la faible implication de certains Partenaires de Mise en Œuvre (PMO) dans les activités locales. À ce sujet, un participant déclare :

« Nous ne bénéficions ni d'un appui technique ni d'un appui financier du PMO de notre zone. Il est le plus souvent absent lors des réunions de coordination. » EI15

Ces insuffisances limitent la circulation de l'information, la complémentarité des interventions et la cohérence globale du dispositif.

3.4.3. Faible motivation et insuffisance des compétences dans la gestion des outils du renforcement des liens

La majorité des participants ont indiqué que les agents impliqués dans le RDL disposent de compétences limitées pour renseigner correctement les outils de référence et de contre-référence. Cette insuffisance est aggravée par une faible motivation du personnel, plusieurs agents considérant les activités de collecte des données comme une charge de travail supplémentaire qui ne fait pas l'objet d'une reconnaissance particulière. Cette situation est observée aussi bien dans les structures sanitaires que dans les centres sociaux et les organisations communautaires. Un Infirmier Diplômé d'État (IDE) témoigne :

« Mes collègues et moi rencontrons effectivement des difficultés à remplir les outils de référence et de contre-référence, en particulier en ce qui concerne la contre-référence. » EI23

De même, un chef de service, également point focal RDL, explique :

« Ce n'est pas facile de trouver un agent disposé à collecter les données et à renseigner le registre de suivi des références et contre-références, qui est jugé assez complexe. » EI09

Ces difficultés réduisent la qualité des informations produites et compromettent le suivi des parcours de prise en charge des bénéficiaires.

4. Discussion

4.1. Gouvernance et performance de la mise en œuvre du processus de renforcement des liens

L'analyse des résultats par district sanitaire montre que la performance du processus de RDL ne dépend de facteurs organisationnels liés à la gouvernance locale. Les excellentes performances observées dans les districts de Bouaflé et Oumé semblent directement liées à l'implication des directeurs de district, des responsables des centres sociaux et des équipes locales de coordination dans la planification, la supervision et le suivi des activités. Cette observation rejoint les conclusions de l'USAID (2019), selon lesquelles le leadership local constitue l'un des principaux déterminants de la réussite des approches intégrées de santé communautaire. De manière comparable, FHI 360 (2019) montre que les districts les plus

performants au Mozambique sont ceux où les équipes cadres de district assurent une supervision régulière, organisent les réunions de coordination et entretiennent une collaboration étroite avec les organisations communautaires.

À l'inverse, les faibles performances enregistrées dans les districts d'Issia, de Dabou, d'Abobo-Est et surtout de Bouaké illustrent la fragilité des acquis lorsque les mécanismes locaux de gouvernance deviennent moins fonctionnels. Les données qualitatives attribuent ces contre-performances à un déficit de leadership des points focaux RDL, à une faible animation des équipes de coordination ainsi qu'à une insuffisance de supervision. Ces résultats corroborent les conclusions de MEASURE Evaluation (2017), selon lesquelles la performance des systèmes communautaires repose largement sur les capacités des responsables locaux à coordonner les partenaires, assurer le suivi des indicateurs et organiser régulièrement les cadres de concertation. Ils confirment également les travaux de Brinkerhoff et Bossert (2014) qui montrent que les défaillances de gouvernance locale caractérisées par une faible redevabilité, une répartition imprécise des responsabilités et un leadership insuffisant compromettent durablement la performance des systèmes de santé.

Ces résultats peuvent être interprétés à la lumière des théories de la gouvernance sanitaire et des approches intégrées des systèmes de santé. Selon Brinkerhoff et Bossert (2014), la performance durable des systèmes de santé repose sur des mécanismes institutionnels de coordination, de redevabilité et de financement progressivement internalisés par les gouvernements. De leur côté, Atun et al. (2010) montrent que l'intégration des services ne peut être durable que lorsqu'elle s'appuie sur des dispositifs permanents de coordination, un système robuste de suivi-évaluation, des ressources humaines compétentes et un financement pérenne. Enfin, le cadre conceptuel de l'OMS (WHO, 2007) souligne que la gouvernance constitue l'un des piliers fondamentaux du renforcement des systèmes de santé et conditionne la durabilité des innovations organisationnelles.

Dans cette perspective, la diminution généralisée des performances observée après 2018 apparaît étroitement liée à la fin de l'appui technique et financier du projet FANTA III. Les données qualitatives montrent que cette transition s'est traduite par une réduction des activités de supervision, des réunions de coordination, des formations, du suivi des indicateurs et de l'accompagnement technique des acteurs. Ces résultats plaident en faveur d'une stratégie de transition reposant sur l'appropriation nationale, le renforcement du leadership institutionnel et la consolidation des mécanismes permanents de coordination.

4.2.Bénéfices sur la continuité des soins et soutiens

Les résultats montrent une amélioration progressive de la continuité des soins chez les PVVIH au cours de la période de mise en œuvre du processus de RDL. En effet, le taux de rétention est passé de 71 % en 2014 à 83 % en 2017, tandis que le nombre de patients perdus de vue a diminué de 30 à 13. Bien que cette évolution ne permette pas d'établir une relation de causalité directe entre le RDL et ces résultats, elle suggère que le renforcement de la collaboration entre les structures sanitaires, les centres sociaux et les organisations communautaires a probablement contribué à améliorer la continuité du parcours de soins.

L'amélioration observée dans cette étude rejoint également les résultats des évaluations conduites par PEPFAR dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Les rapports du programme montrent que la mise en place de réseaux fonctionnels de référence communautaire améliore significativement la rétention des patients dans les soins grâce à un meilleur accompagnement psychosocial, au suivi actif des rendez-vous et au renforcement des liens entre les établissements de santé et les organisations communautaires (PEPFAR, 2020). Selon ces évaluations, les interventions communautaires réduisent considérablement le risque d'abandon du traitement antirétroviral. Les données de cette étude corroborent également les observations

réalisées par FHI 360 au Mozambique, où le renforcement des mécanismes de coordination entre les structures sanitaires, les travailleurs communautaires et les organisations locales a permis une augmentation significative de la rétention des patients sous traitement antirétroviral. L'évaluation souligne que les références bidirectionnelles facilitent la prise en charge globale des bénéficiaires en répondant simultanément à leurs besoins médicaux, nutritionnels, sociaux et psychologiques (FHI 360, 2019).

Ces résultats trouvent également un solide fondement dans la littérature scientifique. Une revue systématique réalisée par Govindasamy et al. (2014) montre que les interventions communautaires améliorent significativement la rétention des patients vivant avec le VIH dans les programmes de traitement antirétroviral. Les auteurs démontrent que le suivi communautaire, les rappels de rendez-vous, les visites à domicile et l'accompagnement psychosocial réduisent durablement les pertes de suivi.

Les travaux de Decroo et al. (2017) aboutissent aux mêmes conclusions en Afrique subsaharienne. Les auteurs montrent que les modèles différenciés de prise en charge reposant sur une forte implication des communautés permettent d'améliorer la continuité des soins tout en réduisant la surcharge des établissements de santé. De même, Grimsrud et al. (2016) soulignent que les approches communautaires intégrées favorisent simultanément la rétention, l'observance thérapeutique et la satisfaction des patients.

Les résultats observés peuvent également être interprétés à la lumière de la théorie des approches intégrées développée par Atun et al. (2010). Selon cette approche, la performance des systèmes de santé dépend de leur capacité à assurer la continuité des parcours de soins grâce à une coordination efficace entre les différents niveaux d'intervention. Le processus de RDL étudié en Côte d'Ivoire répond précisément à cette logique d'intégration fonctionnelle des services sanitaires, sociaux et communautaires.

Toutefois, il convient d'interpréter ces résultats avec prudence. Premièrement, les données proviennent uniquement de sept structures sanitaires sur les onze concernées par l'étude, ce qui limite leur représentativité. Deuxièmement, l'amélioration observée ne peut être attribuée exclusivement au processus de RDL. Au cours de la même période, la Côte d'Ivoire a bénéficié de plusieurs interventions majeures de lutte contre le VIH, notamment l'introduction de la stratégie « Tester and Traiter », le renforcement de la gratuité des antirétroviraux, le développement des soins différenciés, l'amélioration de l'accès au dépistage ainsi que les investissements réalisés par PEPFAR, le Fonds mondial, USAID et d'autres partenaires techniques et financiers. Ces interventions ont probablement contribué, conjointement avec le RDL, à l'amélioration de la rétention des patients.

Malgré ces limites, les résultats confirment les observations de la littérature internationale selon lesquelles la mise en réseau des acteurs sanitaires, sociaux et communautaires constitue un levier majeur pour améliorer la continuité des soins des PVVIH. Ils suggèrent que le RDL entre les différentes structures favorise une prise en charge plus intégrée, plus coordonnée et davantage centrée sur les besoins des bénéficiaires, conditions essentielles à la pérennisation des programmes VIH.

4.3. Difficultés de leadership illustrent les défis de la gouvernance multisectorielle

L'absence de consensus sur l'institution chargée d'assurer le leadership du RDL constitue un autre résultat majeur de cette étude. Les divergences observées entre les différents ministères illustrent les difficultés de gouvernance auxquelles sont confrontées les approches multisectorielles. Ces résultats confirment les analyses de Brinkerhoff et Bossert (2014), selon lesquelles les programmes impliquant plusieurs institutions sont particulièrement exposés aux conflits de leadership lorsque les responsabilités ne sont pas clairement définies. Ces observations rejoignent également les conclusions de Atun et al. (2010), qui soulignent que

l'intégration des services nécessite une gouvernance claire, des responsabilités partagées et des mécanismes permanents de coordination. En Afrique australe, FHI 360 (2019) rapporte que les plateformes multisectorielles les plus performantes sont celles où une seule institution assure le leadership stratégique tout en maintenant une gouvernance participative avec les autres secteurs concernés.

4.4.L'absence de cadres institutionnels de concertation limite la coordination intersectorielle

Les résultats montrent que la coordination du RDL repose essentiellement sur des points focaux institutionnels sans véritable cadre formalisé de concertation. Cette situation est conforme aux observations de WHO (2007), qui considère que les plateformes de concertation constituent un élément central de la gouvernance des systèmes de santé. Les évaluations conduites par USAID (2019) montrent que les districts disposant d'instances régulières de coordination obtiennent de meilleurs résultats en matière d'intégration des services que ceux fonctionnant uniquement sur la base de relations informelles. Au Kenya, les plateformes multisectorielles soutenues par le PEPFAR ont permis d'améliorer la coordination entre les établissements de santé, les services sociaux et les organisations communautaires grâce à des réunions trimestrielles institutionnalisées (PEPFAR, 2021). Les résultats de cette étude rejoignent également ceux observés en Éthiopie, où les évaluations de FHI 360 montrent que la formalisation des cadres de concertation améliore significativement la circulation de l'information et le suivi des références entre les différents acteurs.

4.5.Le déficit de compétences et la faible motivation des acteurs réduisent la qualité des données

Les difficultés rencontrées dans le remplissage des outils de référence et de contre-référence traduisent un besoin important de renforcement des capacités. Les travaux de FHI 360 (2019) montrent également que la complexité des outils de collecte constitue l'une des principales causes des erreurs de remplissage observées dans plusieurs pays africains. Au Mozambique, les auteurs montrent que les formations de recyclage et le coaching de proximité améliorent significativement la qualité des données communautaires. Les évaluations réalisées par PEPFAR (2021) au Kenya aboutissent aux mêmes conclusions. Elles montrent que la motivation des agents communautaires dépend largement des dispositifs de supervision, de reconnaissance institutionnelle et des possibilités de développement professionnel. Ces observations rejoignent enfin les analyses de Rowe et al. (2005), qui démontrent que la performance des ressources humaines en santé dépend simultanément de la formation, de la supervision, des conditions de travail et de la motivation.

5. Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser la mise en œuvre du processus de RDL en Côte d'Ivoire. Les résultats montrent que cette approche a constitué une innovation organisationnelle majeure en favorisant la coordination intersectorielle, la continuité des soins et une prise en charge plus intégrée des bénéficiaires. L'analyse comparative des plans conjoints de RDL montre une légère diminution du taux global de réalisation des activités, passant de 63 % en 2016 à 56 % en juin 2017. Cette baisse doit être interprétée avec prudence, car les deux plans n'ont pas été mis en œuvre sur des périodes comparables : le plan de 2016 a duré douze mois, tandis que celui de 2017 n'a été évalué qu'après six mois d'exécution.

L'analyse par district sanitaire révèle d'importantes disparités dans la mise en œuvre des activités. Les districts d'Issia, de Dabou et d'Abobo-Est, qui avaient des taux de réalisation supérieurs à 80 % en 2016, ont connu une forte baisse en juin 2017, atteignant respectivement 13 %, 37 % et 52 %. Le district de Bouaké, déjà en difficulté en 2016, a vu son taux de

réalisation chuter de 24 % à 7 %. À l'inverse, les districts de Bouaflé et d'Oumé affichent un taux de réalisation de 100 % des activités programmées. Cette performance est attribuée à l'implication des autorités locales, notamment des Directeurs des districts de la santé et de la Directrice du centre social à Bouaflé, dans la planification, la coordination et le suivi du processus de RDL. Leur participation à un atelier national de partage d'expériences sur le RDL a renforcé leur engagement institutionnel. Les entretiens soulignent également le bon fonctionnement des équipes locales de coordination, favorisant ainsi une meilleure exécution des plans d'action.

Malgré cette baisse de performance, les résultats montrent que le RDL a contribué à améliorer la continuité des soins. Dans les sept structures de santé ayant fourni des données, le taux de rétention des personnes vivant avec le VIH est passé de 71 % en 2014 à 83 % en 2017, tandis que le nombre de patients perdus de vue a diminué de 30 à 13 au cours de la même période. Bien que ces évolutions ne permettent pas d'établir un lien de causalité direct, elles suggèrent que le renforcement de la coordination entre les structures sanitaires, les centres sociaux et les organisations communautaires a favorisé un meilleur maintien des patients dans le parcours de soins.

L'étude met également en évidence plusieurs contraintes structurelles compromettant la mise en oeuvre du processus. Les principaux défis identifiés concernent l'insuffisance des mécanismes de coordination entre les institutions, les divergences de leadership, la faible institutionnalisation des cadres de concertation, ainsi que l'insuffisance des compétences et de la motivation des acteurs chargés de renseigner les outils de référence et de contre-référence. Ces difficultés témoignent d'une institutionnalisation encore incomplète du dispositif.

En définitive, la mise en oeuvre du processus de RDL suppose une appropriation progressive par l'État ivoirien à travers la clarification du leadership institutionnel, l'institutionnalisation des cadres multisectoriels de concertation, ainsi que le renforcement continu des capacités des acteurs aux niveaux central et décentralisé. Une telle démarche permettrait de consolider les acquis du projet FANTA III et de renforcer durablement le continuum de soins des personnes vivant avec le VIH, conformément aux objectifs de couverture sanitaire universelle et aux cibles internationales de contrôle de l'épidémie du VIH/sida.

Références Bibliographiques

- [1]. Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2010). *Integration of targeted health interventions into health systems: A conceptual framework for analysis*. Health Policy and Planning, 25(2), 104-111. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1093/heapol/czp055> [consulté le 15 mars 26].
- [2]. Audet, C. M., et al. (2012). Scaling up nutrition in HIV care in Mozambique. *Food and Nutrition Bulletin*, 33(4), S211–S220.
- [3]. Bhutta, Z. A., et al. (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition. *The Lancet*, 371(9610), 417–440.
- [4]. Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2014). *Health governance: Principal-agent linkages and health system strengthening*. Health Policy and Planning, 29(6), 685-693. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1093/heapol/czs132>. [Consulté le 30 juin 2026].
- [5]. Callaghan, M., Ford, N., & Schneider, H. (2010). A systematic review of task-shifting. *Human Resources for Health*, 8(8).
- [6]. Decroo, T., Rasschaert, F., Telfer, B., Remartinez, D., Laga, M., & Ford, N. (2017). Community-based antiretroviral therapy programs can overcome barriers to retention of patients and decongest health services in sub-Saharan Africa: A systematic review. *International Health*, 9(2), 78–85.

- [7]. Direction de Coordination de Programme National de Nutrition (DC PNN), 2017, *Rapport annuel de Nutrition en Côte d'Ivoire*, Rapport, non publié, Abidjan, Ministère en charge de la santé/ République de Côte d'Ivoire, 14p.
- [8]. Direction de Coordination de Programme National de Nutrition, 2014, *Evaluation de la Mise en Œuvre de la Prise En Charge Nutritionnelle Ambulatoire des PIAVIH (EMOPECNAP)*, Rapport final, Abidjan, Côte d'Ivoire. 47p
- [9]. FHI 360. (2016). *Community-based HIV programs in West Africa*.
- [10]. FHI 360. (2019). *Community Linkages and HIV Service Delivery in Mozambique: Endline Evaluation Report*. FHI 360.
- [11]. Food and Nutrition Technical Assistance III (FANTA). (2018). *Final Project Report 2012–2018*. FHI 360.
- [12]. Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). 2018. Renforcement Des Liens entre les Structures Sanitaires, Sociales et Communautaires : Leçons Apprises et Bonnes Pratiques. Washington, DC : FANTA/FHI 360.
- [13]. Frenk, J. (2010). The global health system : Strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Medicine*, 7(1), e1000089.
- [14]. Gilson, L. (2012). *Health policy and systems research: A methodology reader*. WHO.
- [15]. Govindasamy, D., Meghij, J., Kebede Negussi, E., Baggaley, R. C., Ford, N., & Kranzer, K. (2014). Interventions to improve or facilitate linkage to or retention in pre-ART (HIV) care and initiation of ART in low- and middle-income settings: A systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 19032. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19032> [Consulté le 05 septembre 2025].
- [16]. Grimsrud, A., Bygrave, H., Doherty, M., Ehrenkranz, P., Ellman, T., Ferris, R., Ford, N., Killingo, B., Mabote, L., Mansell, T., & al. (2016). Reimagining HIV service delivery: The role of differentiated care from prevention to suppression. *Journal of the International AIDS Society*, 19(1), 21484.
- [17]. Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, Article 18. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18> [consulté le 26 octobre 2025].
- [18]. Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- [19]. MEASURE Evaluation. (2017). *Strengthening Monitoring and Evaluation Systems for HIV Referral Networks*. University of North Carolina at Chapel Hill.
- [20]. MICS. (2016). *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 2016), Rapport final*. Institut National de la Statistique (INS).
- [21]. Nguyen, P. H., et al. (2015). Integrating nutrition interventions in Vietnam. *Global Health Action*, 8(1).
- [22]. ONUSIDA 2020. «Global AIDS Update 2020: Seizing the moment – tackling Entrenched inequalities to end epidemics». Disponible en ligne : <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report> [consulté le 22 septembre 2025].
- [23]. ONUSIDA, 2024. « FICHE D'INFORMATION 2024 : Statistiques mondiales sur le VIH », disponible en ligne : <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet> [consulté le 30 juin 2025].
- [24]. ONUSIDA. 2019. Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019. Genève: ONUSIDA, p. 208. Disponible en ligne:

- https://indicatorregistry.unaids.org/sites/default/files/2019-global-aids-monitoring_fr_0.pdf
[consulté le 10 novembre 2025]
- [25]. ONUSIDA. 2021. Titre du rapport de l'ONUSIDA de 2021 sur les travailleuses du sexe, la pauvreté ou le VIH. Genève: ONUSIDA, p 58. Disponible en ligne : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_WAD_report_fr.pdf
[consulté le 05 décembre 2025]
- [26]. PEPFAR. (2020). *2020 Country Operational Plan Guidance for all PEPFAR Countries*. U.S. Department of State.
- [27]. PEPFAR. (2021). *Kenya Country Operational Plan Strategic Direction Summary*. U.S. Department of State.
- [28]. Peters, D. H., et al. (2008). *Improving health service delivery in developing countries*. World Bank.
- [29]. PNLs, 2021. Dispositif national et paquet minimum d'activités des soins et soutien aux PVVIH/OEV et familles en Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), 88p. Disponible en ligne : <https://www.pnlsci.com/wp-content/uploads/2022/06/dispositif-national-et-pma-des-soins-et-soutien-vf-23-03-2022-v2-1.pdf>
[consulté le 21 avril 2025].
- [30]. Projet Santé Nutrition et Développement de la Petite Enfance (PSNDPE). (2023). *Cadre de Réinstallation (CR)*. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Projet santé, nutrition et développement de la petite enfance pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), pp. 43-57.
- [31]. Rasschaert, F., et al. (2011). Decentralization of HIV care. *Bulletin of the WHO*, 89, 948–955.
- [32]. Rawat, R., et al. (2014). Integrated nutrition and HIV programs. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1).
- [33]. Sidibé, M., Loures, L., & Samb, B. (2016). The UNAIDS 90–90–90 target: A clear choice for ending AIDS and for sustainable health and development. *Journal of the International AIDS Society*, 19(1).
- [34]. Spectrum 2023. Profil épidémiologique du VIH en Côte d'Ivoire à partir des Projections, Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU). Disponible en ligne : <https://www.pnlsci.com/wp-content/uploads/2023/11/presentation-profil-epidemio-2022-14032023-revise.pdf>
[consulté le 02 août 2025].
- [35]. Sunguya, B. F., et al. (2014). Nutrition training improves care. *BMC Public Health*, 14, 1077.
- [36]. Sunguya, B. F., Poudel, K. C., Otsuka, K., et al. (2014). Undernutrition among HIV-positive individuals in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Nutrition Journal*, 13(66).
- [37]. Sweeney, S., Obure, C. D., Maier, C. B., et al. (2012). Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services. *Health Policy and Planning*, 27(1), 1–14.
- [38]. Travis, P., et al. (2004). Overcoming health systems constraints. *The Lancet*, 364(9437), 900–906.
- [39]. UNAIDS. (2019). *Community-based HIV services*.
- [40]. UNAIDS. (2021). *Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet*.
- [41]. USAID Cambodia. (2018). *Evaluation of HIV Continuum of Care and Community Referral Systems*. United States Agency for International Development.

- [42]. USAID Uganda. (2018). *Community Health Systems Strengthening Assessment*. United States Agency for International Development.
- [43]. USAID. (2018). *Tanzania Community Health Systems Strengthening Assessment*. United States Agency for International Development.
- [44]. USAID. (2019). *Local Systems: A Framework for Supporting Sustained Development*. United States Agency for International Development.
- [45]. WHO. (2013). *Consolidated guidelines on HIV treatment*.
- [46]. World Bank. (2013). *Improving nutrition through multisectoral approaches*.
- [47]. World Bank. (2017). *Governance and the law: World development report*.
- [48]. World Food Programme. (2015). *Food assistance for people living with HIV*.
- [49]. World Health Organization. (2007). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes—WHO's Framework for Action*. WHO.
- World Health Organization. (2016). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*.