



# Evaluation des contributions à la lutte contre le VIH/SIDA 2000-2006

**République  
Centrafricaine**



# **Évaluation des contributions à la lutte contre le VIH/SIDA 2000-2006**

## **République Centrafricaine**

# Préambule

L'obligation des résultats en matière de développement international a mis en exergue la nécessité de mettre en évidence les réalisations par un autre type d'obligation, appelé l'obligation de l'évaluation. Celle-ci implique qu'il faut adéquatement mesurer et évaluer les performances réalisées afin de déterminer le niveau de progrès accompli dans la poursuite des objectifs du développement.

Le présent rapport fait l'objet d'une évaluation axée sur les résultats des interventions du PNUD dans la lutte contre le VIH/SIDA au cours de la période 2002-2006. Les interventions portent sur les deux projets suivants :

- CAF/01/002/A/01/99 : Appui au programme de lutte contre le SIDA ; Date de l'approbation : 23 Août 2001 ; Date prévue d'achèvement : mars 2004. Date réelle d'achèvement : décembre 2006 ; Agence gouvernementale d'exécution : Ministère de la Santé Publique et de la Population ; Agences de réalisation : Secrétariat Technique du Comité National de lutte contre le SIDA, UNOPS, ONGs nationales ; Zones d'intervention : quatre préfectures de l'intérieur du pays : Nana Mambéré, Mambéré Kadéi, Ouaka et Basse Kotto et la Ville de Bangui; Apport du PNUD- TRAC (1&2)/AOS : \$ 900 000 US. Une allocation supplémentaire de \$400.000 a été faite au Projet.
- CAF/00051801 : Appui à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA ; Date de l'approbation : 10 Juillet 2006 ; Durée : 6 mois ; Agence d'exécution UNDP ; Organisme gouvernemental Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale ; Apport du PNUD TRAC 1 : \$ 275 600 US. Cette évaluation se veut pluraliste et indépendante ; pluraliste dans son effort de faire participertous les acteurs de la lutte dans son processus afin de favoriser la diversité d'opinions ; indépendante dans son choix des personnes extérieures et à l'abri des instructions des parties prenantes à la lutte pour garantir un jugement objectif sur l'état des résultats, le degré d'efficacité, d'impact et d'efficience des interventions à évaluer.

L'équipe d'évaluation a été composée des personnes suivantes :

- Professeur Maniane Fassa, Spécialiste en Méthodologie et Statistique en recherche biomédicale, Consultant International et Chef d'équipe.
- Professeur Bruno Mukendi, Spécialiste en Management du Développement et Analyse des Politiques Publiques, Suivi-Evaluation, Washington International Management Institut, Inc, Washington, DC ; Consultant International.

- Dr. Modeste Hoza, Médecin de Santé Publique, Ministère de la Santé et Population, Bangui, Consultant National.

Bien que le travail ait été conduit par une équipe formelle d'évaluation, le produit final demeure le fruit de nombreuses contributions. Les travaux sur le terrain ont pris un mois, soit de mi novembre à mi-décembre 2007. Cette phase de la mission a connu des difficultés administratives, matérielles et de déplacements majeurs qui ont mis à plusieurs reprises à l'épreuve la volonté et la détermination des membres de l'équipe de terminer leur mandat. Une ébauche initiale du rapport a été élaborée à la fin des travaux de terrain. Cette ébauche a fait l'objet d'une discussion très animée lors d'une réunion de restitution présidée par le Secrétariat Technique du Comité National de lutte contre le VIH/SIDA et à laquelle ont pris part les représentants des ministères, des ONG et associations diverses et des organismes de coopération. Des apports enrichissants ont été enregistrés. D'autres suggestions constructives au projet préliminaire du Rapport ont été faites par le Bureau du PNUD et transmises à l'équipe. Un Rapport Provisoire consolidé a été ensuite établi et transmis de nouveaux aux partenaires pour avis et suggestions. Ce Rapport Final tient compte des commentaires et suggestions qui ont été émis à diverses étapes.

A ce titre, nous voudrions exprimer nos sentiments de vive gratitude à tous ceux qui de loin ou de près ont contribué à la réalisation de la mission. Nous sommes particulièrement redevables aux autorités gouvernementales au niveau central et local pour leur appui. Que les responsables et membres des départements publics, des ONG et associations diverses, des entreprises privées et des organismes de coopération qui se sont mobilisés pour partager avec nous leur connaissance et expériences, trouvent ici l'expression sincère de notre profonde reconnaissance. Nous ne saurions terminer sans remercier le PNUD pour la confiance qu'il a placée en l'équipe de l'évaluation.

# Sommaire

<b>PAGE</b> .....	
<b>RESUME EXECUTIF</b> .....	<b>11</b>
<b>CHAPITRE 1 : INTRODUCTION</b> <b>20</b> .....	<b>18</b>
1-1 JUSTIFICATION DE L'EFFET.....	18
1-2 OPPORTUNITE DE L'EVALUATION D'UN EFFET .....	18
1-3 OBJECTIFS DE L'EVALUATION.....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
1-4 PRODUITS DE L'EVALUATION.....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
1-5. UTILISATION DES PRODUITS.....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
1-6. METHODOLOGIE .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
1-6.1. <i>Approche et questions d'évaluation</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
1-6.2. <i>Méthodes de collecte des données</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
1-6.3. <i>Méthodes d'analyse des données</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
1-7. DEROULEMENT DE L'EVALUATION .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
1-8. LIMITES DE L'EVALUATION.....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
1-9. STRUCTURE DU RAPPORT .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>CHAPITRE 2 : LE CONTEXTE DE DEVELOPPEMENT</b> <b>32</b> ....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
2-1 APERÇU DE LA SITUATION DE VIH/SIDA .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
2-2 HISTORIQUE DE L'IMPLICATION DU PNUD DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA ET PARTIES PRENANTES .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>CHAPITRE 3 : APPRECIATION DES RESULTATS</b> ..39.....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
3-1 ETAT DES RESULTATS.....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
3-1-1 PROJET 1 : APPUI AU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
3-1-1-1 <i>Etat des résultats au niveau des produits</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-1-1-2 <i>A nalyse des indicateurs des résultats</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-1-1-3 <i>Evaluation de l'état de l'effet</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-1-2 PROJET 2 : APPUI A L'ACCELERATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
3-1-2-1 <i>Et at de l'effet</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-1-2-2 <i>Analyse des indicateurs de l'effet</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-1-3 CONSTAT GENERAL SUR L'ETAT DE L'APPROPRIATION NATIONALE DE LA LUTTE .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
3-1-4 CONCLUSION .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>3-2 FACTEURS QUI ONT INFLUENCE LES RESULTATS</b> ....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
3-2-1 FACTEURS DEMOTIVANTS.....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
3-2-1 -1 <i>Une pauvreté croissante et généralisée</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-2-1 -2 <i>Un faible niveau de développement humain</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-2-1 -3 <i>Des pesanteurs socioculturelles</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-2-1 -4 <i>L'instabilité politique et une culture administrative d'irresponsabilité</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-2-1 -5 <i>La réticence religieuse</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-2-1 -6 <i>La fréquence élevée des migrations externes et internes</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3-2-2 CONTRAINTES ET DEFIS .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>

**3-3 CONTRIBUTION DU PNUD AUX AVANCEES DE LA LUTTE ..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

3-3-1 PRESENTATION DES CONTRIBUTIONS DU PNUD AUX RESULTATS ET CONTRAINTES .. **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

3-3-1-1 *Produits stratégiques majeurs ayant contribué à l'effet.....* **Erreur ! Signet non défini.**

3-3-1-2 *Contributions à travers des réalisations et apports spécifiques.....* **Erreur ! Signet non défini.**

**3-4 EVALUATION DE LA PERTINENCE, EFFICACITE, EFFICIENCE ET DURABILITE DES RESULTATS ..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

3-4-1 EVALUATION DE LA PERTINENCE DES RESULTATS ..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

3-4-2 EVALUATION DE LA PERTINENCE DES INDICATEURS DES RESULTATS ..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

3-4-3 EVALUATION DE L'EFFICACITE DES RESULTATS ..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

3-4-4 EVALUATION DE L'EFFICIENCE DANS LA PRODUCTION DES 3-4-5 EVALUATION DE LA DURABILITE DES RESULTATS .....5

3-4-5 EVALUATION DE LA DURABILITE DES RESULTATS ..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

**3-5 EVALUATION DES STRATEGIES DE PARTENARIAT.... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

#### **CHAPITRE 4 : CONCLUSIONS, LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS 94**

..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

**4-1 CONCLUSIONS ..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

**4-2 PRINCIPALES LEÇONS APPRISES ..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

4-2-1 LEÇONS POSITIVES..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

4-2-2 LEÇONS NEGATIVES ..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

**4-3 RECOMMANDATIONS..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

4-3-1 PRINCIPES DE BASE POUR LE SUCCES DE LA LUTTE..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

4-3-2 RECOMMANDATIONS GENERALES ..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

4-3-3 RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES ..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

**4-4 GUIDE POUR RENFORCER LES INTERVENTIONS EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN RCA..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

#### **Annexes 127**

Annexe 1 : Termes de référence de la mission

Annexe 2 : Calendrier des contacts

Annexe 3 : Réunions et rencontres avec noms des personnalités interviewées

Annexe 4 : Principaux partenaires dans la lutte contre le SIDA et leurs rôles

Annexe 5 : Guide global d'entretiens

Annexe 6 : Tableaux statistiques et figures

Annexe 7 : Documents consultés et références

#### **Liste des Tableaux**

Tableau 1 : Méthodologie d'évaluation intégrant tous les éléments du processus jusqu'à l'impact

Tableau 2 : Résultats de la sérologie VIH chez les gestantes

Tableau 3 : Taux de prévalence du VIH par préfecture et sexe en 2006

Tableau 4 : Cadre logique du Projet d'appui au Programme de lutte contre le SIDA

Tableau 5: Acceptabilité du test de dépistage de l'infection à VIH par les gestantes

Tableau 6 : Acceptabilité du pré-test par les gestantes

Tableau 7 : Acceptabilité du post-test par les gestantes

Tableau 8 : Répartition des gestantes selon leur participation au processus de dépistage

Tableau 9 : Infections sexuellement transmissibles Période septembre 2005 - septembre 2006

Tableau 10 Cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) en consultation prénatale à L'Hôpital préfectoral de Bouar

Tableau 11 : Préservatifs distribués par ACAMS de décembre 1991 à octobre 2007.

Tableau 12 : Patients éligibles par mois et mis sous ARV à l'Hôpital communautaire de Bangui

Tableau 13 : Patients pris en charge au CTA/CNRIST/TAR

Tableau 14 : Schéma thérapeutique des patients éligibles par mois et mis sous ARV à l'Hôpital communautaire de Bangui

Tableau 15 : Schéma thérapeutique des patients éligibles par mois et mis sous ARV au CTA/CNRIST/TAR

Tableau 16 : Activités du CDV de Bouar Avril 2005 à Octobre 2007

Tableau 17 : Situation des dépistages dans plusieurs structures sanitaires

Tableau 18: Situation de l'effet -Appui au programme de lutte contre le SIDA

Tableau 19 : Le cadre logique des résultats : Appui à l'accélération de la lutte

Tableau 20 : Appropriation nationale de la lutte contre le VIH/SIDA

Tableau 21 : La mise en oeuvre des trois principes « Three Ones »

Tableau 22 : Contributions spécifiques :Appui au programme de lutte contre le VIH/SIDA

Tableau 23 : Contributions spécifiques :Appui à l'accélération de la lutte

Tableau 24 : Exemples des indicateurs pertinents des résultats

Tableau 25 : Efficacité des interventions du PNUD estimée selon les différents entretiens

Tableau 26 : Proposition d'un cadre de suivi évaluation

Tableau 27 : Activités du CDV de Berbérati -premier trimestre 2007

Tableau 28 : Activités du CDV de Berbérati- deuxième trimestre 2007

Tableau 29 : Activités du CDV de Berbérati- troisième trimestre 2007

Tableau 30 : Activités du CDV de Berbérati en 2007

Tableau 31 : Activités du CDV de Berbérati en 2007

Tableau 32 : Activités du CDV de Berbérati en 2007 : personnes orientées dans le FOSA

Tableau 33 : Dépistage volontaire Période septembre 2005 - septembre 2006 (Berberati)

Tableau 34 : Activités du PTPE Service Gynéco -obstétrique Hôpital Communautaire/Bangui

Tableau 35 : Partenaires ayant pris part au pré-test et au dépistage à l'Hôpital Communautaire

Tableau 36 : Tranche d'âge des gestantes séropositives à l'Hôpital Communautaire de Bangui

Tableau 37 : Profession et statut matrimonial des gestantes séropositifs

Tableau 38 : IST au laboratoire-Hôpital préfectoral de Bouar Avril 2007 à Novembre 2007

Tableau 39 : Activités du CDV de Bouar-Avril 2005 à Octobre 2007

Tableau 40 : Activités du CDV de Bouar- Avril 2005 à Octobre 2007

Tableau 41 : Situation de l'infection à VIH/SIDA dans la préfecture du Kémo-  
Chef lieu Sibut

Tableau 42 : Situation de l'infection à VIH/SIDA dans la préfecture du Kémo-  
état général

### **Liste des schémas**

Schéma 1 : La chaîne des résultats

Schéma 2 : Le circuit de la femme et de l'enfant dans la PTME à Bangui

Schéma 2 : La chaîne des résultats

Schéma 3 : Impact socio-économique du SIDA

Schéma 4 : Impact macroéconomique du SIDA

### **Sigles et Abréviations**

AIM : AIDS Impact Model

ANRS : Agence nationale de recherches sur le SIDA

ARV : Antirétroviraux

AZT = ZDV : Zidovudine

CCM : Country Coordinating Mechanism

CDMT : Cadre de dépenses à moyen Terme

CDV : Centre de dépistage volontaire

CÉDEAO : Communauté économique des États de l'Afrique de l'ouest

CEMAC : Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale

CNLS : Comité national de lutte contre le SIDA

CPN : Consultation prénatale

CTA/CNRIST/TAR : Centre de traitement Ambulatoire Centre National de  
Référence des

infections sexuellement transmissibles traitements antirétroviraux

CV : Charge virale

DSRP : Document de stratégie de réduction de la pauvreté

EAC : East African Cooperation

ECVR : Enquête sur les conditions de vie des ménages en milieu rural

ECVU : Enquête sur les conditions de vie des ménages en milieu urbain

EDS : Enquête démographique et de santé

ENERCA : Energie centrafricaine

ETP : Equipe technique préfectoral

FCFA : Francs de la coopération financière d'Afrique centrale

FNUAP : Fonds des Nations unies pour la population

FOSA : Formation sanitaire

GAFTM : Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le  
paludisme

GAR : Gestion axée sur les résultats

HCB : Hôpital communautaire de Bangui

HIV: Human immuno deficiency virus

IADE : Infirmier accoucheur diplômé d'État

IDE : Infirmier diplômé d'État

IDEA : Institut pour le développement en économie et en administration

IDH : Indicateur de développement humain

IEC Information Education Communication  
 IEC : Information Éducation Communication  
 IO : Infections opportunistes  
 IST : Infections sexuellement transmissibles  
 MICS : Enquête à indicateurs multiples  
 NVP : Névirapine  
 OAC : Organisations à assise communautaire  
 OEV : Orphelins et enfants vulnérables  
 OMD : Objectifs du millénaire pour le développement  
 OMS : Organisation mondiale de la santé  
 ONG : Organisation non- gouvernementale  
 ONUSIDA : Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA  
 PAM : Programme alimentaire mondial  
 PCT : Plan à court- terme  
 PF: Planification familiale  
 PIB : Produit intérieur brut  
 PMT1 : Plan à moyen- terme de première génération  
 PMT2 : Plan à moyen- terme de deuxième génération  
 PNB : Produit national brut  
 PNLS : Programme national de lutte contre le SIDA  
 PNUD : Programme des Nations unies pour le développement  
 PSI : Population Services International  
 PTME : Prévention de la transmission mère enfant du VIH  
 PTPE : Prévention de la transmission parent enfant  
 PVVIH : Personne vivant avec le VIH/SIDA  
 RCA : République Centrafricaine  
 SADC : Southern African Development Community  
 SFDE : Sage femme diplômée d'État  
 SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise  
 ST/CNLS : Secrétariat technique /Comité national de lutte contre le SIDA  
 TPE : Transmission Parent Enfant  
 UNDG : United Nations Development Group  
 UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population  
 UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance  
 USAID: United States Agency for International Development  
 VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine  
 3TC+d4T+NVP: Lamivudine + Stavudine + Névirapine (Appler Triomune)  
 3TC+d4T+EFZ : Lamivudine + Stavudine + Efavirenz  
 3TC+d4T+IDV/r: Lamivudine + Stavudine + Ritonavir  
 AZT+3TC+EFZ: Zidovudin + Lamivudine + Névirapine  
 AZT+3TC+NVP: Zidovudin + Lamivudine + Névirapine

# Résumé exécutif

Dans le cadre de son programme de coopération 2002-2006, le Bureau du PNUD à Bangui a fourni une assistance multi variée au Gouvernement de la République Centrafricaine pour appuyer le programme national de lutte contre le VIH/SIDA. L'assistance a été donnée par le biais du Projet Caf 00011798 : Appui au programme de lutte contre le SIDA et le Projet CAF 00051801 : Appui à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA. Démarré en 2002, le premier projet s'est terminé en 2006 tandis que le deuxième a été initié en 2006 pour clôturer au cours de la même année. Cette assistance s'est déroulée dans un contexte où de nombreux facteurs sont apparus : l'augmentation progressive de la prévalence de la maladie, le renforcement des capacités nationales de gestion du SIDA avec la création d'un Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS), l'apparition de nombreux acteurs sur le terrain de la lutte, notamment les organisations non gouvernementales organisées en réseau, le Fonds mondial VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme et bien d'autres.

C'est dans ce contexte qu'il a été jugé nécessaire et opportun d'initier après quatre ans d'appui, une évaluation indépendante d'effet pour situer le niveau des résultats atteints. Cette évaluation indépendante a été aussi recommandée par les bailleurs de fonds qui appuient le PNUD. Une équipe indépendante de trois experts a effectué une mission de collecte d'informations sur le terrain à Bangui et à l'intérieur du pays pendant un mois, soit de mi-novembre à mi-décembre 2007.

L'objectif de cette évaluation a été de mesurer et d'évaluer les performances réalisées dans la mise en oeuvre de ces deux interventions du PNUD en matière du VIH /SIDA au cours de la période 2002-2006. Les questions principales auxquelles l'évaluation devaient répondre étaient de montrer dans quelle mesure ces appuis ont contribué à la réalisation des objectifs et

résultats définis dans les stratégies nationales et le cadre stratégique des résultats du PNUD ; de valider le niveau de l'appropriation de la lutte par la partie nationale et de préciser comment le PNUD a contribué aux avancées de la réponse nationale sur le VIH/SIDA. Sur la base de cette analyse, l'évaluation devait proposer des recommandations pour une gestion pertinente et efficace de la lutte contre le VIH/SIDA en RCA et identifier des leçons apprises dans l'appui du PNUD au gouvernement.

Sur le plan méthodologique, l'évaluation s'est fondée sur l'approche de la gestion axée sur les résultats, en focalisant l'attention non seulement sur les produits et services réalisés, mais aussi sur les effets et impacts de ces produits sur les populations cibles. Dans cette optique, l'évaluation se veut une appréciation des progrès accomplis dans l'atteinte des résultats en termes de produits et effets intermédiaires devant conduire aux impacts escomptés. Bien que la finalité de l'exercice ne consiste pas à apprécier la politique générale de la lutte, on doit commencer en somme par apprécier d'abord de manière globale l'impact et les effets sans les projets, ensuite la contribution attendue des projets aux éventuelles variations de l'impact et des effets, contrairement à l'évaluation classique qui s'arrête le plus souvent aux ressources, aux services et produits des projets parfois sans même considérer l'agencement des ressources avec les services et les produits. Il est difficile de dire avec précision jusqu'où s'arrête ou débute le leadership de recherche de solution dans un ou plusieurs domaines d'un problème aussi complexe qui est le SIDA.

Cet exercice suppose :

- 1) des données de bonne qualité disponibles sur l'impact
- 2) les effets indépendamment des données des deux projets.

En raison le plus souvent des faiblesses des données (parfois, incomplètes, non disponibles voire inexistantes dans quelques secteurs), les deux derniers points, ont fait l'objet de beaucoup de débats pendant les réunions de restitution et de validation.

La situation de l'infection à VIH /SIDA dans la population générale a été globalement déterminée à travers plusieurs tableaux, graphiques et schémas contenant des informations quantitatives et/ou qualitatives pour améliorer au mieux la qualité, la précision et la fiabilité données. Les principales sources de données sont entre autres celles propres aux projets ou programmes qui sont achevés, et d'autres structures. Des établissements sanitaires localisés à Bangui tels que l'Hôpital Communautaire, le CTA/CNRIST/TAR, dans les préfectures de province (Laboratoire, Hôpital Préfectoral et le CDV de Bouar, le CDV de Berbérati, la préfecture du Kémo chef lieu Sibut), les secteurs du travail comme la société ENERCA, la Cellule du Fonds Mondial ont fourni des données qui ont été analysées après s'être assuré de leur qualité.

La situation de l'infection à VIH /SIDA à travers le suivi du programme du PTME en RCA a aussi été présentée.

De manière générale en relation avec l'impact et les effets :

- Certains centres de dépistage volontaire sont de temps en temps paralysés par des ruptures de stocks de réactifs et de traitement. Des cas cliniques de SIDA éligibles aux ARV attendent la disponibilité des traitements. La prise en charge des IST estimée demeure très faible.
- L'épidémie continue à défier les efforts entrepris. Le Dr Mbolidi de l'Hôpital Communautaire confirme que selon les dernières estimations de 2006, le taux de prévalence serait de 6,2%, le plus élevé dans la sous-région, qu'environ. 230000 personnes sont séropositives, et environ 7000 personnes sont sous traitement antirétroviral. La couverture des besoins pour la prévention de la transmission mère enfant est à 15% seulement.

Les objectifs définis des deux projets ont été en partie réalisés et l'appropriation de la lutte contre le VIH/SIDA par la partie nationale est en progression positive, mais faible. En progression positive, parce que :

- La RCA est aujourd'hui dotée d'une structure multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA, le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) qui est plus visible qu'il ne l'était il y a environ cinq ans. Cette structure centrale de coordination et de suivi est pourvue des structures fonctionnelles, un Secrétariat Technique, des comités sectoriels ainsi que des structures décentralisées de lutte contre le VIH/SDA au niveau des préfectures, sous-préfectures, communes, organisations communautaires et entreprises. L'action du CNLS est globalement guidée par des cadres stratégiques qui impriment un sens de direction aux différents acteurs impliqués dans la lutte. Des directives spécifiques ont été données par le Chef de l'Etat et Président du CNLS pour orienter ces acteurs.
- Des structures de prévention et de sensibilisation ont été implantées dans une grande partie du pays. Des centres de dépistage volontaire existent dans des préfectures alors qu'il n'y avait rien au démarrage du programme. Le nombre des dépistés s'agrandit. La publicité autour du port du préservatif est en train de gagner du terrain.
- De nombreuses personnes cibles ont été formées pour réduire les comportements à risque et les gestionnaires pour mieux coordonner, suivre et gérer les activités.
- Le cadre juridique pour la protection des droits des PVVIH a été élaboré et promulgué et le Code de la Famille est en voie d'actualisation pour contenir des aspects relatifs au VIH/SIDA et à la protection renforcée de la femme.
- Des études sur le VIH/SIDA ont permis de mieux appréhender sa complexité et ses impacts ; ce qui a renforcé l'approche multisectorielle à la réponse nationale dans l'optique de la lutte contre la pauvreté.

- Certaines entreprises privées ont adopté des politiques pour sensibiliser leur personnel et assister ceux qui sont infectés ou affectés à travers, notamment des caisses de solidarité.
- Les partenaires au développement ont renforcé leurs dispositifs d'appui au pays, notamment au sein de l'instance nationale de coordination du Fonds mondial VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme (CCM) afin de donner une nouvelle impulsion à la lutte contre le VIH/SIDA.
- La création des organisations de base et la mobilisation des leaders locaux sont en voie de servir de ferment à la décentralisation, et par conséquent, à maximiser les chances pour une appropriation progressive de la lutte dans des communautés.

Ces progrès résultent des efforts combinés impliquant l'assistance du PNUD et celle des autres partenaires onusiens (ONUSIDA, UNICEF, OMS, FNUAP, PAM et UNHCR) et internationaux (Fonds mondial, ONG internationales, etc.). Toutefois, les appuis du PNUD ont joué un rôle déterminant tant au niveau du renforcement des capacités de programmation, coordination et gestion de la lutte que celles de mobilisation des acteurs et des ressources.

Malgré ces apports positifs, l'appropriation nationale est encore faible à cause des principales raisons ci-dessous :

- Une stratégie de mobilisation sociale inefficace pour intégrer et engager résolument toutes les forces vives du pays dans un changement systématique des comportements dans les communautés rurales et urbaines.
- Une incapacité structurelle pour rendre compte de manière périodique et régulière de l'évolution de l'épidémie ainsi que des activités, apports, produits, effets et impacts des interventions des acteurs ;
- Une faible capacité de mobilisation et allocation de ressources financières internes et externes pour donner une réponse adéquate aux besoins tant de la sensibilisation et prévention que ceux de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH, des femmes (transmission mère enfant), des orphelins et autres personnes affectées par la maladie.
- Une prise en charge insuffisante des malades ou des familles affectées et des cas des infections sexuellement transmissibles.
- l'inexistence des mécanismes explicites pour responsabiliser les gens et aider les organisations de base à devenir pérennes.
- l'inefficacité relative des dispositifs de coordination de la lutte.
- La non - vulgarisation et non -application de la loi sur la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Entre-temps, leur

discrimination, exclusion et le manque de considération à leur égard se poursuivent.

- La difficulté de transition vers une gestion de lutte basée sur la performance, celle-ci demeurant essentiellement bureaucratique. En dépit du fait qu'environ les deux tiers de cibles des produits envisagés ont été réalisés, la progression vers l'atteinte des effets n'apparaît pas durable du fait des conditions de travail obsolètes, très peu adaptées et du risque permanent de démotivation des acteurs sur le terrain en raison de la précarité de leurs situations et du manque de ressources. Il convient également de souligner que la progression vers les effets soulève des problèmes de rentabilité.

## ***Les principales leçons positives ou négatives apprises sont :***

### ***Leçons positives :***

- l'implication personnelle du Président de la République dans la lutte contre le VIH/SIDA a impulsé son élan et imprimé un sens de direction à la lutte avec de nouvelles directives dont l'application effective devrait avoir à moyen terme un impact positif sur la réduction de la prévalence de l'épidémie.
- l'approche de mise en oeuvre des actions du programme de lutte contre le VIH/SIDA reposant sur la sous-traitance des activités aux organisations de base a favorisé l'élargissement de la base de la lutte au niveau des communautés.
- Le renforcement des capacités du ST /CNLS dans la mobilisation des ressources extérieures à travers la facilitation d'accès aux subventions du Fonds mondial, est un puissant moyen pour permettre la réalisation des résultats dans des conditions difficiles de normalisation post-conflit.
- La prise en charge globale est un bon plaidoyer pour la sensibilisation quand elle est soutenue par un approvisionnement régulier en réactifs aussi bien pour le dépistage volontaire que pour la prise en charge médicale des cas de SIDA.
- Les études sur les impacts socio-économiques du VIH/SIDA ont contribué à une prise de conscience du SIDA en tant que réalité sociologique et à l'urgence des mesures coordonnées et intégrées pour inverser sa progression.
- L'implication du secteur privé dans la lutte a débouché sur un modèle exemplaire de sensibilisation et de prise en charge que d'autres acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA
- cherchent à imiter.

### **Leçons négatives :**

- Le système de financement des partenaires de mise en oeuvre (ONG/AOC) n'était pas de nature à faciliter la pérennisation des actions. Les ONG/AOC ont été créées pour absorber le financement extérieur par le biais de la sous-traitance des activités du programme et non pour mobiliser les ressources locales indispensables à la continuité de leurs activités. Cet état des choses justifie leur disparition ou anéantissement dès que le financement extérieur s'épuise.
- Les plans d'action de la plupart des structures de lutte ne sont pas élaborés dans l'esprit de mieux comprendre la situation locale, les voies et moyens pour accélérer la réponse à ce niveau, mais plutôt pour obtenir un financement extérieur. En conséquence, ces plans restent sans effet en l'absence d'un appui externe.
- L'insuffisance des bilans périodiques rend difficile la capitalisation et les échanges de connaissance et d'expériences. Les meilleures pratiques peuvent être institutionnalisées si à la fin d'une période donnée, le système a l'information sur qui a fait quoi, où, avec qui et comment ?
- La vitesse de la lutte tend à être lente lorsque le matraquage publicitaire n'est pas amplifié, adapté, réhabilité continuellement et s'il n'est pas accompagné par la prise en charge effective de ceux-là qui souffrent de la maladie ou sont affectés par elle.
- Le programme a sensibilisé la population générale, particulièrement les groupes les plus exposés sur les ISTs, alors que les structures de dépistage et de prise en charge médicale de ces ISTs étaient quasi inexistantes ou défailtantes.
- l'organigramme des projets ancré au Secrétariat Technique du CNLS par le fait de disposer d'une Cellule à part d'exécution et de gestion, n'a pas permis un meilleur apport de compétences des autres membres du Secrétariat technique du CNLS. Bien que la chaîne de commandement avec la dite Cellule soit courte, celle-ci a déresponsabilisé les principaux secteurs intéressés par le projet en exécutant à leur place les activités qui sont du domaine de leur attribution.
  - Aucun mécanisme de pérennisation n'a été formulé dans le programme.
  - Le premier projet très ambitieux, a démarré avec la capitale, plusieurs préfectures et a été trop vite étendu pour permettre une consolidation des expériences positives.
  - Les projets élaborés et exécutés le plus souvent en l'absence des prestataires de soins, L'approche de prise en charge globale n'est donc pas suffisamment appropriée. Pour remédier à cette situation, les recommandations suivantes sont proposées :
  - Placer la prévention comme priorité de la lutte par une implication massive des agents communautaires et du personnel paramédical pour un renforcement de la communication de proximité en matière

de prévention, des mécanismes de solidarité et des soins à la base. Ceci exige entre autre une implication renforcée du Ministère des Affaires Sociales tant dans la conception que dans la mise en oeuvre des actions et un renforcement des

- capacités en moyens de travail pour une appropriation communautaire de la lutte.
- Renforcer le suivi des activités de lutte au niveau supérieur de l'Etat en exigeant à tous les Ministres de rendre compte mensuellement dans les réunions du Conseil des Ministres de leurs activités et résultats dans le domaine de VIH/SIDA. La mise en application de cette recommandation devrait être assortie de l'engagement par l'Etat à décaisser régulièrement aux secteurs des allocations budgétaires qui leur sont octroyées pour soutenir les actions de lutte.
- Renforcer la culture d'auto-prise en charge dans les communautés en mettant l'accent sur la capacité de mobilisation des ressources propres dans le choix des partenaires de mise en oeuvre (ONG) et dans l'appréciation de leurs performances.
- Faire le plaidoyer pour les avantages d'un dépistage précoce et volontaire dans les établissements publics, privés et communautaires pour accroître la prise de conscience et la compréhension des effets sur le développement de l'épidémie à VIH/SIDA.
- Utiliser de manière régulière des équipes mobiles de sensibilisation et de dépistage dans les quartiers pour amener les gens à changer des comportements et les inciter à connaître volontairement leur statut sérologique.
- Renforcer des campagnes de détection et de traitement des infections sexuellement transmissibles.
- Renforcer l'éducation de la population pour qu'elle oeuvre au développement d'un climat sain, responsable, pudique et digne à travers une stratégie de mobilisation sociale et de communication cohérente axée sur des messages bien ciblés , répétés et renouvelés continuellement.
- Renforcer la coordination, la pratique de partage des données et les mécanismes du suivi évaluation dans la perspective d'un fonctionnement harmonieux du principe des Trois uns.
- Améliorer les compétences dans les aspects critiques de gestion de la lutte, y compris le leadership, la gestion financière, le suivi-évaluation et la gestion des stocks.

Un Guide a été élaboré pour fournir des orientations afin de mieux renforcer, réajuster et/ou recadrer les interventions en matière de VIH/SIDA. Des leviers concrets et réalisables y sont fournis. Des Annexes contiennent des informations qui ont contribué aux analyses et qui, par souci de clarté, ne sont pas intégrées dans le corps du Rapport.

# Chapitre 1 :

## Introduction

Ce premier chapitre vise à fixer les lecteurs sur la problématique générale de l'étude, la justification de l'effet, l'opportunité de cette évaluation, ses objectifs, ses produits et leur utilisation, ainsi que sa méthodologie, y compris l'approche de l'étude, les questions auxquelles l'évaluation tente de répondre, les méthodes de collecte et d'analyse des données.

### **1.1 Justification de l' effet**

Depuis plus d'une décennie, l'infection à VIH/SIDA constitue un véritable fléau national en République Centrafricaine où le premier cas a été identifié en 1984. Depuis lors, l'épidémie n'a cessé de progresser avec des conséquences de plus en plus ressenties sur le plan social, économique et de la société tout entière. L'infection à VIH est de type généralisé avec une prévalence qui était estimée à 13% en 2002. Les stratégies mises en œuvre par le gouvernement centrafricain en collaboration avec ses partenaires au cours de la période 1995 -2005 à travers des Programmes successifs de lutte contre le VIH/SIDA (le Programme National de lutte contre le SIDA, le Plan à moyen-terme de lutte contre le SIDA de 2ème génération (PMT2) 1995-1999, le Plan intérimaire de Santé 2000- 2002, le Plan cadre stratégique national 2002-2005, le Plan cadre stratégique national 2006-2010) ont mis en exergue les objectifs suivants :

- Renforcer les capacités nationales pour une planification concertée et une coordination efficace de l'action multisectorielle de la lutte contre le VIH/SIDA.
- Renforcer les capacités nationales dans la promotion des actions de prévention en vue de réduire la transmission du VIH par la voie sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant
- Contribuer à l'accroissement du dépistage volontaire du VIH.
- Contribuer à l'allègement de l'impact du VIH sur la santé des PVVs, leurs familles et la communauté et
- Améliorer les capacités nationales pour mesurer objectivement les impacts du programme sur l'évolution de l'épidémie.

L'effet escompté par le gouvernement et ses partenaires est de réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA, l'objectif ultime étant d'arrêter la progression de l'infection du VIH/SIDA, conformément à l'Objectif du Millénaire de Développement.

Les réponses du PNUD aux initiatives gouvernementales de lutte contre le VIH/SIDA s'inscrivent dans le cadre de Coopération de pays 1990-2001 au paragraphe 40. Sur cette base, le PNUD s'est engagé à orienter son appui vers (a) la réduction progressive de la prévalence du VIH/SIDA à travers l'organisation des campagnes de sensibilisation des décideurs politiques pour qu'ils inscrivent le SIDA sur la liste des priorités nationales et (b) la réduction de l'impact du VIH sur la vie sociale et économique des centrafricains. Le Programme de Coopération du pays 2004-2005 classe le VIH/SIDA parmi les domaines prioritaires d'intervention du PNUD. L'option stratégique de l'assistance du PNUD telle que convenue avec le gouvernement dans ce Programme de Coopération est de favoriser le leadership national et le développement des capacités qui doivent susciter une mobilisation générale des parties prenantes et l'appropriation des dispositifs de planification, de mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation afin de favoriser le contrôle de la lutte par les acteurs nationaux.

C'est dans ce contexte qu'a été élaboré le projet d'Appui au programme de lutte contre le VIH/SIDA soutenu par le PNUD. Il a vu le jour alors que la pandémie était en train de se répandre rapidement faisant de la RCA le pays le plus touché de l'Afrique centrale avec une faible structuration de la lutte, la plupart des lits des hôpitaux occupés par les personnes au stade de SIDA. Il envisageait donc de créer des conditions nécessaires pour renforcer la réponse nationale. Il était conçu dans une logique de planification par objectifs qui visait à (1) redynamiser les organes de concertation, de gestion et de coordination existants ; (2) contribuer à réduire les comportements sexuels à risque d'ici la fin du programme par des activités IEC au sein du groupe des filles libres ; (3) contribuer à réduire les comportements sexuels à risque d'ici la fin du programme par des activités IEC au sein de la population générale ; (4) contribuer à l'amélioration des connaissances sur l'impact socio-économique du VIH en RCA et (5) : contribuer à la réduction de l'impact social et économique de l'infection à VIH. Pour atteindre ces cinq objectifs, il fallait réaliser les produits ci-après :

- Un organigramme du CNLS avec des structures fonctionnelles disponible
- Un Plan Stratégique de lutte contre le SIDA élaboré et soutenu
- Des capacités d'intervention des ONG renforcées
- Des taux d'utilisation du préservatif augmentés au sein de groupe des filles libres
- Un nombre de partenaires sexuels occasionnels réduits et un taux d'utilisation du préservatif augmenté
- Des informations sur l'impact socio-économique du VIH disponibles
- Un dispositif de mise à jour régulier des informations sur l'impact socioéconomique du VIH en RCA fonctionnel
- Un impact du VIH sur les filles libres réduit
- Un impact du VIH/SIDA sur la population générale réduit.

Nous pouvons déduire de ces produits trois (3) effets principaux qui devraient être résumés en un seul grand effet de « réduire la prévalence du VIH », conformément à l'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement, Cible 7.

**Effets 1** : Les comportements sexuels à risque réduits au sein de la population générale.

**Effets 2** : Les comportements sexuels à risque réduits au sein des filles libres.

**Effets 3** : Impact social et économique de l'infection réduit parmi les filles libres et la population générale.

Cependant, le projet Appui au programme de lutte contre le VIH/SIDA arrivera à terme en 2006 dans un climat général de propagation de la maladie. Il sera prolongé à la lumière des leçons et recommandations de son évaluation tripartite. L'évaluation avait souligné des faiblesses dans la coordination nationale de la lutte, la mobilisation générale des organisations et associations de base, les activités de prévention et la mobilisation des ressources. Il fallait surtout réorienter le projet en le focalisant sur l'effet poursuivi. Ce qui a débouché sur la formulation d'un autre projet l'Appui à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA. Le cadre stratégique des résultats de cette assistance retient comme effet escompté : l'appropriation nationale croissante et soutenue de la réponse au VIH qui soit effective et efficace. Pour ce faire, des produits suivants ont été envisagés:

- L'assemblée générale du CNLS est tenue sous le leadership du Chef de l'Etat.
- Des directives sont données pour promouvoir les outils de l'accélération de la lutte.
- Les acteurs sont mobilisés et participent efficacement dans la lutte.
- Des cadres maîtrisent la programmation axée sur les résultats.
- Le pays est éligible au septième round du Fonds Global VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme.
- Le programme conjoint VIH/SIDA du SNU est élaboré et disponible.

- Le cadre d'application des lois anti-discriminatoires et des normes d'éthique en matière de droits humains et de genre impliquant l'engagement de la communauté est vulgarisé.
- Les conditions de prises en charge des personnes infectées et affectées sont déterminées.

Il apparaît ainsi que la mise en place d'un cadre institutionnel opérationnel en charge de la planification, coordination, suivi et mise en oeuvre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA ; des mécanismes et structures de prévention, de prise en charge et de participation des leaders et des populations dans les activités de lutte ainsi que le renforcement des capacités de gestion et de mobilisation des ressources, constituent des axes majeurs dont la concrétisation conditionne l'accélération de la lutte et sa maturité, et justifie par le fait même l'importance accordée à l'appropriation nationale.

Le choix de l'appropriation nationale de la lutte contre le VIH/SIDA comme effet principal pour cette évaluation s'inscrit donc en étroite ligne tant avec les priorités du Programme du Pays convenu avec le Gouvernement et dont le VIH/SIDA est un des volets essentiels qu'avec les préoccupations que suscitent aujourd'hui la nécessité d'améliorer les capacités de coordination , de suivi-évaluation, de prévention, de prise en charge et de mobilisation des ressources propres et des apports extérieurs complémentaires indispensables à l'accélération de la réponse nationale. Ces préoccupations vont au-delà de la coordination administrative des acteurs impliqués dans la lutte pour s'étendre à leur capacité réelle d'absorber et de gérer les ressources reçues et mobiliser des moyens propres conséquents pour une réponse nationale efficace et effective.

## **1.2. Opportunité de l'évaluation d'effet**

Cette évaluation intervient au seuil de grands enjeux, notamment la mise en oeuvre d'un nouveau cadre d'intervention du PNUD, à savoir le Plan Stratégique 2008-2011 en relation avec le DSRP 2008-2010, le Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2006-2011, le Plan Conjoint d'appui du Système des Nations unies à la réponse nationale du VIH/SIDA et les initiatives de renforcement de la décentralisation. Il s'agit donc, d'un exercice indépendant, commandité et financé par le PNUD, à dessein, afin de mesurer ses propres performances, ses capacités à contribuer au changement positif en terme du renforcement des capacités nationales à planifier, coordonner, mettre en oeuvre, suivre et évaluer la lutte contre le VIH/SIDA. Les résultats de cette évaluation devront donner de l'éclairage sur des mesures d'ajustement à prendre pour améliorer les interventions futures du PNUD, notamment sa contribution à l'assistance technique, aux facilités financières et matérielles et aux autres sources d'information et d'appui qui pourraient aider à mieux arrêter la propagation de l'épidémie du SIDA.

## **1.3. Objectifs de l'évaluation**

L'objectif global est de mesurer les performances réalisées dans la mise en oeuvre des interventions du PNUD à travers les projets sus visés. Il s'agit spécifiquement des objectifs suivants :

1. Mesurer les progrès réalisés vers les objectifs et les résultats tels que définis dans les stratégies nationales et le Cadre stratégique des résultats du PNUD.
2. Evaluer les contributions clés du PNUD à travers les produits et les résultats stratégiques.
3. Evaluer les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des deux projets : Appui au programme national de lutte contre le SIDA et Appui à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA.
4. Evaluer les impacts des projets et les bénéfiques pour les hommes et les femmes et comment les différents groupes concernés par les projets ont été affectés par leur mise en oeuvre.
5. Evaluer spécialement les grandes réalisations des objectifs du programme national de lutte contre le VIH/SIDA tel que défini dans les documents du projet.
6. Faire des recommandations pour améliorer les stratégies d'appui à la réponse nationale ainsi que la conception et la gestion du Plan Conjoint des Nations Unies d'appui à la réponse nationale.
7. Proposer des recommandations sur comment et dans quels domaines les appuis du PNUD et des autres partenaires pourraient être renforcés, réalignés pour mieux contribuer aux résultats dans le futur.
8. Identifier les leçons apprises positives et négatives de l'appui au gouvernement.
9. Fournir un guide et des recommandations pour une gestion pertinente de la lutte contre le VIH/SIDA en RCA.

## **1.4. Produits de l'évaluation**

Tenant compte de ses objectifs, l'évaluation devrait principalement situer ou apporter des informations sur l'état des résultats en termes des effets et produits, les facteurs qui ont influencé leur réalisation, la contribution du PNUD aux avancées de la lutte, la qualité et la pertinence de sa stratégie de partenariat ainsi que les recommandations et leçons apprises pour améliorer les interventions futures dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Les produits détaillés figurent dans les termes de référence en annexe.

## **1.5. Utilisation des résultats**

Comme indiqué plus haut, les résultats de l'évaluation aideront à valider le niveau d'appropriation de la lutte par la partie nationale, à fournir des indications précises sur le potentiel actuel du PNUD dans le cadre du travail conjoint des Nations unies de l'appui à la réponse nationale au VIH/SIDA , de revoir, notamment les mécanismes de coordination du programme, de gestion, suivi et feedback par rapport aux attentes des partenaires ainsi que

des voies et moyens pour la réorientation dans la conception et mise en oeuvre des interventions futures.

## 1.6. Méthodologie et questions de l'évaluation

### 1.6.1. Approche et questions d'évaluation

L'évaluation a été conduite selon les principes de suivi - évaluation axé sur les résultats. Ce type d'évaluation suppose une disponibilité en données en relation avec l'effet principal et des données des projets. Devant la rareté des données et pour une meilleure appréhension de la méthodologie de l'approche de la gestion axée sur les résultats, il est apparu obligatoire de faire une étude préliminaire des éléments suivants:

- a) Etudier les conditions de réalisation des projets de lutte contre l'infection à VIH/SIDA en RCA, particulièrement les difficultés rencontrées et les solutions apportées
- b) Mesurer l'efficacité (forces, faiblesses, lourdeur...) de la mise en oeuvre des activités, le respect des textes réglementaires.
- c) Les projets étant entièrement réalisés :
  - Analyser le nombre de personnes ayant accepté de se faire dépister dans certaines CDVet autres structures appropriées
  - Estimer la prévalence dans ces structures
  - Quantifier le nombre de personnes dépistées séropositives prises en charge
  - Evaluer le taux d'utilisation du préservatif
  - Mesurer l'impact éventuel.
- d) Analyser alors :
  - Les facteurs et les contraintes qui expliqueraient les éventuelles insuffisances
  - Les opportunités qui pourraient être redynamisées.
- e) Etudier les possibilités de se servir des résultats des projets pour installer un système d'information statistique pour le monitoring dans ces structures.

Les points a, b, c, d et e sont au centre d'une évaluation tactique, c'est-à-dire une évaluation de la structure, du processus et des effets sur la base des rapports annuels d'activité et autres documents dans la période d'exécution des deux projets et l'analyse des réponses aux différentes questions posées lors des rencontres au cours des entretiens et interviews (Annexe 3 : Réunions et rencontres).

L'évaluation de la structure a posé des questions relatives à la quantité, qualité et l'agencement des ressources et l'évaluation du processus a porté sur les services et produits utilisés dans le cadre des deux projets.

L'évaluation des effets a comporté :

- L'analyse des rapports
- L'analyse des rapports annuels d'activité et autres documents dans la période d'exécution des deux projets.
- Les discussions, entretiens lors des rencontres à Bangui, Bouar, Berbérati et Sibut sur les résultats, l'impact et les conséquences directes et indirectes des deux projets.

L'évaluation a pour base le Tableau 1 : c'est-à-dire si les objectifs en termes des effets sont atteints et si l'impact peut être globalement estimé et s'il a connu des variations.

**Tableau 1 : Méthodologie d'évaluation intégrant tous les éléments du processus jusqu'à l'impact.**

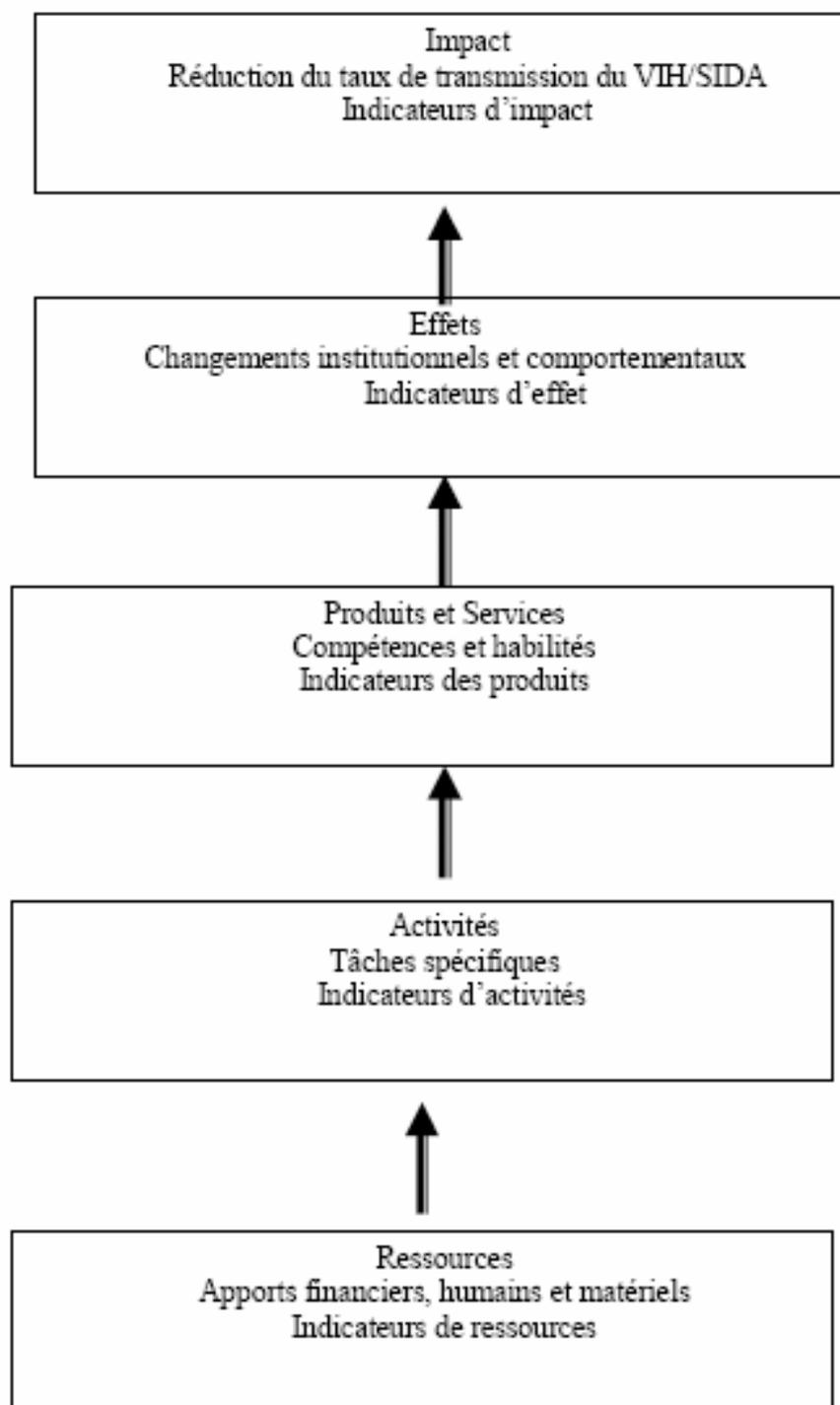
	Intrants	Extrants	Effets	Impact
Prévention	Ressources humaines, matérielles financières	Information Education Communication Vulgarisation	Comportements à risque diminués; Discrimination et stigmatisation réduites	Prévalence réduite
Prise en charge	Ressources humaines, matérielles financières	Information Education Communication Vulgarisation	Traitements augmentés, Prise en charge psychosociale et thérapeutique améliorée	Incidence réduite Taux de survie augmenté Qualité de vie améliorée

L'évaluation se fonde sur l'approche de la gestion axée sur les résultats. Cette approche focalise l'attention sur les performances réalisées dans le processus du développement en termes d'effets et d'impacts sur les populations cibles. Dans cette optique, l'évaluation devient une appréciation (sur la base des objectifs préalablement définis et à atteindre en utilisant des indicateurs convenus comme critères) des progrès accomplis dans l'atteinte des résultats ou des effets intermédiaires devant conduire aux impacts à obtenir.

Contrairement à l'évaluation classique qui se limitait à la réalisation des résultats d'un projet par rapport à ses objectifs, la nouvelle approche met l'accent sur la manière dont ces résultats ou produits contribuent, en combinaison avec l'assistance des autres partenaires, au changement dans les conditions de développement. Bien que le cadre logique des résultats comprenne les inputs (apports), les activités (processus), les produits (extrants ou services), les effets (impacts intermédiaires) et les impacts (finalité du développement), l'accent est placé sur les trois dernières composantes comme l'indique le Schéma 2 ci-dessous.



Schéma 1 : La chaîne des résultats



Cette méthode d'évaluation cherche à déterminer, à l'aide d'une série d'indicateurs préalablement définis et conçus, le niveau de réalisation des objectifs en termes d'effets obtenus. Elle cherche à savoir si des progrès ont été atteints oui ou non dans la réalisation de l'effet, dans quelle proportion, pourquoi et comment l'effet a changé en termes d'amélioration ou de détérioration ; la contribution du PNUD au progrès ou à la réalisation de l'effet et la stratégie de partenariat du PNUD dans la poursuite de l'effet. Ainsi, au lieu de commencer par l'évaluation du projet, comme c'était souvent le cas, cette méthode d'évaluation prend l'effet comme le point de départ pour s'interroger sur son statut ainsi que sur les facteurs qui l'influencent.

Partant de cette méthodologie, cette évaluation cherche d'abord à identifier et apprécier le niveau de changement dans la réalisation des résultats attendus en termes de produits et de leur contribution aux effets escomptés en comparant la situation avant et après les interventions. Les résultats seront évalués en tenant compte à la fois de leur pertinence (adéquation avec les besoins et priorités nationales), efficacité (contributions significatives à la solution au problème posé), efficience, (niveau réel de la contribution, et son importance par rapport à celle des autres partenaires, rationalisation dans la production des résultats) , durabilité ( capacité de survie des changements positifs). La contribution du PNUD aux avancées de la lutte sera ainsi examinée en mettant l'accent sur son rôle et sa stratégie de partenariat.

L'évaluation a cherché à répondre précisément aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure les interventions du PNUD ont-elles contribué à la réalisation des objectifs et résultats définis dans les stratégies nationales et le cadre stratégique des résultats du PNUD ?
- l'intervention du PNUD a-t-elle été pertinente et a-t-elle contribué aux avancées dans la lutte, si oui comment ?
- Dans quelle mesure la contribution du PNUD à encourager l'environnement politique propice à la lutte contre le VIH/SIDA à travers des actions de plaidoyer, de conseil politique, et d'interventions sous forme de projet ?
- L'appui du PNUD a-t-il facilité l'appropriation nationale, si oui, comment ?
- Les institutions assurent-elles le leadership (coordination, mobilisation et allocation des ressources nationales), dans la lutte contre l'infection à VIH/SIDA ; les leaders d'opinion et les PVVIH suscitent-elles l'adhésion de la société ; la société civile, les communautés locales et les jeunes multiplient-ils les initiatives de soutien aux personnes infectées ou affectées par le VIH ?
- Quels sont les facteurs principaux qui ont contribué ou non à la réalisation des résultats ?
- Le programme de lutte contre le SIDA a-t-il pu atteindre les groupes les plus vulnérables, notamment les femmes, les hommes, les plus pauvres, les populations rurales, les populations marginales ?
- Les femmes ont-elles participé aux actions, si oui comment ? Ont-elles contribué à la réalisation des objectifs, si oui comment ?

- Quelles sont la pertinence et l'adéquation de la contribution du PNUD ?
- Le niveau de l'appui fourni par le PNUD et les partenaires de développement ont-ils permis de forger un partenariat pour les résultats à travers des interventions qui ont pris en compte la revue de la stratégie de partenariat du PNUD et l'identification des domaines possibles de collaboration ?
- Quels sont les efforts du PNUD en matière de l'appui à la coordination des donateurs pour la mise en oeuvre des politiques et de réformes dans la gestion de la lutte ?
- Quelle est la contribution du PNUD au développement des capacités nationales et à la coopération Sud-Sud ?
- Quelles sont les leçons apprises, positives et négatives de l'appui du PNUD au Gouvernement ?
- Quelles sont les suggestions et recommandations pour une gestion pertinente et efficace de la lutte contre le VIH/SIDA en RCA ?

### **1.6.2. Méthodes de collecte et d'analyse des données**

Pour répondre aux questions de l'évaluation, quatre méthodes de collecte des données ont été privilégiées, à savoir :

1. La recherche documentaire par la consultation des rapports, des statistiques et publications sur le sujet.
2. Les interviews individuels et en groupe des acteurs principaux de la lutte au niveau des ministères, de la Ville de Bangui, des préfectures et mairies à l'intérieur du pays, des organisations non-gouvernementales (ONG) et Associations à Assise Communautaire (AAC), des entreprises publiques et privées, des confessions religieuses et des partenaires au développement. Tenant compte de la durée de la mission et de la situation sécuritaire à l'intérieur du pays, trois préfectures de l'arrière pays ont été visitées : Bouar, Berberati et Sibut.
3. Les discussions et débats informels avec les parties prenantes sur les questions de L'évaluation.
4. Nos propres observations : qui nous ont permis de mieux appréhender certaines réalités qu'on aurait difficilement saisies par la lecture des documents et autres méthodes.

### **1.6.3. Méthodes d'analyse des données**

Une analyse à prédominance statistique a été réalisée pour les variables quantitatives. Pour l'information qualitative, il a été effectué une triangulation (utilisation simultanée de la perception, de la validation et de la documentation) pour analyser les informations. Une approche quantitative a été menée pour évaluer la causalité et aboutir à des conclusions pouvant être généralisées en mesurant de façon chiffrée « qui », « quoi », « quand », «

combien », « dans quelle fréquence ». Par souci de présentation, la plupart des données quantitatives ont été renvoyées en annexe.

De même qu'une approche qualitative a été menée pour comprendre les processus, les comportements et les conditions tels que perçu par les groupes ou individus concernés par les projets, en analysant comment et pourquoi. Aussi bien pour la collecte que pour l'analyse, un mélange de méthodes qualitatives et quantitatives a été adopté.

## **1.7. Déroulement de l'évaluation**

La mission sur le terrain a été effectuée de mi-novembre à mi-décembre 2007 conformément au Calendrier des contacts en annexe. Les activités de la mission se sont déroulées dans la capitale Bangui et à l'intérieur du pays (Bouar, Berbérati et Sibut respectivement chefs lieux des préfectures suivantes : Nana Mambéré, la Mambéré Kadéi et la Kémo). Les critères de choix de ces quatre villes ont été dictés par l'emplacement des partenaires au développement, des structures d'exécution, des partenaires nationaux, l'accessibilité géographique, la sécurité et le facteur temps (Voir Annexe 2).

La mission a effectué son mandat dans des conditions assez difficiles pour principalement les quatre raisons suivantes:

1. Le manque d'un moyen de transport fiable a failli paralyser à plusieurs reprises les travaux, et a surtout entraîné un décalage dans les rendez-vous déjà confirmés.
2. Le grand retard dans la réception du calendrier des entretiens.
3. La non-disponibilité de la plupart des documents de base du programme et des projets, d'un bureau de travail, en somme de la logistique indispensable pour optimiser les conditions de travail sur place.
4. Les visites à l'intérieur du pays ont failli être annulées par les responsables de sécurité des Nations Unies à cause du non respect des procédures de sécurité.

Ces difficultés sont consignées dans le Rapport afin que, quelle que soit la future mission et le domaine considéré, des actions correctives soient prises en compte, et que tous les enseignements puissent être profitables au Bureau du PNUD à Bangui en terme d'optimisation des conditions de travail.

## **1.8. Limites de l'évaluation**

Certaines insuffisances sur le plan des données et de la méthodologie exigent que les résultats soient interprétés avec une certaine prudence. Il s'agit des insuffisances suivantes :

- Pour des raisons d'agenda, l'équipe d'évaluation n'a pas eu accès aux données de l'Hôpital de l'Amitié de Bangui qui semble renfermer beaucoup de malades de SIDA.
- Les zones très peuplées (comme l'Ouham) n'ont pas pu être visitées pour des raisons d'insécurité.
- Le premier projet n'a pas été élaboré dans la logique des effets avec un cadre stratégique des résultats.
- Bien que le PNUD fût le principal partenaire sur le terrain, il serait utopique d'apprécier avec précision le degré de l'appropriation nationale de la lutte contre le VIH/SIDA induit par le 2ème projet dont les résultats sont nationaux.

## **1.9. Structure du Rapport**

La structure de présentation du Rapport est généralement conforme au modèle recommandé par le PNUD. Après ce chapitre introductif, le corps du Rapport comporte trois chapitres. Le chapitre suivant (deuxième chapitre) porte sur le contexte général du développement et fait un aperçu de la situation du VIH/SIDA en République Centrafricaine avant de broser rapidement l'histoire de l'intervention du PNUD dans la lutte et les principaux bénéficiaires de ses appuis.

Le troisième chapitre constitue la charpente de l'étude et est consacré à l'appréciation des résultats. Ce chapitre comprend plusieurs sections, à savoir : l'examen de l'état des résultats à titre des produits et des effets, les facteurs influant sur les résultats, la contribution du PNUD aux avancées de la lutte ainsi que l'évaluation de l'efficacité des stratégies de partenariat du PNUD.

Dans le quatrième et dernier chapitre, nous présentons les conclusions de l'étude, les leçons positives et négatives apprises de l'appui du PNUD au gouvernement ainsi que les recommandations. Un Guide, contenant des orientations stratégiques pour renforcer les interventions de lutte contre le VIH/SIDA en RCA, figure aussi dans ce chapitre. Les annexes comportent des tableaux statistiques et autres documents importants de l'évaluation.

# Chapitre 2 :

## Contexte de développement

### 2.1. Aperçu sur la situation du VIH/SIDA

L'infection de VIH/SIDA affecte aujourd'hui toutes les régions du monde. Selon un Rapport récent de l'ONUSIDA (Le point sur l'épidémie SIDA, décembre 2007), la prévalence mondiale (la proportion de personnes vivant avec le VIH ) est passée de 29 millions en 2001 à 33, 2 millions en 2007. L'Afrique subsaharienne reste, cependant, la région la plus touchée avec environ 1,7 million de personnes nouvellement infectées en 2007, portant à 22,5 million le nombre total de personnes vivant avec le virus. La République Centrafricaine figure parmi les pays les plus touchés dans la région africaine et occupe une place de premier rang au niveau sousrégional.

Bien que l'ampleur exacte de la situation soit mal connue actuellement, les statistiques disponibles indiquent une situation alarmante. Depuis la publication officielle du premier cas de SIDA en 1984, le taux de prévalence estimé de l'infection VIH/SIDA ne cesse d'augmenter avec des conséquences de plus en plus ressenties sur le plan social, économique et la société tout entière. La prévalence de l'infection est passée de 2% en 1984 à 8 % en 1988 et 13% en 2002. Les analyses statistiques contenues dans ce Rapport et ses annexes font état d'une situation encore très préoccupante. Tableau 2 montre la répartition des gestantes dépistées selon le résultat de la sérologie VIH de 2001 à 2004 à l'Hôpital Communautaire de Bangui. Il indique que sur l'ensemble des patientes dépistées au cours de ces quatre années, la séroprévalence du VIH était de 18,5%. Il est noté une augmentation d'une année à l'autre du nombre de la séroprévalence chez les femmes dépistées.

**Tableau 2 : Résultats de la sérologie VIH chez les gestantes à l'Hôpital communautaire de Bangui**

Année	Dépistage	Sérologie VIH positive	Séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes dépistées
2001	471	81	17,2%
2002	619	111	17,9%
2003	644	114	17,7%
2004	731	151	20,7%
Total	2465	457	18,5%

Source : Gaunefet Christel Edith, Thèse de Doctorat en Médecine, présentée et soutenue le 06/06/2006, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bangui. En 2006, les estimations de l'ONUSIDA portaient le nombre total des personnes infectées dans la population générale à 250,000, des décès chez les enfants et adultes à 24,000 et d'orphelins de 0 à 17 ans à 140,000 (Source : Plan-Cadre Stratégique 2006-2011). Ces chiffres sont de loin sousestimés à cause des difficultés d'accès au système de soins et de la faiblesse du système de surveillance en place. La situation serait sans doute plus grave.

Au terme d'une étude réalisée cours de la même année par Macro International, la prévalence a été ramenée à 6,2 %. L'écart avec les études antérieures est attribué non à une chute réelle de la maladie, mais plutôt aux méthodes différentes d'estimation utilisées par les chercheurs. Selon cette même étude, 6, 2 % des adultes de 15 à 49 ans sont séropositifs. Le taux d'infection varie selon les préfectures ou les zones du pays, avec une forte prévalence au sein du genre féminin (Voir Tableau 3). Les femmes sont généralement infectées plus jeunes que les hommes. Le taux de prévalence chez les femmes âgées de 15 à 49 ans est deux fois plus élevé que chez les hommes du même âge (4%). Il est presque deux fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural ( 8,3 % contre 4%). Les statistiques indiquent également que la prévalence augmente avec l'âge pour atteindre 10,1 % entre 35-39 ans chez les hommes et 11,8 % entre 30-34 ans chez les femmes.

L'étude révèle que le taux de prévalence est plus élevé parmi les femmes qui ont un niveau secondaire ou supérieur. Par contre, chez les hommes, ceux ayant un niveau supérieur sont les plus touchés, illustrant par le même fait que le SIDA n'est pas seulement un problème d'analphabétisme, mais aussi des mentalités et comportements des gens. Selon les données de l'Hôpital Communautaire, la prévalence hospitalière est toujours en augmentation et la méconnaissance du statut sérologique est importante : en 2001 (65%) en 2007 (80%) ; près de 41% des malades sont au stade terminal sans savoir

qu'ils sont infectés par le VIH. Et selon toujours la même source, l'impact du VIH sur le plan nutritionnel est encore considérable. Beaucoup de malades de SIDA continuent de mourir de malnutrition. L'effort dans ce domaine est surtout fourni par le PAM, mais il est insuffisant au regard des besoins et du contexte de pauvreté généralisée : « un petit repas à midi, tout le monde est indigent ».

Selon certains participants à la réunion de validation du rapport de cette évaluation : « Il y a beaucoup d'argent dans la lutte, mais cet argent a du mal à arriver au malade. Le problème du SIDA en RCA est perçu comme étant d'abord celui d'organisation et non de moyens financiers. La lutte contre le SIDA n'est pas menée de façon stratégique, voilà pourquoi toutes les zones ont été rapidement atteintes, il manque des ARV, les PVVIH sont souvent négligés ».

**Tableau 3 : Taux de prévalence du VIH par préfecture et sexe en 2006 ( % )**

Préfecture	Femmes	Hommes	Total
Ombella-M'poko	9,8	4,7	7,5
Lobaye	4,3	2,9	3,6
Mambere-Kadei	11,4	5,0	8,5
Nana-Mambere	7,9	3,1	5,9
Sangha-Mbaere	10,6	3,2	7,3
Ouham-Pende	7,5	6,4	7,0
Ouham	4,3	1,8	3,2
Kémo	3,1	6,7	4,8
Nana-Gribizi	4,0	0,9	2,6
Ouaka	5,2	3,2	4,3
Haute-Kotto	15,1	5,4	10,6
Bamingui Bangoran	8,3	7,0	7,7
Basse-Kotto	2,9	3,7	3,3
Mbomou	2,9	3,5	3,2
Haut Mbomou	13,5	15,3	14,2
Bangui	10,3	5,0	7,9

Source: Macro International Inc et ICASEES, L'enquête de sérologie de VIH en RCA- MICS-III, 2006.

Les effets néfastes du VIH/SIDA sont largement ressentis dans les familles, les communautés, les entreprises et dans toute la société centrafricaine. L'étude de l'impact de l'infection à VIH/SIDA menée par le PNUD et IDEA en 2005 a révélé que le SIDA provoque un arrêt complet des activités (54,3%) ou leur diminution (32%), une diminution du temps de travail (55,7%), une baisse de revenu (77,2%) et la vente des biens (60%) pour faire face à la maladie. L'impact négatif se traduit aussi par des coûts élevés de la prise en charge médicale ( 53 % des ménages affectés), notamment pour le traitement des infections opportunistes, des antirétroviraux et des hospitalisations. Nous avons appris à Sibut que le ARV se vend à 500 FCA et « quand le patient n'a pas l'argent il meurt ». La situation du secteur santé est aggravée par une insuffisance hors normes du personnel, des installations et équipements ainsi que le manque de motivation.

L'hôpital préfectoral de Bouar offre l'image vivante d'un mouiroir avec des lits sans matelas, des chambres avec des fenêtres sans vitres, le tout chapeauté par une équipe médicale restreinte, apparemment qualifiée, mais rendue incapable par des conditions extrêmement déficitaires de travail.

Le secteur de l'éducation n'est pas épargné par l'épidémie. Un taux de mortalité de 86% parmi les enseignants, dû à l'infection VIH/SIDA, été enregistrée au cours de l'année scolaire 1996- 1997. Cet état de chose hypothèque l'avenir d'un secteur essentiel au développement pour plusieurs raisons : la qualité de l'enseignement ainsi que le nombre des enfants scolarisés baissent. En outre, les enseignants constituent une grande partie de travailleurs salariés, et dans le contexte centrafricain, ou la notion de famille est très répandue, le décès d'un enseignant peut entraîner une perte de revenus pour un plus grand nombre de personnes, les privant ainsi de ressources pour subvenir à leurs besoins fondamentaux. Quelle que soit la catégorie professionnelle concernée, la perte d'un parent responsable du ménage ou de tous les deux entraîne une redistribution des responsabilités au sein du ménage, laissant aux survivants qui sont les enfants, les vieillards et les veufs/veuves la gestion du ménage à laquelle ils ne sont pas préparés. L'une des conséquences de cette situation est l'abandon prématuré de l'école par les enfants pour s'occuper des membres de la famille restante. Parallèlement à cela, on assiste à un nombre croissant des orphelins.

Les enquêtes font ressortir quatre modes de transmission du VIH : (a) la transmission sexuelle qui est le plus fréquent mode de transmission du VIH dans la population hétérosexuelle. Cela est dû principalement à la multiplicité des partenaires sexuels, le partenariat sexuel avec des partenaires ayant des partenaires sexuels multiples, la non-utilisation des préservatifs et l'existence de MST ; (b) la transmission mère-enfant qui est liée à la séroprévalence du VIH chez les femmes, surtout dans les grandes agglomérations urbaines et semi-urbaines ; (c) la transmission sanguine qui survient avec la transfusion du sang non-testé et les pratiques médicales incorrectes telles que l'utilisation du matériel non-stérilisé, et enfin (d) la transmission par la voie des drogues injectables qui n'est pas réputée.

C'est face à cette situation que le gouvernement et ses partenaires se sont engagés pour apporter une réponse nationale effective et efficace afin d'amener les populations à modifier les comportements, réduire la prévalence du VIH/SIDA et atténuer ses effets auprès des personnes et familles infectées ou affectées.

## **2.2 Historique de l'implication du PNUD dans la lutte et Parties prenantes principales**

La lutte contre le SIDA en RCA conserve un degré élevé de priorité en RCA, face à l'évolution progressive de l'épidémie et à la gravité de ses impacts. C'est depuis plus de deux décennies que le gouvernement centrafricain a fait appel à tous ses partenaires pour renforcer les interventions de lutte.

Dans ce contexte, l'assistance actuelle du PNUD s'inscrit dans la continuité des efforts entrepris par cette agence pour la lutte contre le SIDA de 1995 à 2000 dans le cadre du Projet CAF/93/006. Initialement prévu pour trois ans, ce Projet a été étendu à six ans. Son objectif principal était de renforcer les capacités du gouvernement dans la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en oeuvre du PMT2. Grâce à ce projet, le Réseau Centrafricain d'Éthique, de Droit et le VIH a été créé et des actions en faveur du respect de la dignité et des droits des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA ont été initiées. Le Réseau Centrafricain des Personnes Vivant avec le SIDA (RECAPEV) a également vu le jour grâce à ce projet. Les forces armées, la SWAA et le centre SAS ont également été appuyés dans le cadre de cette intervention.

Mais, à partir de 2002, l'appui du PNUD s'est intensifié avec la mise en route du CAF/01/002/A/01/99 : Appui au programme de lutte contre le SIDA . L'ambition ici est de fournir une réponse nationale globale, multisectorielle et décentralisée intégrant le VIH/SIDA dans tous les plans de développement et le programme de réduction de la pauvreté. Le bénéficiaire direct a été le CNLS qui a été interpellé pour prendre en main le processus de coordination et du suivi et assurer le leadership de la lutte. Les résultats du programme devaient aussi profiter aux différentes institutions impliquées dans la lutte dont les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé.

Les groupes cibles les plus visés étaient d'abord les filles libres (prostituées), les personnes vivant avec le SIDA, les jeunes, les femmes, ainsi que les populations vivant dans la Ville de Bangui (Arrondissements 2, 3, 5 et 7) et les préfectures de Nambéré Kadéi, Nana Mambéré, Ouaka et Basse Kotto. Le choix de ces cibles était vraisemblablement justifié par leur niveau élevé de vulnérabilité à l'infection tandis que celui des zones d'intervention était guidé par deux critères : les zones où la prévalence du VIH était très élevée et les zones où elle était encore la plus basse pour limiter la progression de la maladie. A la suite des évaluations à mi-parcours, des ajustements ont été opérés pour élargir le champ d'intervention du Projet. Il apparaît, cependant que le ciblage des filles libres n'a pas été fait d'une façon correcte. Selon les témoignages, les femmes sont venues se présenter au Projet comme filles libres et ont été acceptées. Tout cela a été rendu difficile dans un pays où la prostitution est officiellement réprimée par la loi, mais socialement tolérée. La définition même de « la fille libre » ne semble pas faire l'unanimité, comme l'a démontré les débats animés sur cette question au cours de la réunion de restitution de ce Rapport.

En effet, la participation des filles libres, point focal numéro 1 de l'appui, aux actions de lutte s'est faite à travers des activités de sensibilisation, de prise en charge médicale limitée et de génération des revenus dans le cadre des associations des filles libres créées à cette fin dans les préfectures et la Ville de Bangui. On dénombrait en 2006 plus de 2500 filles libres faisant partie du réseau centrafricain des associations des filles libres. Dans chaque association, un groupe de filles (100 à Bangui) a bénéficié des formations sur les modes de transmission du SIDA, l'utilisation du préservatif et autres

thèmes. A la suite de ces formations, elles ont reçu des paquets de préservatifs, les uns pour vendre, les autres pour distribuer au cours des activités de sensibilisation.

Etant donné que la pauvreté financière constitue le principal déterminant de la prostitution qui expose les filles libres aux comportements à risque, des formations professionnelles ont été organisées dans le but de les rendre indépendantes économiquement. Après ces formations dans les domaines de leur choix (le petit commerce, la couture, l'hôtellerie, etc.) elles ont reçu du Projet des prêts remboursables pour investir dans une activité commerciale de leur choix. Le montant variait d'une association à l'autre selon le plan d'action présenté par les membres. Par exemple, l'Association des Filles Libres de Bangui avait reçu 5 millions de CFA, à répartir entre 100 filles libres. Selon les témoignages, aucune activité n'a réussi, aucun prêt n'a été remboursé, la plupart de filles libres ayant utilisé l'argent, bien qu'insuffisant par individu, à des fins de consommation. Elles n'ont pas bien compris ce qu'on voulait faire d'elles, l'indépendance économique qu'on voulait créer en elles.

Hormises les filles libres, les femmes, les jeunes, la population générale, ont été parties prenantes en tant que bénéficiaires des actions de prévention et des soins auxquelles ils ont participé au sein des structures associatives telles que l'association des femmes du marché, Femmes Africaines face au SIDA, Association des Femmes Juristes (pour la révision et la mise en application des dispositions du Code de la famille relatives aux aspects au VIH/SIDA), Association des Femmes contre les Violences des Femmes, Association des Jeunes pour le Développement de Berberati, Fédération Nationale des Parents d'Elèves et Etudiants de Centrafrique, Fédération Nationale des Tradipraticiens de Centrafrique, Union Syndicale, Chambre de Commerce et beaucoup d'autres structures. Plus de 200 ONG et OAC ont été créées ou soutenues grâce à l'appui du projet. On peut également citer les structures des confessions religieuses et les entreprises (KAMACH, SODECA, ENERCA).

Les personnes vivant avec le SIDA ont contribué à la promotion de la sensibilisation des populations par des témoignages à visage découvert afin de les inciter à changer des comportements à risque. Elles continuent à mener des activités de plaidoyer pour la défense des intérêts de leurs membres, la vulgarisation et la mise en application effective de la loi garantissant la protection de leurs droits (loi pour laquelle le PNUD a fait le plaidoyer).

Enfin, la création des comités préfectoraux de lutte contre le VIH/SIDA (CPLS) a suscité l'implication des autorités locales. Leur degré de participation dans la lutte varie selon la préfecture. A Berberati, le CPLS a réussi par son plaidoyer à faire inscrire le SIDA dans les budgets des mairies. Les départements ministériels participent aussi à des degrés divers aux exercices de planification stratégique de la lutte sous la direction du ST/CNLS, aux activités de l'Assemblée Générale et aux autres actions de formation organisées par le ST/CNLS.

Cependant, la qualité de cette participation reste généralement insatisfaisante à l'égard de la carence constatée des plans sectoriaux de lutte contre le VIH/SIDA et de la mise en veilleuse des actions y afférant.

A partir de 2006, l'assistance à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA interviendra pour renforcer les acquis et repositionner stratégiquement la lutte sur les effets dans un climat de progression rapide de l'épidémie.

# Chapitre 3 :

## Application de résultats

Ce chapitre commence avec l'examen de l'état des résultats en termes des produits et services réalisés et des effets y découlant, suivi de l'analyse des facteurs qui ont influé sur les résultats (Section 2) avant la présentation de la contribution du PNUD aux avancées de la lutte dans la troisième section. Cette section présente les produits stratégiques et spécifiques résultant de l'appui du PNUD et fera une analyse de leur pertinence, efficacité et durabilité ainsi que de l'efficacité dans leur production. La quatrième et dernière section porte sur la qualité de la stratégie de partenariat mise en oeuvre par le PNUD.

### 3.1. Etat des résultats

L'état des résultats au niveau de l'appui au Programme de lutte contre le VIH/SIDA est discuté avant de passer à l'assistance à l'accélération de la lutte. Les cadres logiques prévus sont utilisés pour une meilleure appréhension de la situation.

#### 3.1.1. Projet d'Appui au Programme de Lutte contre le VIH/SIDA

##### 3.1.1.1. Etat des résultats au niveau des produits

Tableau 4 : Cadre logique du Projet d'Appui au programme de lutte contre le VIH/SIDA

OBJECTIFS	PRODUITS	INDICATEURS	ETAT	JUSTIFICATIONS
Redynamiser les organes de concertation et de coordination existant	1.1. Un organigramme du CNLS avec des structures fonctionnelles disponibles	Existence d'un organe de coordination avec des structures fonctionnelles	Réalisé	Le CNLS a été redynamisé avec un Secrétariat Technique qui assure la coordination technique des actions de la lutte.
	1.2. Un PSN élaboré et soutenu	-Existence d'un PSN consensuel  -Plans d'actions de mise en oeuvre du PSN développés	Réalisé  Partiellement Réalisé	Le Plan Stratégique National a été élaboré sur une base participative et l'analyse de la réponse nationale qui constitue la phase 2 du processus de la planification stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA réalisée en collaboration avec l'ONUSIDA, mais sa soutenance ne nous semble pas avoir été assurée suffisamment. La connaissance et l'utilisation du Plan Cadre comme guide de planification et programmation des activités au niveau des secteurs, des partenaires au

				développement, des organisations communautaires et des entités déconcentrées est limitée. Cela se traduit entre autre par des plaintes au sujet des actions disparates. La plupart des structures n'ont pas développé des plans d'action conséquents.
	1.3 Capacités d'intervention des ONG renforcées	Nombre d'ONGs soutenues et proportion de la cible couverte	Partiellement réalisé	Plus de 200 ONGs et AAC ont été créés ou renforcés avec des appuis financiers. Mais la plupart des ONG qui ont travaillé avec le projet sont en veilleuse. La raison avancée est le manque de financement. Le projet semble avoir plus favorisé l'absorption par les ONG des ressources extérieures que leur renforcement dans la mobilisation des ressources propres.
Contribuer à réduire les comportements sexuels à risque d'ici la fin du programme par des activités IEC au sein du groupe de filles libres	Taux d'utilisation du préservatif augmenté au sein du groupe des filles libres	-Proportions de filles libres ayant pris conscience des problèmes du VIH/SIDA  -Proportion des filles libres utilisant régulièrement le préservatif  -Taux de prévalence des IST en baisse  -Proportion de malades IST correctement pris en charge dans le groupe des filles libres	Partiellement réalisé  Partiellement réalisé  Partiellement réalisé  Partiellement réalisé	Voir ci-dessous dans l'analyse des indicateurs.
Contribuer à réduire les comportements sexuels à risque d'ici la fin du programme par des activités IEC au sein de la population générale	Nombre des partenaires sexuels occasionnels réduit et taux d'utilisation du préservatif augmenté	-Nombre et types de matériels éducatifs produits  -Proportion des médias nationaux produisant régulièrement les	Partiellement réalisé  Partiellement réalisé	Voir ci-dessous dans l'analyse des indicateurs.  Les informations sur le VIH/SIDA passent occasionnellement à la radio

		programmes sur le VIH/SIDA  -Proportion d'hommes et femmes touchées par les campagnes de mobilisation sociale  -Proportion d'hommes et de femmes ayant utilisé régulièrement le préservatif en cas de rapports sexuels occasionnels	Partiellement réalisé  Partiellement réalisé	et à la télévision dans les grands centres urbains et semi-urbains. Les panneaux publicitaires sont plantés ici-là dans les grandes agglomérations et le long des axes routiers à l'intérieur. Les messages sont en français, au lieu d'être en langue nationale ; ils ne sont pas renouvelés, les panneaux eux-mêmes ne sont pas réhabilités.
Améliorer les connaissances sur l'impact socio-économique du VIH en RCA	4.1. Informations sur l'impact socio-économique du VIH disponibles  4.2. Un dispositif de mise à jour des informations sur l'impact socio-économique du VIH fonctionnel	-Etude sur l'impact socio-économique du VIH réalisé  -Qualité et quantité des informations recueillies  Régularité. Qualité et quantité des informations sur l'impact socio-économique du VIH/SIDA en RCA	Réalisé  Réalisé  Non réalisé	Etude sur les impacts du VIH/SIDA en RCA réalisée par le PNUD avec l'IDEA est disponible. Les résultats de cette étude ont été largement diffusés et pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques dont le DSRP.  Un tel dispositif n'existe pas encore à notre connaissance.
Contribuer à la réduction de l'impact social et économique de l'infection à VIH	5.1. Impact du VIH sur les filles libres réduit	-Pourcentage des activités productrices créées et soutenues par les filles libres	Partiellement réalisé	Voir ci-dessus dans l'analyse des indicateurs
	5.2. Impact du VIH sur la population en général réduit	-Proportion des personnes ayant pris connaissance du Code de la famille  -Nombre d'institutions judiciaires ayant appliqué les clauses du Code	Partiellement réalisé  Non réalisé	Le Code de la famille est en voie d'actualisation pour tenir compte des aspects de VIH/SIDA.  Le Code de la Famille, même dans sa configuration actuelle, ne semble pas être suivi ou appliqué.

### **3.1.1.2. Analyse des indicateurs des résultats**

L'état de ces indicateurs permet de se faire une idée sur et de situer l'état de l'appropriation de la lutte contre le VIH/SIDA par la partie nationale.

#### **a) Pourcentage des filles libres ayant pris conscience du problème de VIH/SIDA et de ses impacts**

La mission a rencontré une vingtaine de représentantes de l'Association des filles libres à Bangui, Bouar, Berberati et Sibut (voir Annexe 2 Réunions et rencontres). Toutes les filles, sans distinction, soit 100% d'entre elles ont affirmé qu'elles exigent le port du préservatif avec un partenaire occasionnel, et que le SIDA est bien une réalité. Celles qui ont travaillé avec le Projet distribuaient des sachets de préservatif dans les boîtes de nuit. Le SIDA est une réalité, ont-elle reconnu. La phrase « nous voyons nos amies mourir jeunes », est revenue constamment dans les discussions. Suite à la rareté des préservatifs féminins, elles se promènent dans leurs sacs avec les préservatifs masculins. Elles ont déclaré qu'elles étaient prêtes à arrêter de négocier avec un partenaire qui insiste sur le corps à corps. Toutefois, certaines d'entre elles ont reconnu que, par manque des moyens, et suite à leur abandon depuis l'arrêt du Projet d'appui du PNUD, qu'il était possible de succomber devant un partenaire offrant des sommes importantes.

Le point ici est qu'il existe une prise de conscience manifeste parmi les filles libres que nous avons rencontrées du danger que recèle le SIDA et de la nécessité de se protéger. Cette position a été confirmée par la Ministre des Affaires Sociales, en parlant elle des filles libres. D'une manière générale. La prise de conscience a été forgée en partie par des formations qu'elles ont reçues dans le Projet de lutte contre le SIDA, les témoignages vécus en voyant leurs amis ou membres de famille disparaître et éventuellement la publicité et le théâtre à la radio et télévision, en ce qui concerne la Ville de Bangui plus particulièrement.

#### **b) Pourcentage des femmes dépistées (Proportion des femmes touchées par les campagnes de sensibilisation)**

Les femmes en général constituaient l'une des cibles principales du Programme d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA. Les données sur le dépistage et son processus peuvent fournir une idée sur l'efficacité des activités de prévention et mobilisation sociale. Les statistiques contenues dans les Tableaux 5 jusqu'à 8 portent sur les femmes enceintes qui ont fréquentées l'Hôpital Communautaire de Bangui. Tableau 5 donne la proportion des femmes enceintes qui ont accepté d'être dépistées volontairement. Les données montrent une progression positive en terme d'acceptation du dépistage. Le nombre des femmes dépistées est en augmentation chaque année, passant de 471 en 2001 à 731 en 2004, soit un taux d'acceptabilité du dépistage volontaire passant de 73% à 91%, respectivement. Quand on répartit les femmes selon l'acceptabilité du pré-test (Tableau 6) et du post-test (Tableau 7), on constate également un degré élevé d'acceptabilité dans les deux cas.

**Tableau 5 : Acceptabilité du test de dépistage de l'infection à VIH par les gestantes**

Année	Consultation Prénatale	Dépistage	Taux d'acceptabilité
2001	647	471	72,8%
2002	757	619	81,7%
2003	782	644	82,3%
2004	807	731	90,6%
Total	2993	2465	82,4%

Source : Gauneffet Christel Edith, Thèse de doctorat en médecine, présentée et soutenue le 06/06/2006, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bangui.

**Tableau 6 : Acceptabilité du pré-test par les gestantes**

Année	Consultation Prénatale	Pré-test Accepté	Taux d'acceptabilité
2001	647	213	32,9%
2002	757	250	33%
2003	782	585	74,8%
2004	807	736	91,2%
Total	2993	1784	59,6%

Source : Ibidem que le Tableau précédent.

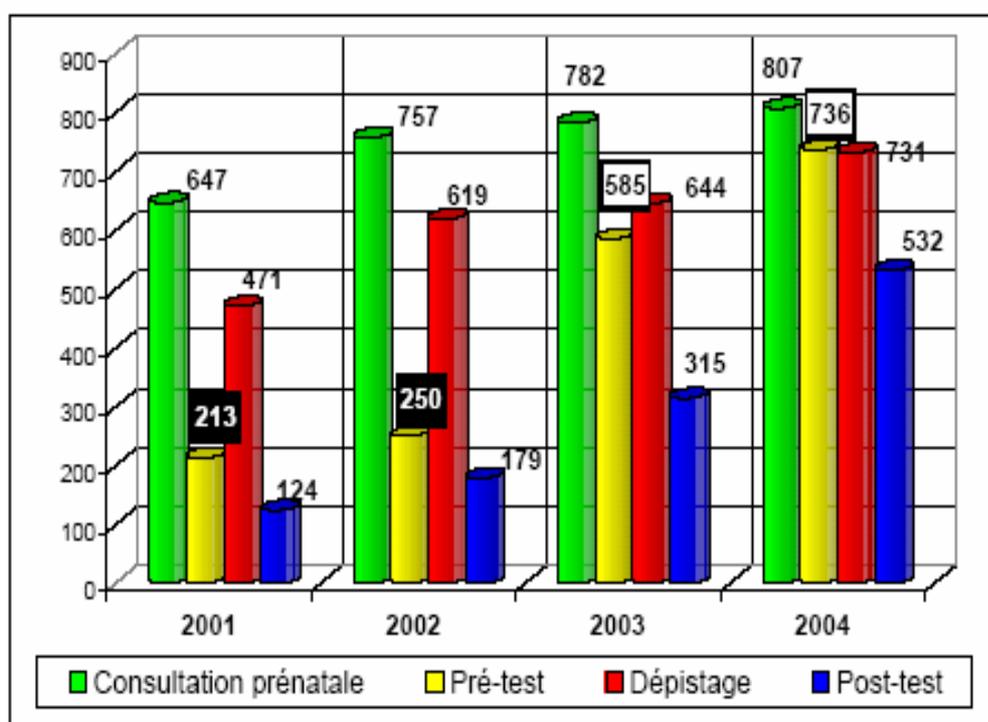
**Tableau 7 : Acceptabilité du post-test par les gestantes**

Année	Consultation Prénatale	Pré-test Accepté	Taux d'acceptabilité
2001	471	124	26,3%
2002	619	179	28,9%
2003	644	315	48,9%
2004	731	532	72,7%
Total	2465	1150	46,7%

Source : Ibidem.

Le Tableau 8 présente une vue d'ensemble du processus de dépistage. On observe une augmentation sur toute la ligne de ce processus en termes du nombre des femmes qui ont fait la consultation prénatale, le pré-test, le post-test, le dépistage et le post-test. Une augmentation significative est observée en 2004, ce qui montre que l'implication des partenaires à partir de 2002 avait commencé à porter des fruits. Les informations issues de ces Tableaux bien que partielles et limitées, suggèrent que la sensibilisation à l'infection VIH/SIDA est en voie de produire des résultats positifs. Ceci est un indice de changement positif même si l'importance statistique de ce changement peut être faible.

**Tableau 8 : Répartition des gestantes selon leur participation au processus de dépistage**



Source : Ibidem.

### c) Prévalence des infections sexuellement transmissibles

Le Tableau 9 montre qu'à Berbérati, certaines infections sexuellement transmissibles (IST) sont dépistées. C'est leur prise en charge qui pose des problèmes, de même que les difficultés de rupture de stock des réactifs et médicaments. A Bouar, au Tableau 10, on constate une variation annuelle dans la prévalence des IST avec une tendance à la baisse en 2004.

**Tableau 9 : Infections sexuellement transmissibles : septembre 2005 - septembre 2006**

Type d'IST	Cas dépistés				Total
	Masculin		Féminin		
	Cas +	%	Cas +	%	
Écoulements génitaux	19	86,3	3	0,1	22
Ulcérations génitales	10	76,9	3	23	13
Bubon inguinales	2	100	0	0	2
Douleur pelvienne			80	100	80
Tuméfaction scrotales	43	100			43
Végétations vénériennes	0	0	0	0	0
BW chez les femmes enceintes			58	3,9	1470
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>5,5</b>	<b>144</b>	<b>8,8</b>	<b>1630</b>

Source : Hôpital Régional Universitaire de Berbérati, Rapport des activités de dépistage volontaire et de la prise en charge des IST dans le cadre du projet OMS – OPEP.

**Tableau 10 : Cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) en consultation prénatale à l'Hôpital préfectoral de Bouar**

IST	2002	2003	2004
Syphilis	31	25	05
Gonococcie	08	61	18
Trichomonas	85	104	38
Nombre des femmes	1158	1200	427

Source : Rapport d'Evaluation Interne du Projet, Appui à la lutte contre le Sida, 2004.

#### **d) Taux d'utilisation du préservatif dans la population**

Pour nous faire une idée sur cet indicateur, en l'absence des statistiques sur la consommation des préservatifs, nous avons cherché à obtenir les données sur leurs commandes. Nous avons également interviewé le Coordonateur du PSI (Population Service International), un projet spécialisé dans la vente et le marketing social des Préservatifs, pour recueillir ses avis sur l'attitude des populations vis-à-vis du préservatif.

**Tableau 11 : Préservatifs distribués par ACAMS de décembre 1991 à octobre 2007.**

Année	Total préservatifs distribués
1991	310080
1992	673304
1993	1380672
1994	1891596
1995	2392336
1996	2000352
1997	1546560
1998	1247040
1999	1074242
2000	2185691
2001	2576313
2002	4877550
2003	2926884
2004	5408640
2005	5868720
2006	5262480
2007	3909120

Source : Données recueillies la mission auprès du Projet Population Service International, Bangui.

Bien qu'il y ait des fluctuations annuelles dans la distribution des préservatifs, les données cidessus (Tableau 11) montrent une tendance générale vers la hausse. Dans la période 2000 - 2007 le nombre total de préservatifs distribués dépasse 2 millions avec un minimum de 2185691 en 2000 et un maximum en de 5868720 en 2005. On constate une augmentation nette du nombre total de préservatifs distribués entre 2002 et 2006 couvrant la période l'exécution des deux projets.

Selon le PSI, l'offre actuelle du préservatif est inférieure à la demande effective, point de vue corroboré par nos observations, surtout à l'intérieur du pays. Ici, la rareté du préservatif a été soulignée par les membres du comité technique préfectoral de lutte contre le VIH dans toutes les préfectures visitées, les filles libres et le RECAPEV. A Bangui, la Fédération des Parents d'Elèves et Etudiants de Centrafrique a déploré « le manque des préservatifs dans les établissements scolaires alors que les étudiants eux-mêmes les demandent ». Les témoignages du Coordonnateur du PSI résument mieux les sentiments partagés par un grand nombre de gens sur cette question:

« De plus en plus, les gens parlent à l'aise du préservatif, surtout dans les centres urbains et semi-urbains. Les filles vous sortent des préservatifs dans leurs sacs. De plus en plus, les parents n'ont pas honte de parler du préservatif devant ou à leurs enfants. Même les religieux comme les abbés et pasteurs parlent aujourd'hui des préservatifs alors que c'était il n'y a pas

longtemps un tabou généralisé. La cadence n'est pas à grande vitesse, mais il y a quand même un changement » .

### **e) Attitudes de la population vis-à-vis du sida et des sidatiques (Proportion d'hommes et femmes touchées par les campagnes de sensibilisation)**

Selon la plupart des répondants, le SIDA et les Infections sexuellement transmissibles (IST) sont encore considérés dans la société centrafricaine comme des maladies honteuses. En conséquence, il y a une rétention de l'information sur ces maladies, les gens ne voulant pas généralement en parler. Ceci a des implications négatives en termes de sous-notification des cas auprès des formations médicales.

Non seulement que le SIDA est perçue comme une maladie honteuse, mais aussi le moyen principal de sa prévention « le port du préservatif » n'est pas encore accepté largement comme un sujet de discussion, en dépit des progrès réalisés dans les centres urbains et semiurbains. Par exemple, un député a été sensibilisé les femmes de sa circonscription rurale sur le SIDA. Quand elle est arrivée au port du préservatif, elle a demandé à son auditoire de la regarder attentivement pour voir très bien comment l'homme doit mettre son condom. Toutes les femmes ont baissé leurs têtes. Le député devait leur dire qu'elle n'allait pas continuer avec sa présentation si les dames ne soulevaient pas leurs têtes pour qu'elles se redressent, mais timidement. Le Médecin Directeur de l'Hôpital Préfectoral de Bouar nous a fait savoir que la pratique sexuelle saine n'existait pas dans sa sous-préfecture et que la population bien qu'informée de la disponibilité des préservatifs à son hôpital, ne venait pas les chercher.

En outre, l'église musulmane, bien qu'impliquée dans les structures de la lutte, est dite encore très réticente pour parler du préservatif. Elle préfère plutôt insister sur la fidélité du couple qui est perçue comme consistante avec sa doctrine. Certaines personnes continuent aussi à penser que le SIDA provient d'une malédiction.

Quand on en souffre, on pense donc à l'envoûtement. En conséquence, la solution est recherchée dans l'harmonisation des rapports avec le monde ou les esprits invisibles. C'est seulement quand la situation s'empire que la famille se décide d'amener précipitamment le patient auprès d'un centre de santé (la population a tendance à approcher le centre de santé quand la maladie est déjà à un stade avancé).

D'autre part, la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont décriées avec force par les membres du RECAPEV (voir le témoignage ci-dessous). Au cours d'un défilé commémorant la journée mondiale du SIDA, célébrée à Berbérati, le 3 décembre 2007 (le 1 décembre étant la fête nationale de l'indépendance), le passage des membres du RECAPEV a été accompagné d'hurllements prolongés de la foule qui a poussé jusqu'à les dilapider. Les membres du RECAPEV qui ont rencontré la mission immédiatement après l'événement, étaient apparemment

découragés. La loi sur la protection des droits des PVVIH a été votée au Parlement, mais malheureusement, elle n'est pas connue, faute de vulgarisation. Ce qui rend difficile la tâche des syndicats et autres acteurs de lutte pour valablement défendre les intérêts de leurs clients.

La discrimination prend parfois la forme de violence contre les femmes. La mission a reçu des témoignages selon lesquels des femmes sont battues par leurs maris pour les avoir suspectés de sidatiques. Dans certains cas, la police est intervenue pour ne rien faire ou pour tout simplement donner raison à l'homme. Comment protéger la femme dans un contexte où l'homme pense qu'il a le droit d'obtenir de sa femme le sexe sans protection quelles que soient les conditions? Le Code de la famille est en voie d'être actualisée avec la participation de l'Association des femmes juristes et l'Association des femmes contre les violences des femmes et pourraient trouver des réponses adéquates à cette question et bien d'autres. Pour l'instant, la plainte générale est soit que les lois n'existent pas, soit que quand elles existent, elles ne sont ni suivies, ni appliquées.

#### **f) Adéquation et qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le SIDA**

Nous examinons d'abord l'adéquation de la prise en charge sur le plan qualitatif avant de passer à une analyse quantitative de cet indicateur. Nous avons enregistré plusieurs témoignages qui font état d'une dégradation des conditions des personnes vivant avec le SIDA. Ci-dessous une déclaration globale faite par les membres du Réseau Centrafricain des Personnes Vivant avec le SIDA de Bangui (RECAPEV) :

« Nous ne sommes pas pris en charge. Quelques uns d'entre nous sont aidés par CARITAS, mais pas de prise en charge comme telle. Il y a 4 ans, nous avons bénéficié d'un financement de la Banque Mondiale. Nous avons eu des formations. Cela nous a permis de sensibiliser les gens à suivre des comportements responsables. Nous faisons des témoignages à visage découvert. En 2005, nous avons reçu une prise en charge nutritionnelle de PAM et de l'Association Amis d'Afrique (Japon). A part cela, rien n'est fait pour nous. Nous avons fait des réunions avec le ST/CNLS, nous n'avons pas eu de réponses jusqu'à présent. Comme il n'y a pas d'appui, certains d'entre nous sont obligés d'aller aux champs malgré leur condition pour obtenir quelque chose pour nourrir les enfants. Quand nous prenons les ARV, nous avons faim; il faut manger, mais nous n'avons rien. Pas d'accompagnement nutritionnel. Cela aggrave notre état de santé. Chacun de nous se débrouille pour gérer la stigmatisation et l'exclusion. Certaines d'entre nous sont bien formées. Nous avons envoyé les résumés même auprès des organisations internationales, en mentionnant notre situation, mais pas de suite. La stigmatisation est plus grave quand vous n'avez pas de moyens. Ceux qui ont le SIDA, ce sont les plus pauvres. Quand ils recourent à leurs familles, ils sont rejetés. Ceux qui ont des moyens sont acceptés. Lors des sensibilisations, les gens vous écoutent quand ils voient que vous êtes pris en charge. Nous avons un véhicule qui a été alloué au Réseau par le Fonds Mondial, mais ce véhicule reste garer à leur bureau depuis 2006. Ceux qui ont besoin des

véhicules n'en ont pas. Nous sommes les premiers acteurs dans la lutte contre le SIDA, mais nous sommes négligés ».

Ce témoignage fait certes état de l'insuffisance de la prise en charge sur tous les plans. Mais pour avoir une idée complète de la prise en charge médicale, nous allons examiner de plus près comment les patients sont suivis et pris en charge. Par souci de présentation, la plupart des tableaux sont renvoyés en annexe avec des commentaires appropriés. Alors, ST/CNLS devrait si possible augmenter son staff et s'abstenir d'intervenir à la place de ceux qui sont sur le terrain.

Le Tableau 12 montre la situation des PVVIH suivies et prises en charge en 2007 dans la région sanitaire couverte par l'Hôpital Communautaire. On constate une augmentation nette en 2007 de janvier à février et de mai à octobre à la fois du nombre total de patients ayant développé le SIDA et mis sous ARV, du nombre de patients qui sont décédés et, ceux qui sont perdus de vue.

**Tableau 12 : Patients éligibles par mois et mis sous ARV à l'Hôpital communautaire de Bangui**

Année 2007	Patients		
Mois	Nombre total sous ARV	Perdus de vue	Décédés
Janvier	451	14	10
Février	479	29	24
Mai	576	75	74
Octobre	759	100	89
Août	697	90	82
Variation Janvier par rapport Février (%)	6.2	107	140
Variation Mai par rapport Octobre	32	25	20

Source : Hôpital Communautaire de Bangui. Service de Médecine, Médecin Prescripteur P.F.

Le Tableau 12 traduit la situation des PVVIH suivis et prises en charge au CTA/CNRIST/TAR de Bangui. Son analyse montre une augmentation en 2007 de Septembre à Octobre à la fois du nombre total de patients éligibles aux ARV, du nombre de patients total effectivement mis sous ARV. Il pointe une situation en augmentation des PVVIH suivies et prises en charge en 2007 dans la région sanitaire couverte CTA/CNRIST/TAR de Bangui.

Un ancien Coordonnateur du Programme National d'Accès aux ARV a déclaré qu'en décembre 2007, il y a eu environ 8000 malades sous ARV sur les 40000 malades éligibles. Ceci a conduit à démarrer la formation de

paramédicaux (TSS, IDE) pour la prescription du traitement de première ligne et surveiller le traitement pour referer au médecin en cas de nécessité. Selon cet ancien Coordonnateur du Programme National d'Accès aux ARV "si la tuberculose a marché avec les paramédicaux, il est temps de confier la mise sous ARV surtout le traitement de première ligne qui semble bien marché dans 90% des cas, aux paramédicaux pour éviter le surmenage des médecins et surtout que la tuberculose et le VIH vont ensemble".

**Tableau 13 : Patients pris en charge au CTA/CNRIST/TAR**

Mois de L'année 2007	Nombre total patients VIH+ suivis	Nombre patients éligibles ARV	Nombre total sous ARV	Perdus de vue	Décédés
Septembre	2838	1630	1630	31	28
Octobre	2936	1670	1670	31	28
Variation Octobre par rapport Septembre%	3	2	2	0	0

Source : CTA/CNRIST/TAR

L'analyse du Tableau 13 montre une augmentation nette en 2007 de janvier à février et de mai à octobre de tous les quatre Schémas thérapeutiques. Les données traduisent un besoin de disposer des ARV de façon permanente et suffisante pour parer à d'éventuelles ruptures de stock.

**Tableau 14 : Schéma thérapeutique des patients éligibles par mois et mis sous ARV à l'Hôpital communautaire de Bangui**

Année 2007	Schéma thérapeutique des patients éligibles				
	Mois	3TC+d4T+NVP	3TC+d4T+EFZ	3TC+d4T+IDV/r	AZT+3TC+EFZ
Janvier	258	19	26	80	21
Février	274	19	26	85	21
Mai	310	37	30	113	29
Octobre	407	47	68	165	32
Août	387	37	63	139	30
Variation Février par rapport Janvier	6	0	0	6	0
Variation Mai par rapport Octobre	31	27	127	46	9

Source : Hôpital Communautaire Service de Médecine, Médecin Prescripteur P.F.

Les statistiques des Tableaux 14 et 15 montrent une augmentation en 2007 de septembre à octobre de tous les cinq schémas thérapeutiques.

**Tableau 15 : Schéma thérapeutique des patients éligibles par mois et mis sous ARV au CTA/CNRIST/TAR**

Année 2007	Schéma thérapeutique des patients éligibles				
Mois	3TC+d4T+NVP	3TC+d4T+EFZ	3TC+d4T+IDV/r	AZT+3TC+EFZ	AZT+3TC+NV
Septembre	1168	160		119	50
Octobre	1199	163		122	52
Variation Octobre par rapport Septembre %	3	2		2	4

Source : au CTA/CNRIST/TAR

**Tableau 16 : Activités du CDV de Bouar Avril 2005 à Octobre 2007**

Classes d'âges en années	Nombre personnes orientées par les ONG	Nombre de pré tests faits	Nombre personnes testées
< 15 F	7	53	53
< 15 H	3	32	32
15 - 19 F	66	926	926
15 - 19 H	42	585	585
20 - 24 F	78	729	729
20 - 24 H	57	680	680
25 - 44 F	134	837	837
25 - 44 H	120	835	835
> 45 F	43	96	96
> 45 H	51	181	181

Source : CDV de Bouar.

Le Tableau 16 montre les activités du CDV de Bouar d'avril 2005 à octobre 2007. La classe d'âges 25 - 44 à Bouar compte les nombres les plus élevés en termes de : femmes orientées par les ONG, pré tests faits, personnes testées, VIH+ et des femmes orientées dans les FOSA.

**Tableau 17 : Situation des dépistages dans plusieurs structures sanitaires**

Période	Dépistage Prévalence (%)								
	PTPE Bangassou			Ouango Bangui			Croix rouge Bangui		
	F	H	Total	F	H	Total	F	H	Total
Août 07	9	-	9	17	14	16	16	6	12
Septembre 07	3	-	3	27	14	22	22	15	19
Juillet 07	-	-	-	15	10	14	20	13	17
Juin 07	4	17	5	15	6	12	15	26	21
Mai 07	8	-	7	19	-	14	19	13	16
Avril 07	8	-	8	-	-	-	24	25	24
Mars 07	6	-	6	11	9	11	22	20	21
Février 07	3	-	3	14	9	12	23	10	17

Période	Dépistage Prévalence (%)								
	PTPE Bambari			CDV Bouar			CDV Bossangoa		
	F	H	Total	F	H	Total	F	H	Total
Août 07	4	-	4	25	12	19	11	12	11
Septembre 07	5	-	5	35	24	31	-	-	-
Juillet 07	4	-	4	28	6	18	7	2	5
Juin 07	12	7	10	27	18	23	-	-	-
Mai 07	4	-	4	27	16	21	4	4	4
Avril 07	-	-	-	33	14	25	12	12	12
Mars07	4	-	4	29	17	25	13	7	11
Février 07	4	-	4	28	10	19	6	7	6

Source : Rapport de dépistage 2005 – 2007 Cellule Fonds Mondial.

Le Tableau 17 montre la situation des dépistages à travers les résultats des activités de quelques CDV et PTPE entre 2005 et 2007, transmis à la Cellule Fonds mondial. Il montre beaucoup de données manquantes, et une augmentation de la prévalence à Ouango Bangui, Croix rouge Bangui entre le mois de juillet 07 et celui de septembre 07 puis, PTPE Bambari, CDV Bouar entre le mois de mai et celui de juin 07, ainsi qu'au CDV de Bossangoa entre le mois de mars et celui d'avril 07.

### **g) Pourcentage des activités productrices créés et soutenues par les filles libres**

Les filles libres ont été organisées en associations (Association des filles libres de Centrafrique) sur l'étendue du territoire national. Au total, le réseau centrafricain des filles libres compterait plus de 2500 membres. Les Associations des filles libres, encadrées par des ONGs, ont reçu des formations sur les modes de transmission de SIDA, les méthodes de prévention et la sensibilisation des populations. Elles ont reçu aussi des formations sur les microréalisations (hôtellerie, couture, petit commerce) afin de se créer des activités génératrices de revenu. A la fin de ces formations, elles ont obtenu des prêts remboursables du Projet pour investir dans le commerce. Le montant variait selon la qualité du Plan d'action présenté. Par exemple, l'Association des filles libres de Bangui avaient obtenu 5 millions de CFA, à répartir entre 100 filles libres. Les témoignages des filles libres elles-mêmes indiquent que cette opération a été un fiasco total à travers le pays. Les filles ont reçu de l'argent (50 mille CFA chacune à Bangui), certaines d'entre elles ont démarré des activités commerciales, mais aucun prêt n'a été remboursé ; l'argent a été affecté dans la consommation. Au dire des filles libres, il n'y a pas d'activités productrices crédibles à montrer.

### **h) Pourcentage des ressources mobilisées et affectées aux activités de VIH/SIDA**

La redynamisation des organes de concertation et coordination de la lutte contre le VIH/SIDA ne peut être effective sans une capacité interne de mobilisation des ressources financières. Les indicateurs retenus et discutés jusque là ne prennent pas en considération ce critère. Mettre en place des structures et élaborer des organigrammes ou produire des papiers sous forme des plans cadres ne sont pas suffisants pour enclencher une dynamique interne de développement. La présence des moyens financiers est un élément essentiel pour une action soutenue d'une stratégie de lutte animée par les autochtones. Nous ajoutons et apprécions ici un autre critère qui n'a pas été envisagé dans le cadre logique du Projet, à savoir le pourcentage des ressources mobilisées et affectées aux activités de VIH/SIDA

En 2003, sur un montant total de 17,5 millions USD, 860,000 seulement proviennent des ressources internes de l'Etat. Il est prévu au budget public 1,2 millions de CFA pour les activités sectorielles de lutte contre le SIDA. Les départements ministères se plaignent que ce montant ne leur est pas versé. Au Ministère du Développement Rural par exemple, il n'a été versé qu'une fois en 2004, mais en nature. L'adage selon lequel « Tu ne peux pas capturer un poisson si tu n'as pas d'appât », est d'application dans tous les départements publics. En d'autres termes, nous ne pouvons rien faire faute de moyens de la part de l'Etat. Les ONG et associations nationales engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA souffrent aussi de manque de moyens propres importants pour soutenir la lutte en dehors pour quelques une d'entre elles des cotisations des membres et petites recettes provenant des activités génératrices des revenus.

En ce qui concerne les ressources extérieures pour la lutte, elles sont passées de 9,6 millions USD en 2004 à 7,7 millions USD en 2005. (UNDAF).

**Tableau 18 : Situation de l'effet-Appui au programme de lutte contre le SIDA**

EFFET : la prévalence et l'impact du VIH/SIDA sont réduits à travers l'appropriation nationale de la lutte.

INDICATEURS	ETAT DE L'EFFET			FACTEURS INFLUANT SUR L'EFFET
	Pas de changement	Changement Positif faible	Changement Positif	
Prévalence du VIH/SIDA réduite		X		-Pauvreté -Niveau faible de développement humain -Instabilité politique -Culture de rejet de responsabilité -Pesanteurs sociaux culturels -Migrations internes et externes
Impact du VIH/SIDA réduite dans la société		X		

### Prévalence du VIH/SIDA réduite

Une précision méthodologique s'impose à l'ouverture de cette section. Une analyse comparative pouvant nous permettre de dire si réellement il y a eu une réduction dans la transmission et l'impact du VIH/SIDA, est rendue difficile par l'insuffisance des informations sur l'épidémie et son évolution, et surtout la méconnaissance des conditions initiales. Dans ce contexte, nos réflexions ont été guidées par les statistiques que nous avons pu obtenir et analyser, les témoignages, les études antérieures et nos propres observations.

Le Tableau 3 (Contexte) reprend les données récentes de l'enquête de sérologie de VIH en RCA- MICS-III effectuée en 2006. La prévalence nationale de l'infection est située à 6,2 %. Les statistiques dans les tableaux 13-18 ainsi que les annexes montrent une augmentation des cas de VIH suivis, ce qui laisse suggérer une situation galopante de l'épidémie. Ceci risque de donner raison aux rédacteurs du Plan cadre stratégique 2006-2010 lorsqu'ils concluent « malgré toutes les énergies dépensées pour mener des activités de prévention depuis deux décennies de lutte contre le VIH/SIDA, l'épidémie continue sa propagation et fait de plus en plus de victimes et contribue pour une grande part à la dégradation de la qualité de vie de la population ». (pp. 16). Toutefois, la situation aurait été plus grave sans les actions des partenaires. Nous estimons que l'augmentation constatée dans le changement des comportements au niveau de l'utilisation du préservatif, de

dépistage, du contrôle progressif des IST, de l'augmentation des acteurs impliqués dans la lutte ou de la publicité générale autour du SIDA devrait avoir un impact positif sur l'infléchissement de la tendance de l'épidémie même si nous ne disposons pas des données de référence pour traduire avec précision la grandeur de ce changement.

### **Impact du VIH/SIDA réduit**

Le même raisonnement est appliqué pour l'impact du VIH/SIDA sur les malades, les familles affectées et la société, en général. Cet impact est potentiellement réduit en raison de la fourniture dans presque toutes les préfectures et la Ville de Bangui des services de prise en charge médicale, psychologique et nutritionnelle, bien qu'insuffisante, de la présence des caisses sociales et de solidarité dans les départements publics et les entreprises et de l'amélioration de la connaissance sur le VIH/SIDA parmi les filles libres, les femmes, les jeunes et la population en général.

Cependant, un impact important du VIH/SIDA est l'augmentation fulgurante du nombre d'orphelins. En 2005, le nombre total d'orphelins âgés de moins de 18 ans serait de 289 700 enfants, dont 143 800 en raison du SIDA. Les orphelins du SIDA représenteraient donc 47 % des orphelins dans le pays en 2005. Dans le cas du scénario volontariste de l'étude sur les Impacts du SIDA en RCA, le nombre total d'orphelins atteindrait 343 100 enfants en 2015, dont 62 % à cause du SIDA. Si la tendance actuelle se poursuit (scénario tendanciel), ce chiffre atteindrait 347 900 enfants en 2015, soit 64 % d'orphelins du SIDA.

### 3.1.2. Projet 2 : Appui à l'Accélération de la lutte

#### 3.1.2.1. Etat des résultats

Tableau 19 : Cadre logique des résultats

EFFET : Appropriation nationale croissante de la lutte qui soit effective et efficace				
PRODUITS	ETAT DU PRODUIT	INDICATEUR D'EFFET	ETAT DE L'INDICATEUR D'EFFET	FACTEURS EXTERIEURS AFFECTANT L'EFFET
L'assemblée Générale tenue sous le leadership du Chef de l'Etat. Des directives sont données pour promouvoir les outils de l'accélération de la lutte. Les acteurs sont mobilisés et participent efficacement dans la lutte	Partiellement Réalisé	Assemblée Générale tenue	Changement positif faible	-Pauvreté financière (manque des moyens pour vulgariser les directives) -Faible développement humain (insuffisance des cadres bien formés et sous-équipement des structures d'appui) -Culture administrative (esprit d'assistanat et de rejet de responsabilité)
Des cadres maîtrisent la programmation axée sur les résultats et la gestion des dépenses	Partiellement réalisé	Tableau de bord de suivi disponible et utilisé par le CNLS	Pas de changement	
Outils performants de planification utilisés	Partiellement réalisé	-Capacités des acteurs en matière de planification, gestion et suivi-évaluation renforcées  -Outils performants de planification largement diffusés	Changement positif faible	
Le pays éligible au sixième round du	Réalisé	Ressources du		

Fonds Global VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme		Fonds Global mobilisées	Changement positif	
Le Programme Conjoint VIH/SIDA du SNU est élaboré et disponible	Non réalisé			
Le cadre d'application des lois antidiscriminatoires et des normes d'éthique, en matière de droits humains et de genre impliquant l'engagement de la communauté est vulgarisé	Partiellement Réalisé	Degré d'application de la loi sur la protection des droits des PVVIH	Pas de changement	
Les conditions de prise en charge des personnes infectées et affectées sont déterminées.	Partiellement réalisé			

Comme indiqué au Tableau 21, les indicateurs prévus de cet effet sont : la tenue de l'Assemblée Générale, un tableau de bord pour le suivi disponible et utilisé par le CNLS, des outils performants de planification et de gestion largement diffusés, des capacités des acteurs renforcées en matière de planification, de suivi et de gestion. Nous y avons ajouté le degré de vulgarisation et d'application de la loi sur la protection des droits des PVVIH. Examinons en détail chaque indicateur d'effet retenu dans le cadre logique des résultats.

### 3.1.2.2. Analyse des indicateurs de l'effet

#### a) Une Assemblée Générale tenue

Contrairement à la première Assemblée Générale qui était centrée sur la présentation des activités sans que les acteurs aient un fil conducteur, la dernière Assemblée Générale tenue en 2006 a imprimé une vision stratégique à la lutte par des directives simples et claires du Chef de l'Etat et Président du CNLS, aux maires, chefs de village, leaders religieux et autres responsables. Les directives présidentielles demandent aux leaders de prendre des initiatives, notamment de compter sur leurs propres efforts, d'organiser des séances de sensibilisation et de faire des rapports. Ces directives supposent un rapport à la prochaine Assemblée Générale, qui devait se tenir en 2007, mais a été reportée par manque des moyens financiers.

Malheureusement, les directives présidentielles ne sont pas suffisamment connues à cause d'une vulgarisation insuffisante. Toutes les entreprises que nous avons visitées ont déclaré avoir entendu parlé des directives présidentielles, mais elles n'étaient pas en mesure de parler de leur contenu. Il en est de même pour les ministères ainsi que les préfectures de Bouar et Berberati. Dans cette dernière préfecture, cependant, le diagnostic a été établi et des actions étaient en cours avec l'appui du ST/CNLS pour les vulgariser au niveau des chefs des quartiers. En outre les directives ont été annoncées, mais sans accompagnement des moyens, petits soient-ils, pour motiver les gens et traduire en actes l'engagement des organes supérieurs. Ce manquement semble avoir entraîné au découragement et à la démission collective face aux responsabilités attendues.

Par ailleurs, si l'Assemblée Générale est un organe d'inspiration et d'orientation, l'exercice de cette fonction exige non seulement la mise en place des directives applicables aux acteurs de la lutte, mais aussi des mécanismes de suivi au niveau politique pour une mise en œuvre effective de ces directives. Le suivi technique est assuré par le ST/CNLS, mais l'implication des instances politiques dans le suivi périodique des interventions ne semble pas paraître dans les faits. A la question de savoir combien de fois, les questions relatives au SIDA sont discutées en Conseil des Ministres, les autorités supérieures interrogées ont souligné que de telles questions étaient souvent initiées par la dynamique Ministre des Affaires Sociales et parfois par le Ministre de la Santé. Le Ministère de l' Education, où les cas de VIH/SIDA sont importants selon les études, a été reconnu par les autorités comme le plus inactif en matière de lutte contre le VIH/SIDA, point de vue partagé par la Fédération des Parents d'Elèves et Etudiants de Centrafrique. Rien ne semble être fait pour inviter à l'action cette institution et d'autres similaires, alors que l'un des buts principaux au coeur de l'aide du PNUD dans la redynamisation des structures de lutte est de renforcer l'engagement des décideurs politiques dans les interventions de cette lutte !

#### **b) Tableaux de bord de suivi disponible et utilisé**

D'après le Secrétariat technique du CNLS, seulement 23, 5% des comités préfectoraux de lutte contre le VIH/SIDA ont été en mesure de préparer des tableaux de bord valables. Seulement une structure sectorielle de coordination est opérationnelle (CNLS, Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010, p55). En d'autres termes, la lutte n'est pas encore menée d'une façon stratégique, notamment en l'absence des tableaux de bord faisant état de ce que chaque acteur fait et comment, et ce qui reste à faire. Une telle façon de travailler rend difficile la capitalisation des expériences positives, la coordination des interventions et la surveillance de l'épidémie.

#### **c) Outils performants de planification utilisés**

Un cadre de gestion coordonné et concerté des problèmes de VIH/SIDA a été mis en place au moyen d'une stratégie multisectorielle de lutte intégrant en principe tous les secteurs publics, organisations de base, secteur privé et

société civile. Le plan cadre de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2011 a été bien élaboré avec l'assistance du PNUD et de l'ONUSIDA. Elle tient compte des leçons des expériences passées et a été formulé dans l'optique des résultats. Le cadrage présente les objectifs de la lutte, les domaines prioritaires d'intervention, les défis à relever, les indicateurs de performance et les rôles et responsabilités des acteurs et partenaires.

Toutefois, les orientations de ce Plan Cadre ne semblent pas être suivies par la plupart des acteurs. Par exemple, l'optique de gestion axée sur les résultats qui marque le Plan Cadre, ne ressort pas encore dans la préparation des plans d'action des ministères, préfectures, des ONG, et autres acteurs de la société civile. Les plans d'action, là où ils existent, se présentent plus comme des requêtes de financement avec plusieurs pages réservées à l'exposé des besoins financiers que des outils de gestion avec des objectifs priorités, assortis des résultats et des indicateurs de réalisation.

En plus, le processus de programmation souffre d'un manque de coordination et de prévisibilité sur les engagements financiers de la part des partenaires. La mise à exécution des actions prévues dans le Plan Cadre 2006-2011 nécessite une enveloppe financière estimée à CFA 71.523.508.580. Il n'est pas clair d'où proviendra cet argent, hormis le souhait d'organiser des tables rondes. Cet état de chose constitue une entrave à l'élaboration des plans opérationnels réalistes ; il risque aussi de donner aux travaux de planification l'allure d'un exercice académique moins sensible aux conditions réelles du terrain.

Outre la méthode de gestion axée sur les résultats, les cadres ont été introduits à celle du cadre des dépenses à moyen-terme. Mais, il n'y a pas encore des preuves d'application de ces deux outils dans la gestion opérationnelle. La mission s'est déroulée vers la fin de l'année et n'a observé à aucun échelon un plan ou un souci de révision d'un programme quelconque de travail pour voir ce qui a été réalisé en termes des résultats ou effets.

#### **d) Capacités en matière de planification, gestion et suivi-évaluation renforcées**

Le problème majeur ici réside dans des dispositifs du suivi-évaluation qui sont largement déficitaires et/ou inefficaces ; avec comme conséquence des manques à gagner pour le pays et une carence généralisée des informations fiables pour rendre compte de l'état et l'évolution de l'épidémie et de ses activités. Au cours du Deuxième Round du Fonds Mondial, un montant de 11 millions de dollars n'a pas pu être débloqué à cause de l'incompatibilité entre les données des performances des institutions hospitalières fournies par les gestionnaires locaux du Programme et la situation réelle telle que constatée par la suite par les inspecteurs régionaux du Fonds.

Une Unité de Suivi-Evaluation existe bel et bien au sein du ST/CNLS, mais malgré des formations reçues par les gestionnaires, n'a pas encore réussi à mettre en place un système fonctionnel de suivi-évaluation. Parmi les indices de la non-fonctionnalité du système de suivi-évaluation, on peut observer:

l'inexistence d'une base des données fiables qui aurait encouragée la publication d'un Rapport annuel ou biennuel sur le VIH/SIDA en RCA (presque toutes les statistiques et études publiées viennent en dehors du CNLS ou des structures étatiques), la rareté des enquêtes sentinelles pour évaluer l'état de l'épidémie et l'évolution des tendances dans les attitudes et comportements des individus (il est difficile de dire avec précision dans l'état actuel la proportion des gens qui utilisent le préservatif à la suite des sensibilisations et publicités diverses) et le manque des rapports faisant état de ce que les différents acteurs font et comment et des leçons tirées de ces expériences. Les médecins et agents de santé déplorent aussi le fait qu'un patient peut se retrouver avec deux prescriptions et le système ne dispose pas d'aucun mécanisme pour détecter le double emploi des services. En conséquence, pendant que les ARV périssent quelque part, il en manque dans d'autres structures sanitaires.

L'équipe d'évaluation a été informée que l'ONUSIDA était en train de travailler avec l'Unité sur un projet de plan de suivi et évaluation. L'organisation générale de la lutte pose encore des problèmes comme l'indique ce témoignage d'un cadre supérieur du Ministère de la Santé : « Les gens attendent qu'on les bouscule. Mais quand on sort de l'argent, tout le monde s'agite. On a l'impression que la lutte est plus menée pour le contrôle des ressources que pour chercher à mieux s'organiser pour enrayer un fléau qui menace la survie de notre nation. Nous sommes au premier rang dans la sous-région, mais notre campagne publicitaire n'est pas à la dimension de cette position. Les cadres sont encore timides. Les activités de sensibilisation sont conçues comme appendices aux activités jugées principales. Il faut revoir les choses » .

#### **e) Ressources du Fonds mondial mobilisées**

L'instance nationale de coordination, le Country Coordinating Mechanism (CCM) du Fonds mondial SIDA ,Tuberculose, Paludisme a été restructurée avec une présidence confiée au Ministre de la Santé Publique et de la Population qui est le 2ème vice président du CNLS. Le CCM dispose d'un bureau opérationnel. Le PNUD- sous-bénéficiaire- et les autres partenaires ont appuyé financièrement et techniquement la préparation des propositions du pays. Mais le durcissement des conditions de décaissement de fonds, en un temps où les gens meurent en masse, provoque un certain mécontentement au niveau national.

#### **f) Degré d'application de la loi sur la protection des droits des PVVIH**

La loi sur la protection des droits des PVVIH a été votée par le Parlement et signée par le Chef de l'Etat. Il n'y a pas d'évidence que cette loi est appliquée, soit par les institutions judiciaires, soit par les syndicats, les PVVIH ou autres acteurs de la lutte pour défendre les intérêts des personnes vivant avec le SIDA. La plupart des gens rencontrés ignorent tout simplement l'existence de cette loi alors qu'elle est au cœur d'une gouvernance de la réponse au VIH/SIDA qui repose sur le respect et la promotion des droits humains fondamentaux.

### 3.1.3. Constat général sur l'état d'appropriation nationale de la lutte contre le VIH/SIDA

Pour se faire une idée d'ensemble sur l'appropriation nationale de la lutte contre le VIH/SIDA en RCA et plus précisément de la mise en œuvre des trois principes « Three Ones », deux questions ont été posées et les réponses sont reportées dans les tableaux suivants. Les questions relatives au Tableau 20 sont les suivantes : « les institutions assurent-elles le leadership (coordination, mobilisation et allocation des ressources nationales), dans la lutte contre l'infection à VIH/SIDA ; les leaders d'opinion et les PVVIH suscitent-elles l'adhésion de la société ; la société civile, les communautés locales et les jeunes multiplient-ils les initiatives de soutien aux personnes infectées ou affectées par le VIH ? » Les réponses sont contenues dans les différents comptes rendus en annexe et résumées au Tableau 20.

**Tableau 20 : Appropriation nationale de la lutte contre le VIH/SIDA**

Appropriation nationale croissante, afin que d'ici 2011, la transmission et l'impact du VIH/SIDA soient réduits : La jugez-vous croissante, constante ou décroissante ?	
Avant 2006	Après 2006
<b>Constante</b>	<b>Faiblement croissante</b>

Les questions relatives au tableau 21 ont trait au principe de « Tree One »

**Tableau 21 : La mise en œuvre des trois principes « Three Ones »**

La mise en œuvre des trois principes « Three Ones »		
Un seul cadre d'action pour le VIH/sida, servant de base à la coordination des efforts de tous les partenaires	Une seule autorité nationale de coordination en matière de SIDA, disposant d'un mandat multisectoriel à base élargie	Un seul système de suivi et d'évaluation convenu par le pays
<b>Réponses : Complète</b>	<b>Réponses : Incomplète, en cours</b>	<b>Réponses : Très faible</b>

Ces réponses montrent que beaucoup de choses ont été faites, mais la bataille pour une appropriation nationale croissante n'est pas encore totalement gagnée. Les conditions sont en voie d'être mises en place pour mener à bout cette bataille.

### 3.1.4. Conclusion

Selon les perceptions d'une grande partie de personnes interviewées et notre propre interprétation des données, l'appropriation nationale de la lutte contre le VIH/SIDA est en progression positive, mais faible. Elle est en progression positive parce que :

- La RCA est aujourd'hui dotée d'une structure multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA, le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

qui est plus visible qu'il ne l'était il y a environ cinq (5) ans. Cette structure centrale de coordination et de suivi est pourvue des structures fonctionnelles, un Secrétariat Technique, des comités sectoriels ainsi que des structures décentralisées de lutte contre le VIH/SDA au niveau des préfectures, sous-préfectures, communes, organisations communautaires et entreprises. Le CNLS est doté des cadres stratégiques qui impriment un sens de direction aux différents acteurs impliqués dans la lutte. Des directives spécifiques ont été données par le Chef de l'Etat et Président du CNLS pour orienter ces acteurs.

- Des structures de prévention et de sensibilisation ont été implantées dans une grande partie du pays. Des centres de dépistage volontaire existent dans des préfectures alors qu'il n'y avait rien au démarrage du programme. Le nombre des dépistés s'agrandit. La publicité autour du port du préservatif est en train de gagner du terrain.
- De nombreuses personnes cibles ont été formées pour réduire les comportements à risque et les gestionnaires pour mieux coordonner, suivre et gérer les activités. Le cadre juridique pour la protection des droits des PVVIH a été élaboré et promulgué et le Code de la Famille est en voie d'actualisation pour contenir des aspects relatifs au VIH/SIDA et à la protection renforcée de la femme. Des études sur le VIH/SIDA ont permis de mieux appréhender sa complexité et ses impacts ; ce qui a renforcé l'approche multisectorielle à la réponse nationale dans l'optique de la lutte contre la pauvreté.
- Certaines entreprises privées ont adopté des politiques pour sensibiliser leur personnel et assister ceux qui sont infectés ou affectés à travers, notamment des caisses de solidarité.
- Le concept de communauté de pratiques a été initié au sein du ST/CNLS pour attirer l'attention sur la qualité des interventions dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il reste maintenant que ses résultats soient documentés et appliqués.
- Les partenaires au développement ont renforcé leurs dispositifs d'appui au pays, notamment au sein du CCM et du Système des Nations unies (UNIDAF) pour donner une nouvelle impulsion à la lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre du principe de Trois uns.
- La création des organisations de base et la mobilisation des leaders locaux sont en voie de servir de ferment à la décentralisation, et donc à maximiser les chances pour une appropriation progressive de la lutte.

Malgré ces apports positifs, l'appropriation nationale, comme le démontre l'analyse, est encore faible, parce que :

- La mobilisation générale pour le changement des comportements et le respect des droits des PVVIH est encore très timide.

- Les dispositifs de planification, de coordination, du suivi et évaluation ne fonctionnent pas avec toute efficacité requise. La lutte n'est pas encore menée d'une façon stratégique au niveau de toutes les entités concernées, notamment par l'absence des tableaux de bord bien élaborés.
- La capacité de gestion et mobilisation des ressources internes et externes est faible.
- Il n'existe pas des mécanismes explicites pour rendre la lutte facile dans une culture où les gens ont tendance à fuir leurs responsabilités.
- Bien que les principes et outils de gestion axée sur les résultats aient été introduits dans la planification du programme, le comportement humain qu'implique une telle approche dans la gestion opérationnelle en termes, notamment du maintien d'un tableau de bord sur les résultats et d'un monitoring périodique de la relation « produits effets » est encore à renforcer.

Aussi faudrait s'interroger sur la question de savoir dans quelle mesure les apports positifs constatés peuvent être imputés aux interventions du PNUD. En effet, l'appropriation de la réponse nationale est l'objectif recherché par la plupart des intervenants dans la coopération avec la RCA. Par exemple, chaque agence des Nations Unies a joué un rôle dans les actions de lutte contre le SIDA<sup>1</sup> : l'ONUSIDA a aidé le ST/CNLS dans la planification, l'harmonisation des informations, le plaidoyer pour intensifier la prévention, renforcer la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA et actuellement sur les dispositifs du suivi-évaluation. Le FNUAP a fourni une assistance active entre autres pour le plaidoyer sur le port du préservatif et les contraceptifs et leur distribution sur toute l'étendue du pays ; l'UNICEF sur la prévention de la transmission mère-enfant, la prévention primaire au niveau des adolescents et la prise en charge des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA ; l'OMS a appuyé la Direction Générale chargée du SIDA du Ministère de la Santé et Population avec une assistance technique ponctuelle ; l' UNHCR s'est penché sur la sensibilisation et prise en charge parmi les réfugiés et personnes déplacées et le PAM sur la prise en charge nutritionnelle.

Toutes ces agences (à l'exception de deux dernières) ont aussi contribué à apporter de l'éclairage sur l'épidémie et ses impacts à travers leurs appuis aux études (impacts du SIDA dans le secteur de l'éducation avec l'UNICEF en collaboration avec le PNUD, enquête de sérologie VIH en RCA -2006 avec FNUAP, ONUSIDA, PNUD, UNICEF, OMS ). D'autre part, la Croix Rouge Française et l'Union Européenne sont actives dans la lutte, notamment à l'Hôpital Communautaire de Bangui. Il convient cependant d'avancer que le PNUD a joué un rôle de chef d'orchestre, particulièrement au sein du SNU, et du leader sur les questions relatives au renforcement des capacités nationales dans la planification, coordination, gestion et suivi-évaluation en

---

<sup>1</sup> La coopération onusienne joue un rôle de premier plan dans les dispositifs actuels de la coopération en RCA étant donné l'absence des bilatéraux (excepté France) et d'autres sources multilatérales (la Banque Mondiale vient de reprendre sa coopération interrompue par l'insécurité et les troubles politiques, la BAD aussi s'apprête à rentrer). La contribution des agences onusiennes serait estimée à 70% des apports totaux.

vue d'une réponse nationale mieux organisée et maîtrisée par les acteurs clefs. L'appui du PNUD a contribué au changement positif en termes de l'amélioration des aspects structurels et fonctionnels d'une réponse nationale multisectorielle à VIH/SIDA. La position du PNUD en tant que sous-bénéficiaire des ressources du Fonds Mondial pour le pays, l'a placée encore une résultante des plusieurs efforts, mais avec une contribution non moins significative du PNUD.

## **3.2. Facteurs qui ont influencé la réalisation des résultats**

Les facteurs principaux qui ont affecté négativement la réalisation des résultats sont passés en revue dans cette section. Ces facteurs ont été déjà signalés dans la présentation de l'état des résultats dans la section précédente. Nous parlerons successivement de la pauvreté monétaire, l'insuffisance du développement humain, les pesanteurs socioculturelles, l'instabilité politique et culture administrative d'irresponsabilité, les pesanteurs socioculturels, la réticence religieuse et la fréquence des migrations externes et internes. Nous terminerons par les contraintes et défis auxquels le pays se trouve confronté actuellement.

### **3.2.1. Les facteurs démotivants**

#### **3.2.1.1. Une pauvreté croissante et généralisée**

La précarité de la situation économique de la RCA au cours de trois dernières décennies a plongé une grande partie de sa population dans un état de destitution financière qui la rend vulnérable à des comportements à risque pour attraper le VIH. En effet, le taux de croissance du PIB est resté très faible depuis trois décennies, soit 0,4 % en moyenne, comparé à un niveau de croissance démographique estimé à 2,3 %, ce qui induit une perte de niveau de vie pour des populations. De 2000 à 2004, l'activité économique a connu un fort déclin de 2,7 % du fait des destructions, des pillages et de la paralysie de l'appareil de production consécutifs aux crises politico-militaires successives (UNDAF). L'agriculture qui utilise plus de 80% de la population est premièrement orientée vers la subsistance et sa contribution au PIB est demeurée non significative.

En conséquence, le revenu moyen par habitant est passé de 330 USD en 1999 à 274 USD en 2002. Cette tendance devait s'amplifier en 2004 avec le gel du paiement des arriérés des salaires et l'application des mesures gouvernementales d'abattement des salaires des fonctionnaires de la Fonction Publique, premier employeur du pays en terme d'effectif. Les fonctionnaires auraient accumulé des arriérés de salaires de plus de 50 mois, un important facteur démotivant pour toute administration qui prétend fonder son action sur la performance. Au total, la précarité de la situation économique de la RCA au cours de trois dernières décennies a plongé une grande partie de sa population dans un état de destitution financière qui la rend vulnérable et donc favorise l'adoption des comportements à risque. En

effet, le taux de croissance du PIB est resté très faible depuis trois décennies, soit 0,4 % en moyenne, comparé à un niveau de croissance démographique estimé à 2,3 %, ce qui induit une perte de niveau de vie pour des populations. De 2000 à 2004, l'activité économique a connu un fort déclin, de 2,7 % du fait des destructions, des pillages et de la paralysie de l'appareil de production consécutifs aux crises politico-militaires successives (UNDAF). L'agriculture qui utilise plus de 80% de la population est premièrement orientée vers la subsistance et sa contribution au PIB est demeurée peu significative.

En conséquence, le revenu moyen par habitant est passé de 330 USD en 1999 à -274 USD en 2002. Cette tendance devait s'amplifier en 2004 avec le gel du paiement des arriérés des salaires et l'application des mesures gouvernementales d'abattement des salaires des fonctionnaires de la Fonction Publique, premier employeur du pays en terme d'effectif. Les fonctionnaires auraient accumulé des arriérés de salaires de plus de 50 mois. Cette dégradation économique a fait que plus de 60% de la population soient dans la catégorie d'économiquement pauvres, vivant avec moins d'un dollar par jour. Une frange importante de la population féminine, des jeunes et des handicapés est frappée par le phénomène de la pauvreté, qui accentue selon toutes apparences la vulnérabilité de ces groupes. C'est la pauvreté qui entraîne des filles à l'âge scolaire à s'engager dans le sexe avec les hommes de n'importe quel âge. C'est elle qui fait que les jeunes garçons se rabattent sur les femmes qui ont des moyens sans se soucier de leur situation sérologique (Témoignage fait par les membres de la Fédération Nationale des Parents d'Elèves et Etudiants de Centrafrique). C'est enfin la pauvreté monétaire qui place l'Etat dans une position de dépendance continue vis-à-vis des fournisseurs des ressources et rétrécit en conséquence sa marge de manoeuvre sur ce qu'il peut faire et ce qu'il ne peut pas.

### **3.2.1.2. Un faible niveau de développement humain**

La fragilité économique du pays a pour conséquence une dégradation généralisée sur le plan du développement humain. La plupart des indicateurs sociaux reflètent des carences très préoccupantes. Plus de 50% des adultes sont analphabètes. L'analphabétisme est plus prononcé chez les femmes (+70% des femmes sont analphabètes) que les hommes en raison des discriminations historiques en matière de scolarisation. Non seulement que l'ignorance empêche les gens d'absorber les messages qui leur sont présentés sur les comportements à risque, mais elle peut aussi les contraindre à s'enliser et perpétuer des coutumes et pratiques sociales à haut risque telles que la circoncision, la subordination et la dépendance de la femme vis-à-vis de l'homme. Aux carences éducationnelles s'ajoutent des manques aussi préoccupants au niveau de la santé. La morbidité et la mortalité restent élevées, les principales endémies étant le paludisme, la trypanosomiase humaine africaine et surtout la tuberculose. Sur ce plan, il se pose aussi bien les problèmes d'accessibilité aux structures sanitaires que ceux liés à l'insuffisance du personnel et au sous équipement généralisé dans les formations médicales. L'Hôpital préfectoral de Bouar offre un paysage macabre qui fait penser à un mouroir plutôt qu'à un lieu de soins. Des bâtiments avec des fenêtres sans vitres, des lits sans matelas, le tout

chapeauté par une équipe médicale très restreinte, apparemment compétente, mais rendue incapable par les conditions extrêmement déficitaires de l'établissement.

Cette situation déjà dramatique est aggravée par l'apparition et la montée de la séroprévalence de l'infection à VIH en RCA. L'étude sur les Impacts du VIH/SIDA en RCA par le PNUDIDEA démontre que la demande des services de santé augmente tandis que l'offre des soins régresse. Les agents de santé sont fortement atteints et un nombre de plus en plus croissant devient indisponible. Tous les médecins que la mission a rencontrés ont souligné avec force leur surcharge suite à la prise en charge médicale des cas cliniques SIDA. De nombreux médecins et autres professionnels de santé ont été contraints à faire une formation complémentaire pour une meilleure prise en charge de ces cas cliniques de SIDA qui arrivent dans les structures sanitaires dans un état très avancé en termes de développement d'infections opportunistes (pulmonaires, neurologiques et dermatologiques). Mais la surcharge horaire n'est récompensée. Cette situation entraîne inéluctablement une démotivation croissante, donc une perte de productivité et de performance dans l'offre de soins déjà très diminuée. Par ailleurs parmi les médecins que l'équipe a rencontrés, certains d'entre eux ont menacé de baisser tout simplement les bras si leur situation financière n'est pas régularisée dans une brève échéance.

### **3.2.1.3. Des pesanteurs socioculturelles**

La société centrafricaine est encore très attachée aux valeurs socioculturelles traditionnelles qui régissent en grande partie le comportement des populations. Le système patrilinéaire demeure le mode d'organisation sociale dominant et implique la subordination de la femme vis-à-vis de l'homme. On s'attend à ce que la femme exécute la volonté de son mari, laquelle volonté est souvent imposée. Dans ce sens, une femme ne peut pas dire non à son mari (acte sexuel) même si elle suspecte un comportement extra marital. Certains hommes préfèrent des relations sexuelles corps à corps et sans intermédiaire (sans préservatif), et c'est leur décision qui prime dans ce contexte culturel. La polygamie y est tolérée aussi bien par les femmes que par les hommes alors que l'adultère de la femme est fortement réprimé.

En plus, cette société centrafricaine est encore très ancrée dans les pratiques telles que l'excision et la circoncision qui peuvent présenter des dangers dans le cas où les pratiquants utilisent le même instrument sur les initiés. Il en est de même de la conception de la maladie et de la mort dont les origines sont repoussées dans le monde extra-physique. Ainsi par exemple, l'infection au VIH/SIDA et le décès survenu à sa suite sont interprétés comme des signes de malédiction ou de l'envoûtement.

### **3.2.1.4. L'instabilité politique et une culture administrative d'irresponsabilité**

La mise en oeuvre d'une stratégie durable de contrôle du VIH/SIDA requiert un cadre politique et administratif stable et participatif pour ancrer les

politiques sur le socle de la bonne gouvernance, de la responsabilisation effective de toutes les forces vives du pays, de la transparence, pour ne citer que quelques indicateurs. Ceci est d'autant plus important pour combattre un fléau qui positionne la RCA au premier rang dans la sous - région et exige donc une mobilisation effective de toutes les filles et tous les fils du pays. Malheureusement, les crises politico-militaires dont la nation a souffert pendant plus d'une décennie (1993-2003) n'ont fait que détourner l'attention des gouvernants au-delà de la recherche des solutions appropriées aux problèmes réels du développement.

Aussi assiste-t-on au phénomène d'une administration des missions caractérisées par des absences fréquentes des premiers responsables des départements qui compromettent le bon fonctionnement de ces services. Des missions à l'intérieur comme à l'extérieur du pays sont perçues comme une source importante d'enrichissement. Mais, ceux qui s'occupent directement des malades ou sont au front de la lutte ne jouissent pas de la même manière de ces opportunités. Il n'est pas donc exclu que les personnes qui ne profitent pas du système se découragent et contribuent à bloquer son fonctionnement. L'idéal aurait été de financer la performance en donnant plus d'opportunités aux acteurs primaires de la lutte.

Parallèlement à cette situation, l'Etat a favorisé un mode de gestion fortement centralisé des pouvoirs. Cette façon de gérer a renforcé la culture d'assistanat et des réflexes de dépendance, avec comme conséquence directe des attitudes généralisées de rejet de responsabilité dans la population. Nombreuses personnes continuent à penser qu'elles ne peuvent rien à leur niveau si l'Etat ou les partenaires extérieurs ne mettent pas de moyens à leur disposition.

Il est permis d'espérer que les initiatives amorcées de démocratisation du paysage politique et surtout de décentralisation seront bien menées pour contribuer à la responsabilisation effective des citoyens et des citoyennes et à faciliter l'internalisation de la réponse au combat contre le SIDA.

### **3.2.1.5. La réticence religieuse**

La RCA est un Etat laïc avec une forte population chrétienne d'environ 90 % de la population. Les musulmans occupent la deuxième position avec environ 9 % de la population, Les animistes et autres représentent 1% de la population. Pour des raisons liées à leurs doctrines, les églises sont restées longtemps en marge de la lutte contre le VIH/SIDA, se refusant d'en parler devant leurs fidèles. L'interdiction du port des préservatifs était une norme généralisée. Cette tendance est en train de changer petit à petit si bien que la population musulmane affiche encore des résistances majeures. Les communautés musulmanes préfèrent prêcher et encourager l'union maritale et la fidélité des mariés ainsi que l'abstinence pour ceux qui ne sont pas mariés.

### **3.2.1.6. La fréquence élevée des migrations externes et internes**

La République Centrafricaine couvre une superficie de 623,000 km<sup>2</sup>, avec une population estimée à 4 millions d'habitants. La configuration du territoire montre que la RCA est un pays enclavé, borné au Nord par le Tchad, à l'Est par le Soudan, à l'Ouest par le Cameroun et au Sud par les deux Congo. Des flux migratoires sont fréquents entre les populations de ces différents pays. Ces mouvements ont été amplifiés par l'instabilité politique dans la sous-région (Soudan, Tchad, République Démocratique du Congo, Rwanda et Burundi) qui ont occasionnés de nombreux déplacements et des militaires vers la République Centrafricaine. La rencontre de l'équipe de la mission d'évaluation avec le UNHCR à Bangui a permis de disposer d'une première estimation d'environ 56968 réfugiés de diverses origines vivant sur le territoire centrafricain. Ces mouvements migratoires très souvent incontrôlés est un facteur d'exposition de plus et donc favorisent la transmission du VIH.

Les migrations internes se sont aussi intensifiées suite à la montée de la pauvreté, des guerres et des troubles politiques. Concernant l'indice de mobilité résidentielle, la plupart des migrants viennent de Bangui ou des zones minières (Berberati, Nola, et Bria) qui offrent des opportunités d'emplois plus attrayantes. Les migrants une fois installés, lient des relations en s'exposant à travers des comportements à risque très graves ce qui contribue à augmenter les infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles.

### **3.2.2 Contraintes et défis**

Comme déjà indiqué dans cette étude, l'une des contraintes majeures à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA en RCA demeure l'insuffisance des moyens financiers. Les pouvoirs publics n'arrivent, ni à mobiliser des ressources internes suffisantes, ni à mettre à la disposition des structures de lutte le peu des ressources budgétaires inscrites au compte du SIDA. En 2003, sur 17,5 millions USD, 860,000 seulement proviennent des ressources internes de l'Etat. Les ressources globales pour la lutte sont passées de 9,6 millions USD en 2004 à 7,7 millions USD en 2005. Avec l'insuffisance des ressources monétaires, la programmation à moyen - terme et les nombreuses activités de sécurité transfusionnelle, du traitement des IST, de la prise en charge des OEV et d'IEC sont inefficaces. Les activités de prise en charge économique, sociale et psychologique des personnes vivant avec le VIH sont limitées.

Dans ce contexte, les principaux défis auxquels le pays doit faire face sont :

- Pouvoir arrêter la propagation de l'épidémie d'ici 2015 et commencer à inverser la tendance actuelle, comme stipulée dans les Objectifs du millénaire du développement. C'est dans cette perspective que l'année 2006 était baptisée l'année de l'accélération de la lutte, laquelle devait s'inscrire dans le contexte de l'accès universel à la

prévention, traitement, soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

- Réduire la pauvreté en vue du ralentissement de la propagation de la pandémie parmi les groupes vulnérables.
- Utiliser les ressources rendues disponibles pour la lutte contre le VIH/SIDA d'une façon efficiente et équitable.
- Engager toutes les parties prenantes à la lutte pour une mobilisation des ressources financières propres.
- Prendre en charge le nombre croissant des orphelins, des PVVIH et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA.
- Lutter contre la tuberculose dans le contexte d'épidémie généralisée comme l'une des principales maladies opportunistes.
- Rendre disponibles et accessibles les préservatifs sur toute l'étendue du territoire.
- Assurer une bonne répartition des actions de lutte contre le SIDA pour une meilleure couverture nationale.
- Changer profondément des mentalités de manière à ce que les communautés apprennent à compter d'abord sur ce qu'elles peuvent faire elles-mêmes avec leurs moyens de bord avant de tendre la main à une source extérieure, et cela dans la perspective de la solidarité collective. Un tel revirement d'esprit fera aussi qu'on ne puisse pas croiser les bras quand un financement extérieur s'épuise, comme on le constate aujourd'hui avec les ONG et organisations communautaires travaillant dans le secteur VIH/SIDA. La participation à la lutte ne doit pas être perçue comme un moyen d'enrichissement pour ceux qui s'y investissent.

### **3.3. Contribution du PNUD aux avancées de la lutte**

A travers cette rubrique, les contributions majeures des appuis du PNUD sont ressorties. Une analyse critique de ces résultats sur le plan de la pertinence, efficacité, efficience et durabilité ainsi que des stratégies de partenariat du PNUD est ensuite réalisée.

#### **3.3.1. Présentation des contributions du PNUD aux résultats et contraintes**

Il convient de distinguer deux types de produits clefs de l'appui du PNUD qui ont apporté une contribution à l'effet : les produits stratégiques issus des activités d'appui conseil et les produits ou réalisations spécifiques des projets, y compris des apports financiers.

##### **3.3.1.1 Produits stratégiques majeurs ayant contribué à l'effet**

- **La sensibilisation des décideurs politiques pour un engagement accru dans la lutte**

La redynamisation du CNLS et le financement de la tenue de son Assemblée Générale sous la présidence du Chef de l'Etat a donné

une impulsion nouvelle à la lutte, notamment par l'implication directe de ce dernier dans le combat contre le VIH/SIDA. Les directives présidentielles fournies à cette Assemblée Générale ont réactivé la réponse nationale. Elles ont fait l'objet des concertations entre toutes les forces vives du pays qui les ont entérinées ; et constituent un des outils précieux de la mise en œuvre du dernier plan cadre stratégique national. En juin 2006, le Chef de l'Etat et Président du CNLS, a fait un discours éloquent sur le VIH/SIDA à New York, avec l'appui technique des Nations unies, y compris l'ONUSIDA. Ce discours a eu des effets d'entraînement sur la portée et la cadence de la lutte. De retour au pays, le Chef de l'Etat a invité les parlementaires à s'engager à la lutte dans les circonscriptions administratives et à initier des lois pour protéger les personnes infectées, éviter des discriminations et l'exclusion. Il avait déjà lancé en 2002 et 2003 des campagnes nationales de mobilisation sociale sur le VIH/SIDA à l'intérieur du pays.

- **La mobilisation sociale en faveur d'une réponse multisectorielle et décentralisée à la lutte contre le VIH/SIDA**

L'appui du PNUD a permis de sortir un organigramme du CNLS intégrant dans la réponse nationale des départements publics au niveau central, des préfectures et sous-préfectures, des communes, des ONG et organisations communautaires, des associations de la société civile et le secteur privé. En outre, les plans cadres de gestion de cette lutte ont été élaborés en tenant compte des dimensions multisectorielles de la réponse et de la nécessité de l'élargir à tous les niveaux de la société. Les directives présidentielles traduisent à suffisance la multisectorialité et l'approche communautaire de la réponse. Le CNLS redynamisé est devenu le cadre unique et suprême de concertation sur les questions du SIDA qui englobe tous les secteurs et toutes les forces vives du pays.

- **La contribution à la réalisation des études sur la sérologie du VIH/SIDA et ses Impacts**

La promotion des études d'impact a fourni un meilleur éclairage sur l'épidémie et ses effets socio-économiques. L'étude sur les Impacts du VIH/SIDA en RCA par PNUD-IDEA a été réalisée en 2005. Le PNUD a contribué également à l'enquête sur la sérologie à l'infection VIH/SIDA réalisée en 2006 par MACRO International. Ces études ont contribué à une prise de conscience encore plus aigüe sur l'ampleur de l'infection, des dangers qu'elle présente sur les familles, la société et l'économie et la nécessité d'une action collective mieux organisée et financièrement soutenue dans le cadre d'une stratégie globale de lutte contre la pauvreté.

- **Le renforcement des capacités nationales pour la promotion de la gouvernance de la réponse au SIDA autour du principe de « Three ones »**

La sensibilisation et le plaidoyer pour une gouvernance de la réponse au VIH/SIDA qui repose sur la promotion d'un cadre commun de pilotage, de coordination et de suivi - évaluation axés sur les résultats et la maîtrise des outils y afférant, sont au centre des actions de formation des cadres nationaux en programmation, coordination, suivi -évaluation. Les cadres du ST/CNLS, les responsables des organisations de la société civile et des organisations de la base ont participé à des ateliers de formation et voyages d'études sur divers thèmes, y compris le suivi -évaluation, la communication et mobilisation sociale, les outils de programmation, etc.

- **La mobilisation sociale pour la création et la promotion d'un cadre juridique et des droits humains propices à la réponse du VIH/SIDA, avec des stratégies qui impliquent des personnes vulnérables dont les PVVIH et les femmes**

a) Le programme a fait des plaidoyers auprès des autorités pour une législation sur les droits et devoirs des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA et pour actualiser le Code de la Famille en tenant compte des aspects relatifs au VIH/SIDA et du nouveau rôle de la femme pour gagner la lutte. La loi sur les droits et devoirs des PVVIH a été votée par le Parlement et attend seulement d'être vulgarisée et appliquée. Le Code de la Famille est en train d'être actualisée par l'Association des Femmes Juristes.

b) Une série d'ateliers ou conclaves ont été organisés pour permettre aux leaders de la société civile et des organisations communautaires de comprendre les fondements et les principes d'une lutte intégrant le VIH/SIDA dans les défis complexes du développement, notamment la réduction de la pauvreté, le respect des droits humains, l'élimination des discriminations contre la femme et l'accessibilité aux ressources monétaires ( Conclave des leaders religieux 20 au 22 novembre 2006- Retraite des leaders de la société civile pour l'accélération de leur réponse dans la mise en oeuvre du cadre stratégique national 2006-2010).

c) La facilitation de la tenue des tables rondes de mobilisation des ressources, y compris la sixième série du Fonds mondial

La contribution technique et financière du PNUD concernant le succès de la sixième série de la soumission au Fonds Mondial constitue un appui de taille aussi bien sur le plan du plaidoyer, des politiques de dialogue, de la communication et de la coordination. Dans ce cadre, le PNUD a joué pleinement son rôle de renforcement des capacités pour des activités futures

pouvant résolument faire gagner, si non progresser la lutte contre le SIDA en RCA.

### 3.3.1.2. Contributions à travers des réalisations et apports spécifiques

**Tableau 22 : Contributions : Projet d'Appui au Programme de lutte contre le VIH/SIDA**

OBJECTIFS	REALISATIONS	APPORTS
Redynamiser les organes de concertation, de gestion et de coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Finalisation de l'organigramme du ST/CNLS</li> <li>-Finalisation du plan stratégique national 2002 – 2005.</li> <li>-Appui au gouvernement pour l'organisation d'une table ronde pour la mobilisation des ressources.</li> <li>-Appui au Projet femmes et filles violées.</li> <li>-Appui au démarrage du projet Fonds Mondial et aux initiatives des ONG internationales (CARITAS et Amis d'Afrique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Deux experts nationaux mis à la disposition des ST/CNLS pour 36 mois (Expert en IEC/sida et gestionnaire comptable</li> <li>-Appui matériel et financier pour le fonctionnement du ST/CNLS (1 personnel d'appui, 1 secrétaire, 2 chauffeurs, par la suite prise en charge du salaire du coordinateur, deux véhicules 4X4)</li> <li>- US\$1,300.000 total projet</li> </ul>
Contribuer à réduire les comportements sexuels à risque par des activités d'IEC au sein des associations des filles libres	<ul style="list-style-type: none"> <li>-3000 filles libres dont 1000 à Bangui et 2000 en province formées et prises en charge dans 4 domaines IEC, activités génératrices de revenu, aspects juridique et prise en charge médicale. Ces filles sont organisées en 22 associations dont 7 à Bangui et 15 en province. Un réseau de coordination est aussi créé pour encadrer les 22 associations.</li> <li>-Approvisionnement des filles libres en préservatifs. 600000 pièces de préservatifs masculins et 6000 préservatifs féminins ont été distribués aux filles libres et autres groupes vulnérables de Bangui et de province entre 2002 et 2006.</li> <li>-100 filles libres de Bangui étaient prises en charge par l'Unité de dépistage anonyme, leur prise en</li> </ul>	

OBJECTIFS	REALISATIONS	APPORTS
<p>Contribuer à réduire le comportement sexuel à risque par des actions d'IEC au sein de la population générale</p>	<p>charge prenait le diagnostique précoce et le traitement des IST</p> <p>-Le magazine Centrafrique Info SIDA était paru en 7 numéros pour 10000 exemplaires distribués à l'intérieur et à l'extérieur du pays ; 7 types de dépliants ont été produits et multipliés en 27 exemplaires ; 6 types d'affiche ont été produits et multipliés en 15 exemplaires ; 18 grands panneaux de sensibilisation ont été conçus, produits et installés dans la ville de Bangui et sur l'axe Bangui-Mongoumba et Bangui-Gamboula.</p> <p>-1650 membres de bureau des organisations ont été formés et encadrés dans les actions IEC, de suivi-évaluation et de la gestion des organisations.</p> <p>-Financement de l'Assemblée Générale du RECAREV qui a permis la mise en place de PVVIH à Bangui et en province. Depuis le début de l'année 2004, le projet a appuyé 10 associations de PVVIH dont 3 à Bangui et 7 en province.</p> <p>-Renforcement et création des réseaux communautaires pour pérenniser les acquis des campagnes de mobilisation sociales : RONALSI, RECAJEL, RCED/VIHSIDA, réseau de média pour la lutte contre le SIDA, réseau national des associations des filles libres pour la lutte contre le SIDA, réseau des Koli et Wali Gala</p>	

OBJECTIFS	REALISATIONS	APPORTS
<p>Améliorer les connaissances sur l'impact</p>	<p>pour la lutte contre le SIDA qui est l'organe de coordination des différentes cellules qui font la sensibilisation sur le SIDA dans les différents marchés de Bangui et qui encadrent les filles libres sur les activités génératrices des revenus .</p> <p>-Organisation des médias nationaux en cinq cellules et un réseau pour Bangui et en 4 cellules pour les provinces. Ces organes avaient signé un contrat avec le ST/CNLS et étaient soutenus dans le cadre de la production des programmes éducatifs sur le VIH/SIDA.</p> <p>-206 ONG/OAC/Cellules de médias et des artistes avaient signé des accords de collaboration et leur plan d'action de lutte contre le SIDA étaient évalué et financés par le projet 00011758. ces organisations sont réparties ainsi : 165 en province et 41 à Bangui.</p> <p>-Organisation et financement des campagnes de la mobilisation sociale contre le VIH/SIDA réalisées chaque année dans le cadre de la journée mondiale de la lutte contre le SIDA. Ces tournées sont organisées en collaboration avec les autres partenaires du système des N U, les ONGs, le ST/CNLS, et les représentants des ministères de la santé et des affaires sociales.</p> <p>-Financement d'un projet de recherche à l'Université de</p>	



OBJECTIFS	REALISATIONS	APPORTS
	<p>de la Famille, des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale pour la poursuite des actions.</p> <p>-Financement et contribution technique aux travaux d'élaboration de projets de loi portant droit et obligations de PVVIH. Activité réalisée avec le réseau centrafricain sur l'éthique et le droit et le VIH/SIDA.</p> <p>-Reproduction en 2600 exemplaires et vulgarisation du code de la famille dans les institutions judiciaires et dans les communautés tout mettant l'accent sur l'apport de ces code dans la prévention et la protection des femmes et des enfants.</p>	

**Tableau 23: Contributions : Projet d'Appui à l'accélération de la lutte**

Produit prévus	Réalisations	Apports
-Assemblée générale du CNLS tenue sous le leadership du Chef de l'Etat, des directives données pour promouvoir les outils d'accélération de la lutte. Les acteur mobilisés et participant efficacement dans la lutte	-Documents préparatoires rédigés et diffusés, assemblée générale du CNLS tenue.	US \$ 63,000 (consultants, multiplication des documents, diffusion, ateliers de vulgarisation, préfets et média)
-Cadres maîtrisant la programmation axée sur les résultats et la méthodologie du cadre de dépense à moyen terme	Cadres du ST/CNLS , des départements ministériels, de des associations de la société civile formés sur la gestion axée sur les résultats et le cadre des dépenses à moyen - terme.	US\$75,000 ( formation sur le CDMT, atelier de formation sur la programmation axée sur les résultats, consultant, édition et multiplication)
-Le pays est éligible la soumission au sixième round du Fonds Mondial.	Document de soumission à la sixième série du Fonds Mondial élaboré et présenté pour approbation. Dossier approuvé.	US\$23,000 (consultants, atelier, consommables et appui logistique)
-Le Programme Conjoint du SNU sur le VIH/SIDA élaboré.	Le Programme Conjoint du SNU n'a pas été rendu disponible pour la consultation de la mission.	US\$8,000 (atelier, consommable et multiplication des documents)
Le cadre d'application de lois anti discriminatoire et des normes d'éthique en matière de droits humains et de genre impliquant l'engagement de la communauté est vulgarisé.	Pas de réalisation du cadre d'application de lois anti discriminatoire et des normes d'éthique en matière de droits humains et de genre	US\$19,000 (consultants, ateliers de formation et d'information, média)
-Les conditions de prise en charge des personnes infectées et affectées sont déterminées	La catégorisation des patients selon leur situation financière, et sociale est établie	\$27,000 (consultants, atelier de validation et média)
Gestion administrative de l'assistance	Coordination et exécution des actions de lutte facilitées.	\$30,000 (coordonnateur, gestionnaire administratif et financier, consommables et divers

Il convient cependant de reconnaître que certaines contraintes et facteurs ont entravé une réalisation effective de ces produits à savoir:

- Les événements sociopolitiques dans la zone est du pays ont rendu cette zone longtemps inaccessible ; un véhicule du programme a été emporté durant les troubles politiques et est resté introuvable. Cet état de chose a rendu encore plus difficile les actions de suivi et supervision par le ST/CNLS.
- La difficulté d'un suivi et encadrement rapprochés des partenaires contractuels dont le nombre était de 206 répartis dans toutes les zones du programme
- La mauvaise gestion des ressources relevée chez certains partenaires contractuels malgré la formation.
- La faible implication du Ministère des Affaires Sociales pour l'appropriation des activités en faveur des filles libres et des communautés rurales.
- L'implication de certaines autorités locales a été conditionnée à des motivations financières de la part du programme.
- L'insuffisance des ressources du projet pour la poursuite des activités des ONGs et OAC, ce qui a entraîné la démotivation, la baisse de rendement et la perte des acquis.

### **3.4. Evaluation de la pertinence, efficacité, efficience et durabilité des résultats**

#### **3-4-1 Evaluation de la pertinence des résultats**

Avant les activités du programme, des revues de stratégies de lutte contre le VIH/SIDA en RCA effectuées par le gouvernement et les partenaires au développement avaient démontré qu'une série d'obstacles contrecarraient la réalisation des objectifs de la lutte. Ces obstacles étaient d'ordre économique (la précarité de la situation des populations pour raison de pauvreté qui les expose à des comportements à risque pour être infecté par le VIH), d'ordre socioculturel (les pesanteurs socioculturelles, l'ignorance, les représentations magiques de la maladie SIDA constituent un frein à l'adoption des comportements de prévention) et obstacles d'ordre religieux (l'opposition à l'utilisation des préservatifs pour des raisons d'ordre religieux).

Face à ces obstacles et l'ampleur de la prévalence, les autorités nationales ainsi que leurs partenaires avaient identifiés cinq grands défis en matière de stratégie qu'il fallait relever :

- Comment renforcer les capacités nationales pour une planification concertée et une coordination efficace de l'action multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA en RCA?

- Comment renforcer les capacités nationales dans la promotion des actions de prévention en vue de réduire la transmission du VIH par la voie sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant?
- Comment contribuer à l'accroissement du dépistage volontaire du VIH?
- Comment contribuer à l'allègement de l'impact du VIH sur la santé des PVVIH, leurs familles et communautés?
- Comment contribuer au renforcement des capacités nationales pour mesurer objectivement les impacts du programme sur l'évolution de l'épidémie?

Les produits réalisés dans ce programme ont été donc pertinents par rapport à l'effet parce qu'ils constituent une réponse à ces défis. Ils ont permis collectivement de provoquer des changements dans ces cinq domaines.

### **3.4.2. Evaluation de la pertinence des indicateurs des résultats**

La question posée ici est de savoir si les indicateurs retenus sont appropriés pour lier les produits à l'effet ou pour mesurer l'appropriation nationale ? Dans l'ensemble, les indicateurs de suivi ont été pertinents. Néanmoins, des insuffisances ont été constatées dans le cadre des résultats de l'Appui à l'accélération de la lutte. Tenir une assemblée générale ou produire des papiers sous forme des plans ou programmes, ne sont pas suffisants pour enclencher une dynamique interne de développement. Il aurait été nécessaire d'insister plus sur la qualité des instructions issues de cette Assemblée et leur application que sur la tenue de la convention elle-même. Aussi, aurait-il été important de souligner la capacité de mobilisation et/ou allocation des ressources internes plutôt que de mettre l'accent seulement sur la mobilisation des ressources externes par le biais du Fonds Mondial. Le Tableau 26 fournit quelques illustrations sur les indicateurs les plus plausibles.

**Tableau 24 : Exemples des indicateurs pertinents de l'effet**

INDICATEURS RETENUS	INDICATEURS PROPOSES
Assemblée Générale tenue	Pourcentage des structures de lutte contre le VIH/SIDA appliquant les directives présidentielles
Outils performants de planification utilisés par le ST/CNLS	Pourcentage des structures de lutte ayant élaboré un plan d'action selon le modèle de gestion axée sur les résultats (avec objectif stratégique, effets escomptés, produits/services, activités et apports).
Ressources mobilisées	Pourcentage des structures de lutte ayant fait une révision de leur plan d'action avec des enseignements incorporés (ou à incorporer) dans le programme d'activités.
Le cadre d'application des lois anti-discriminatoires et des normes d'éthique, en matière de droits humains et de genre impliquant l'engagement de la communauté est vulgarisé.	Pourcentage des ressources propres mobilisées et allouées à la lutte  Pourcentage des structures de lutte ayant reçu une allocation budgétaire de l'Etat pour exécuter leur plan d'action.
	Pourcentage des structures locales de (préfectures, mairies) ayant inscrit le VIH/SIDA dans leur budget. Degré d'application de la loi sur la protection des PVVIH par les tribunaux.

Par ailleurs, les indicateurs des produits retenus pour l'Appui au programme de lutte contre leVIH/SIDA influenceraient davantage l'état de l'effet en y incorporant les critères que nous y avons ajoutés tels que l'adéquation et la qualité de la prise en charge des PVVIH, le pourcentage des ressources mobilisées et affectées au VIH/SIDA (internes et externes) et le pourcentage des ressources propres générées par les ONG/AOS (partenaires de mise en oeuvre). Ce dernier indicateur aurait pu même être utilisé comme mesure de performance de ces partenaires au cours de l'exécution des activités. Cette insuffisance nous semble provenir de la conception même du programme. Le rôle des partenaires de mise en oeuvre en ce qui concerne les aspects financiers se limitait à l'absorption des moyens financiers mis à la disposition par le programme. C'est ainsi que lorsque ces moyens se sont épuisés, presque toutes les ONG et AAS concernées ont croisé les bras en attendant que d'autres ressources soient injectée

### 3.4.3. Evaluation de l'efficacité des résultats

Le Tableau 27 donne une appréciation générale sur l'efficacité des interventions selon les différents entretiens que nous avons eus. L'appui du PNUD en termes des facilités matérielles et financières a été jugé efficace par le ST/CNLS, le RECAPEV, les filles libres et les organisations de base tandis que les avis sur l'efficacité de gestion étaient moins favorables (pas assez efficace), notamment au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Les points de vue sur l'efficacité du suivi était nulle (pas efficace), surtout par le RECAPEV, les filles libres et les Ministères de la Santé et du Développement Rural. Sur l'efficacité de la coordination, les agences des Nations unies (ONUSIDA, OMS, UNICEF, FNUAP, UNHCR) estiment qu'elle est faible, non seulement au niveau du gouvernement, mais aussi au sein même du système onusien. ONUSIDA et OMS reconnaissent, cependant, quelques progrès en cours.

Tableau 25 : Efficacité des interventions du PNUD estimée selon les différents entretiens

Domaines	Estimation de l'efficacité	Sources d'informations	Traitement des réponses
Appui	Plutôt efficace	ST/CNLS, RECAPEV Filles libres, OAC et ONG	Les réponses ont été claires, précises et vont dans le même sens
Gestion	Pas assez efficace	Ministères de la Santé, du Plan et des Affaires Sociales ; ONG, OAC	Les réponses ont été assez nettes, des divergences ont été notées au sein du Ministère du Plan
Suivi	Pas efficace	RECAPEV, Filles libres, Ministères	Les réponses ont été claires, précises et nettes
Coordination	En ce moment assez efficace	ONUSIDA, OMS, UNICEF, FNUAP, UNHCR	Les réponses ne sont pas aussi claires et tranchées

D'une manière générale, les produits réalisés ont contribué en partie à la réalisation de l'objectif supérieur des créer des capacités nationales pour réduire la transmission et l'impact du VIH/SIDA. L'assistance du PNUD a permis de façonner un leadership national pour la lutte doté d'un potentiel important de mobilisation sociale. A travers la création et la dynamisation des structures communautaires et de la société civile, elle a impulsé un processus de décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA, qui selon toute évidence, constitue le fondement de son internalisation progressive. Des directives claires et précises, la législation sur la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA, et les cadres formés dans plusieurs domaines de prévention et de gestion de la lutte sont des exemples éloquentes des réalisations.

Cependant, l'efficacité de ces réalisations reste relativement faible, et dans certains cas nulle. Les directives présidentielles existent, mais elles ne sont pas largement connues faute de vulgarisation. Les filles libres ont bénéficié des formations en microréalisations et sensibilisation, mais ces formations ont servi à très peu de choses parce que la plupart d'entre elles ne font plus rien. 206 ONG/OAC ont été créés ou renforcés en moyens, mais plus de 70% d'entre elles ne sont pas opérationnelles en matière de VIH/SIDA, à cause

notamment du manque de financement. Des cadres ont été formés dans la gestion axée sur les résultats, le suivi - évaluation et le cadre de dépenses à moyen - terme, Cependant, le maillon le plus faible de la gestion de la lutte réside dans l'absence d'un système national d'information sur le VIH/SIDA.

Des extraits des interviews, discussions et échanges recueillis auprès des membres des structures clés pour gagner la lutte, résumant encore mieux le degré d'efficacité des interventions :

Extraits des entretiens avec les **Associations des Filles Libres de Centrafrique de Bangui, Berberati et Bouar**

« Depuis 2003, on nous a abandonné complètement. Il n'y a plus d'appui alors que ce dernier faisait éviter la prostitution. Nous avons été formés en hôtellerie, couture, microprojets et beaucoup d'autres sujets. Mais le PNUD n'a pas fait chercher à savoir si nous avons pratiqué ce que nous avons appris. On a donné à l'Association 5 Millions de CFA pour faire le petit commerce après la formation théorique. Chacune d'entre nous a reçu 5 Milles FCFA (100 personnes au total) pour faire un petit commerce. Nous avons fait le commerce, mais cela n'a pas marché. Le PNUD n'est pas venu voir ce qu'on faisait et comment on le faisait... »

L'ONG qui nous aidait en matière de gestion ne nous a pas assisté avec des conseils.. Nous avons reçu des préservatifs. Sur les 100 filles libres prises en charge, il y en a eu 10 qui ont attrapé le SIDA. Celles qui ont eu la maladie n'ont pas été suivies. Il y en a qui sont mortes, mais le Projet ne connaît pas.».

Extraits des entretiens avec la **Confédération Nationale des Travailleurs Centrafricains** :

« Nous sensibilisons le monde du travail sur le VIH/SIDA. Chaque fois que nous avons une réunion syndicale ou des visites dans les entreprises, nous en profitons pour sensibiliser les travailleurs. Nous insistons sur le port des préservatifs et le dépistage volontaire. Nous travaillons avec nos propres moyens. Des lettres ont été envoyées au ST /CNLS pour nous aider à mieux mener les activités sur le terrain, mais elles sont restées lettre morte. Nous n'avons ni supports, ni affiches. Nous utilisons seulement le langage. Nous participons à toutes les réunions auxquelles nous sommes invités. Mais, nous ne sommes jamais invités à participer aux activités. Le ST/CNLS implique seulement les ONG. Cette façon de travailler nous décourage beaucoup. »

Par ailleurs, la stratégie de prévention utilisée pour atteindre les objectifs des projets était essentiellement basée sur l'IEC pour amener les populations cibles à éviter des comportements à risque. On peut s'interroger dans quelle mesure la mise en œuvre de cette stratégie a été efficace. D'emblée, on peut avancer qu'elle a marché, car le nombre des dépistés s'agrandit et l'utilisation du préservatif augmente, comme indiqué dans la partie précédente. D'autre part, les témoignages recueillis auprès des centres médicaux donnent une image qui invite à équilibrer cette appréciation. La plupart des malades

arrivent à l'hôpital ou au centre médical quand la situation est déjà grave et quand ils se rétablissent un peu après traitement initial (ARV), ils cessent de fréquenter le centre, pour plusieurs raisons. En plus, les femmes ont tendance à répondre aux réunions de sensibilisation que les hommes (même dans les programmes de vulgarisation transmission mère - enfant) ; la stigmatisation et le poids des traditions sont largement cités parmi des facteurs démotivants dans la lutte. Cet état des choses illustre indirectement l'efficacité limitée de la sensibilisation.

Nous pouvons examiner l'efficacité de la stratégie de communication sous un autre angle. Presque tous les acteurs clefs de la lutte, y compris les équipes techniques préfectorales ont reconnu avoir axé leur travail sur la sensibilisation des populations sur le VIH/SIDA. Les filles libres, après avoir reçu des formations, faisaient des sensibilisations de proximité. Mais ces cibles avaient tendance à être plus écoutées parmi leurs pairs qu'en dehors de ces milieux. L'adhésion croissante à l'Association des filles libres, qui est passée en moins de 4 ans à plus de 1000 membres traduit en pratique les résultats de ces campagnes. Dans le même temps, selon les témoignages des filles libres elles-mêmes, les populations en dehors de leur groupe avaient tendance à manifester de la réticence en présence de ces dernières.

Les extraits ci-dessous de l'interview d'un des membres de l'Association des filles libres de Bangui expriment cette réticence :

Extrait 1 : « Beaucoup de gens déconsidèrent les filles libres, ils les voient mal, ils les traitent comme des prostituées ; parfois des filles libres elles-mêmes ne veulent pas adhérer à l'Association de peur que l'on se moque d'elles ».

En d'autres termes, un message transmis par une prostituée a moins de chance d'être écouté et d'être suivi, et cela davantage dans une société centrafricaine où la prostitution n'est pas officiellement acceptée. Sur cette base, le client de la fille libre (l'homme), l'une des cibles principales pour le changement des comportements, risque de rester indifférent. Le message de la fille libre, a toutefois plus de chance d'être suivi auprès des professionnels de sexe. Nous constatons, néanmoins, que même parmi ce groupe, le message devenait plus utile lorsque l'auditoire voyait que le messenger bénéficiait des intérêts matériels directs, par exemple, la prise en charge nutritionnelle ou médicale ou la vente des sachets de préservatif.

Extrait 2 : « Des filles libres venaient nombreuses quand il y avait de l'argent dans le projet ; quand elles ont vu que d'autres filles libres avaient reçu un financement pour exercer une activité commerciale. D'autres étaient attirées par l'argent que nous recevions pour faire la sensibilisation » Association des filles libres de Bangui. Il y a lieu de dire que l'acceptation du message est conditionnée à la fois par la perception que l'auditoire a de la crédibilité du messenger et aux avantages associés avec cette acceptation. La même observation a été faite chez les membres du RECAPEV où le degré de stigmatisation

paraît avoir un effet sur le niveau de réceptivité et d'acceptabilité du message venant des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Au grand marché de Berberati, la population ne voulait pas acheter les produits vendus par la Présidente du RECAPEV, soit disant qu'elle est sidatique. On remarque cependant que l'acceptation est obtenue quand il y a une motivation matérielle :

Extrait 3 : « Quand les gens voient que nous avons une prise en charge médicale et/ou nutritionnelle, ils sont directement intéressés ».

« Nous arrivons à sensibiliser la population pour le dépistage volontaire. Mais quand les gens se rendent au Centre de dépistage volontaire et qu'il n'y a pas de réactifs, ils sont découragés » RECAPEV Berberati. Il découle de ces analyses deux observations : (a) il est plus efficace d'utiliser les personnes les plus influentes par rapport aux cibles visées pour faire passer un message ; (b) un message les membres de son auditoire à des avantages matériels sûrs. En d'autres termes, l'absence généralisée de prise en charge médicale et nutritionnelle, surtout à l'intérieur du pays tend à compromettre l'efficacité de la sensibilisation même si le messenger est une personne crédible.

Nous pouvons également tenter de comprendre l'efficacité de la stratégie de communication par une revue rapide des canaux de communication. Du point de vue des modes de communication, on remarque six moyens principaux qui sont utilisés, à savoir : les panneaux publicitaires, la radio, la télévision, les journaux, le théâtre et la musique. Trois canaux méritent une attention particulière : les panneaux, la radio et la télévision. Les panneaux publicitaires sont visibles par-ci par là dans la Ville de Bangui. Nous en avons vu également tout au long de notre parcours entre Bangui et Baoro, à l'intérieur du pays. Ils ont été installés avec l'appui du Projet sur les axes routiers. Dans la Ville de Bouar, on trouve des affiches et panneaux sur tous les coins stratégiques (magasins, marché, intercessions, hôtel, restaurant) :

« Pour un avenir sûr : fidélité, abstinence, préservatif »

« Le SIDA est là. Pour l'éviter : choisir fidélité, Abstinence et Préservatif »

« Grâce au dépistage volontaire, je connais aujourd'hui mon statut sérologique »

« Le SIDA est une réalité, protège-toi »

La sensibilisation par les affiches et panneaux, bien qu'insuffisante, est réelle. Trois problèmes semblent limiter leur efficacité en dehors de leur nombre inadéquat :

- La plupart des messages sont présentés en français sans traduction en langue nationale Sango, qui est maîtrisée par une grande partie de la population ;
- Les messages ne sont pas réhabilités ; certaines affiches sont fanées et difficilement lisibles ;
- Les messages ne sont pas renouvelés pour casser la monotonie ou s'adapter aux changements dans l'environnement.

En ce qui concerne la radio et la télévision, ils constituent des moyens puissants d'information, formation et éducation de l'opinion publique en vue de produire des changements souhaités dans la société. Les messages interviennent sous plusieurs formes : brève publicité appelant à la vigilance et au port du préservatif, débats occasionnels sur le VIH/SIDA et théâtre. La publicité n'est pas fréquente, ni à la radio, ni à la télévision ; une situation inquiétante à l'égard de l'ampleur du fléau et de ses impacts sur la société et de l'économie centrafricaines. La radio et la télévision, bien que présentant des avantages réels en terme de la couverture nationale potentielle, recèlent quelques inconvénients dans le contexte centrafricain qui limitent leur efficacité :

- Il n'est pas évident, compte tenu du niveau élevé de pauvreté,
- Que la plupart des gens dans les milieux urbains et ruraux confondus disposent d'un poste radio, d'un véhicule avec radio ou d'un poste de télévision ;
- Il n'est pas aussi évident que ceux-là qui en disposent organisent leur temps pour suivre les informations ;
- Les messages radiotélévisés sont répétitifs, et par conséquent deviennent après un bout de temps rebutant ;
- Des émissions élaborées sur les bonnes pratiques de lutte contre le SIDA sont rares ;
- La non - diffusion gratuite des messages sur le VIH/SIDA sur certaines chaînes est un handicap pour faciliter la mobilisation sociale à travers les media.

#### **3.4.4. Evaluation de l'efficience dans la production des résultats**

Tirant des leçons de la mise en oeuvre du Document d'Appui au Programme CAF/93/006, notamment le manque de bonne gouvernance qui a conduit au détournement d'une partie des fonds mis à disposition par le PNUD, le Projet d'appui au programme de lutte contre le VIH/SIDA a mis en place des mécanismes qui ont facilité la transparence et une meilleure gestion des ressources. Nous avons constaté que plusieurs audits et une évaluation interne ont été organisés. Leurs recommandations ont été prises en compte. Une évaluation interne à miparcours a été commanditée par la direction du projet en 2004 et a permis de mettre en évidence les points forts et les faiblesses dans la mise en oeuvre. Elle a proposé des recommandations pour faciliter la réalisation des produits et objectifs du projet. Le recrutement du personnel du projet a tenu compte du principe de compétitivité.

En outre, en vue de diminuer ou d'éviter les risques de détournement des ressources mises à la disposition des ONG/AOS, les procédures de financement ont été ajustées au fur et à mesure de l'extension des activités et des enseignements appris. Par exemple, le Projet a procédé au financement direct des ONG/AOS dans les zones n'ayant pas accès à des institutions bancaires; est passé à travers une banque là où il y en avait pas une et a recouru aux procures des évêchés là où cela présentait des avantages. Le recours à cette dernière modalité aurait permis au Projet de faire des économies en réduisant très sensiblement les opérations de virement dans

les banques passant de 165 à 5. Le contrôle de gestion s'effectuait à trois niveaux : 1<sup>er</sup> niveau : la procure de l'évêché dans les zones sans banque et l'ONG chargée de la gestion globale des ressources allouées aux ONG/AOS des zones de banque, en collaboration avec les Chefs d'agence des banques de la zone; 2<sup>ème</sup> niveau : le Comité sous-préfectoral de lutte contre le SIDA (CPLS); 3<sup>ème</sup> niveau : le ST/CNLS.

Cependant, il y a eu plusieurs situations de non - remboursement des prêts ou tout simplement des détournements qui n'ont pas connu d'aboutissements satisfaisants. Il apparaît que presque toutes les filles libres qui ont reçu des prêts du Projet n'ont jamais repayé leurs dettes et cela est resté sans effet. En plus, la Présidente du RECAPEV à Berberati a détourné l'argent de la sensibilisation. Après avoir été mise en justice par la Préfecture, elle n'a remboursé qu'une partie du montant reçu. Il convient de signaler que toujours à Berberati, une moto affectée par le ST/CNLS au chef d'équipe de l'ETP a été détournée par les autorités préfectorales. Mais le bénéficiaire a été rétabli dans ses droits après l'intervention du ST/CNLS. Un autre cas de détournement de bien non - résolu a été signalé au Ministère des Affaires Sociales. De manière générale, les réunions triparties finales de deux projets ont fait état d'une bonne gestion. Les documents et procédures de gestion utilisés attestent de la prudence et de la conformité aux normes et principes de bonne gestion financière et comptable.

### **3.4.5. Evaluation de la durabilité des résultats**

Les témoignages et analyses précédentes démontrent la difficulté de parler d'une pérennisation quelconque des résultats. Presque toutes les structures de lutte créées ou renforcées par les appuis du PNUD sont actuellement dans un état de gestation. Dans certains cas, les actions sont au ralenti, dans d'autres, elles ont été simplement arrêtées. Les filles libres dans les régions visitées et qui ont été l'une des cibles principales du programme racontent que depuis la cessation de leur financement, elles éprouvent des difficultés pour mener à bien leurs activités de sensibilisation. Il en est de même pour le RECAPEV.

Cependant, la situation diffère d'une préfecture à l'autre. Par exemple, l'Association des filles libres et le RECAPEV de Berberati continuent à organiser quelques activités de prévention de proximité tandis que celles de la Préfecture de la Bouar sont pratiquement au point mort. Le point fondamental à relever ici est que, de la manière dont le programme d'appui à la lutte contre le VIH/ SIDA a été conçu et mis en oeuvre, nous avons l'impression que les structures de lutte ont été créées pour absorber le financement extérieur et non pour renforcer leurs capacités de mobilisation des ressources propres. Qu'il s'agisse des équipes préfectorales de lutte contre le VIH/SIDA, des ONG/AOC ou des structures ministérielles au niveau central, la justification principale avancée pour la mise en veilleuse des activités demeure la carence des moyens financiers. L'allocation budgétaire de 1,200.000 CFA a été inscrite au budget des ministères pour faciliter la mise en oeuvre des activités de prévention, mais le décaissement de cette somme pose des problèmes suite aux difficultés financières qu'éprouve l'Etat.

### 3.5. Evaluation des stratégies de partenariat

Le PNUD occupe une position stratégique dans le cadre de la coopération internationale en RCA. Après le départ des partenaires bilatéraux (sauf la France) et multilatéraux (sauf l'Union Européenne) à la suite des crises politiques et de l'insécurité croissante dans le pays, il a comblé avec le reste des agences des Nations unies le vide qui a été créé. Il dispose donc d'un potentiel de crédibilité non négligeable pour constituer des coalitions dynamiques en faveur des réformes institutionnelles. Cette rubrique vise à déterminer la stratégie des partenariats utilisée pour la réalisation des résultats, la manière dont cette stratégie a fonctionné en pratique et comment les parties prenantes y ont participé. Par souci de clarté, la liste des partenaires et leurs différents rôles dans la lutte contre le VIH/SIDA est renvoyée en annexe. Cette liste indique que les acteurs internationaux tels que le Fonds mondial, les agences du système des Nations unies, la Coopération française et les ONG internationales ont participé à la lutte à travers la fourniture de l'assistance financière, technique et matérielle. Les institutions publiques et privées ainsi que les ONG nationales ont rempli selon le cas des fonctions diverses, allant de la planification, coordination et suivi au plaidoyer et mise en oeuvre des actions.

Le cadre des résultats de l'Appui à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA définit la stratégie des partenariats du PNUD comme étant de « fournir une assistance financière et technique pour l'organisation de l'assemblée générale, la vulgarisation de la stratégie de lutte pour 2006-2007, l'intégration du volet VIH/SIDA dans le DSRP, la mobilisation des ressources du Fonds Mondial, l'élaboration d'un Programme Conjoint UN dans le cadre de la coordination résidente, des initiatives originales des associations de la société civile et des communicateurs en matière de planification de la lutte, l'appui aux initiatives de vulgarisation des textes en matière des droits humains et de genre dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Il y a eu ainsi plusieurs axes sur lesquels le projet devait s'engager pour créer des alliances stratégiques à la faveur de l'accélération de la lutte à savoir :

- l'assemblée générale : présidée par le Chef de l'Etat et Président du CNLS, elle a été convoquée par cette dernière pour faire l'état des lieux de la lutte contre le VIH/SIDA et des recommandations pour améliorer son efficacité et son impact. Elle était le forum par excellence de partenariat dans son souci de rassembler tous les acteurs clefs de la réponse nationale au SIDA et de les engager résolument dans le combat contre cette épidémie. Elle a connu la participation des représentants du gouvernement central et local, de la société civile et du secteur privé qui ont échangé des vues sur les voies et moyens pour accélérer les activités de la lutte. Les acteurs gouvernementaux (ST/CNLS, Primature, Ministères et préfectures.) ont reçu des directives pour affiner la stratégie de lutte et sa coordination. Les ONG nationales, les syndicats, les AOC, les associations des jeunes et des femmes, le RCAPEV, les associations des filles libres, les entreprises publiques et privées y

ont participé et ont reçu le mandat d'intensifier leur plaidoyer et activités de sensibilisation dans le cadre de nouvelles directives qui leur ont été confiées. L'action n'a pas suivi, car, selon les témoignages, les instructions n'étaient pas accompagnées de moyens financiers. Les partenaires extérieurs (agences de Nations unies, Coopération Française, Union Européenne, ONG internationales) avaient également pris part aux travaux de l'assemblée. L'appel leur a été adressé d'appuyer le gouvernement avec des moyens financiers, matériels et humains conséquents. Bien que l'assemblée générale ait été un moyen important de mobilisation sociale, il n'est pas évident que ses bénéficiaires justifient ses coûts. Tant au niveau de la coordination et collaboration entre les structures de lutte que de l'implication plus engagée dans la lutte par les partenaires, le problème reste posé en entier comme s'il n'y avait pas eu d'assemblée générale.

- La vulgarisation de la stratégie de la lutte pour 2006-2007 : le partenariat ici a pris d'abord corps dans le processus participatif qui a marqué l'élaboration et validation du Plan Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010 auquel les différents secteurs de développement, notamment les secteurs public et privé, les organisations de la société civile, les organisations de PVVIH ainsi que les partenaires au développement ont participé. Trois ateliers à l'intention des comités préfectoraux et communaux de la lutte contre le SIDA ont été organisés par le ST/CNLS dans les trois grandes zones du pays. Un atelier de consensus sur les problèmes, leurs causes, les axes prioritaires d'intervention a eu lieu à Bangui avec la participation des acteurs nationaux et des bailleurs de fonds. Aussi faudra-t-il souligner qu'un autre atelier sur la stratégie pour accélérer la lutte a été organisé en été 2006 dans la Préfecture de Lobaye par le ST/CNLS. Cet atelier a connu la participation des membres du ST/CNLS élargie au Groupe de pratique VIH/SIDA du PNUD, le Point focal SIDA Primature, le facilitateur de la Communauté de pratique VIH/SIDA PNUD, le représentant du Ministère de la Santé et de la Population, le Coordonnateur du RECAPEV, la Présidente du Bureau des Médias, un Représentant de l'Agence Française de Développement et le Coordonnateur national des initiatives des pays riverains du fleuve Congo-Oubangui Chari. Les participants ont suivi des présentations et ont eu des débats sur les nouvelles missions du ST/CNLS dans le cadre des directives présidentielles et du processus de formulation de la soumission du Fonds mondial, l'utilisation des outils de programmation dans le cadre d'une gestion de proximité de la lutte et de la responsabilisation des acteurs et les stratégies de communication et mobilisation sociale. Enfin, le partenariat a pris également la forme des réunions de concertation entre le ST/CNLS et instances préfectorales de coordination et les organisations de base autour, notamment de l'application des directives présidentielles (Berberati). Enfin, la tenue de l'Assemblée Générale elle-même a servi de cadre de vulgarisation de la stratégie de lutte

parmi les différents acteurs et partenaires qui ont été interpellés par le Chef de l'Etat pour inscrire leurs interventions et appuis dans la stratégie de lutte définie dans le Plan cadre stratégique 2006-2010.

- l'intégration du volet SIDA dans le DSRP : le VIH/SIDA fait partie de la composante 4 du Cadre stratégique national de lutte contre la pauvreté ou le document de stratégie de réduction de la pauvreté. Le montage de ce cadre s'est fondé sur une approche coordonnée et multisectorielle impliquant la participation des départements ministériels dont la Santé et le ST/CNLS, des entités administratives décentralisées et les organisations de base grâce à des groupes interministériels de travail et des ateliers locaux et régionaux. La réalisation des objectifs du pilier 4 du DSRP relatif au VIH/SIDA se fera par la convergence des efforts à l'accomplissement des actions prévues dans le Plan Cadre de lutte 2006-2010 et son programme opérationnel de financement 2007-2010. L'intégration du volet SIDA dans le DSRP renforce la coordination et le suivi des actions de VIH/SIDA par l'implication du Comité interministériel du Suivi et du Comité de pilotage de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté, à travers le suivi du volet 4 du DSRP.
- La mobilisation des ressources du Fonds Mondial : des ateliers ont été organisés pour la préparation de la proposition du pays pour la sixième série du Fonds mondial. Ces séminaires ont connu la participation des membres de l'Instance nationale de coordination (CCM) et des structures gouvernementales. Le PNUD a financé tout le processus, y compris la logistique ; l'ONUSIDA a mis à la disposition un spécialiste financier ; l'OMS, le FNUAP et le PAM ont apporté d'autres contributions. Le dossier du pays a été approuvé.
- l'élaboration d'un Programme conjoint des Nations unies dans le cadre de la coordination résidente : la mission a appris que des consultants ont été recrutés et ont élaboré un projet de Programme conjoint du SNU. Un séminaire de validation, regroupant les chefs d'agence aurait été organisé. Mais, comme nous n'avons pas vu l'ébauche de ce programme en dépit de plusieurs demandes, nous considérons que ce travail n'a pas été accompli, et par conséquent, nous ne pouvons pas nous prononcer sur la stratégie de partenariat ici.
- Comme indiqué plus haut, les initiatives des associations de la société civile ont été capturées par leur participation à l'assemblée générale.
- L'activation du partenariat dans l'appui aux initiatives de vulgarisation des textes en matière des droits humains et de genre dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA devait être matérialisée à travers l'élaboration, l'édition et la multiplication d'un manuel de communication sur la protection des droits humains et du genre et

l'organisation des ateliers d'information et de formation sur le sujet. Il n'est pas, cependant, évident que cette activité a été réalisée. D'autre part, l'organisation du partenariat pour la vulgarisation de la loi sur la protection des droits des personnes vivant avec le VIH pour laquelle l'appui du PNUD a fait le plaidoyer auprès du gouvernement, a été déficiente. Cette loi reste largement méconnue par les acteurs, faute de vulgarisation.

Dans le cadre de l'Appui au programme de lutte contre le SIDA, l'option stratégique du PNUD a été de fonder la mise en oeuvre du programme sur l'implication active, surtout des ONG et des AOC par le biais de mécanisme de sous-traitance. Les ONG et les AOC ont reçu de l'argent pour exécuter des activités contenues dans leurs plans d'action sous la supervision du ST/CNLS, qui à son tour devait rendre compte au PNUD de l'utilisation des ressources mises à disposition. Les conditions de sous-traitance des activités du programme étaient précisées. Une revue du programme a été organisée à la fin de la première année et une autre à sa fin au cours desquelles le ST/CNLS, le Ministère du Plan et le PNUD ont passé en revue le contenu des rapports.

Le secteur privé national a participé aux réunions de sensibilisation organisées par le ST/CNLS. Par exemple, le Président Directeur Général du Groupe Kamach, qui représente le Patronat auprès du CNLS, a fait de la prévention du SIDA une activité importante dans sa firme. Il s'est investi totalement dans la lutte prêchant la solidarité collective comme un levier puissant pour une transformation qualitative des organisations humaines. Une mutuelle de solidarité a été créée au sein de la compagnie. Tout le personnel y contribue avec des montants variés en fonction de grades. La compagnie ajoute une contrepartie de 50% du montant total mensuel versé par les employés. Au moment de la mission, la valeur en caisse était évaluée à 100 millions de FCFA. C'est sur cette caisse que les tests, les médicaments et aides diverses aux agents dans les besoins sont opérés. Cette mutuelle est différente d'une autre caisse sociale, qui elle, est gérée par le personnel sans contrepartie de l'employeur pour intervenir dans des cas des naissances et décès. L'entreprise utilise de la menace psychologique pour inciter les travailleurs à aller se faire dépister volontairement. On répète constamment aux employés que s'ils ne vont pas se faire tester et qu'ils se retrouvent plus tard avec la maladie, ils ne seront pas pris en charge par la compagnie. Cela les incite à agir rapidement.

Le partenariat a pris également la forme des réunions de concertation, coordination et suivi avec les institutions nationales chargées de l'exécution du programme et de la coordination de l'aide. Si l'appui à l'organisation des assemblées générales du CNLS a permis au PNUD de favoriser la mobilisation sociale des acteurs de la lutte et de synchroniser les vues sur les voies et moyens pour la réactiver, il faut cependant souligner des carences au niveau de la coordination qui ont contribué à noircir les rapports de travail entre l'agence et certains partenaires nationaux.

Dans l'ensemble, certains partenaires ministériels se sont montrés réticents à parler de la coopération avec le PNUD sur le SIDA. Le Ministère de la Santé et Population a fait connaître son mécontentement vis-à-vis du PNUD au sujet, notamment de la Cellule de Gestion du Fonds Mondial. L'argument est que cette Cellule gérée par le PNUD, est fermée aux nationaux alors qu'elle a été créée sur proposition du Gouvernement. Elle prend des initiatives sans consulter ce dernier. Cette situation, bien qu'ayant été décantée, a oblitéré les rapports de travail entre les deux institutions et surtout la perception que ce Ministère continue à entretenir vis-à-vis du PNUD.

Une autre plainte a été enregistrée au niveau du Ministère du Plan et de la Coopération Internationale (Direction Générale de la Coopération Internationale). L'argument est que le Plan n'est pas informé de ce que le PNUD fait. « Nous signons les documents, mais le reste est fait par les agences d'exécution. Le PNUD a refusé d'installer un point focal au Plan alors qu'il en a dans d'autres ministères ». Ainsi, nous ne disposons pas d'informations pour apprécier l'efficacité de l'aide. Nous ne pouvons pas nous prononcer sur ce que fait le PNUD ».

La mission a trouvé cette position difficilement défendable dans la mesure où non seulement les documents des projets sous évaluation ont été approuvés par le Plan, mais aussi leurs réunions de suivi (réunions tripartites) ont été faites au Plan sous la direction de son Directeur de Cabinet. Le partenariat au sein des agences du système des Nations unies dont le PNUD assume le leadership nous a paru également faible. Il n'est pas évident que les partenaires onusiens partagent en réalité le même objectif, une approche commune des problèmes et qu'ils appliquent ou sont prêts à appliquer une stratégie synchronisée de lutte contre le SIDA (malgré le fait qu'on parle d'un Programme conjoint). Les agences ne connaissent pas ce que les uns et les autres font, surtout ce que fait le PNUD ; elles reconnaissent que des efforts importants doivent être consentis dans le domaine de la coordination aussi bien au niveau du gouvernement que celui des agences des Nations unies elles-mêmes.

Dans l'ensemble, un partenariat efficace est fondé sur une coordination organisée pour ancrer des concertations et échanges entre partenaires sur l'état réel des produits et effets des interventions, les goulots d'étranglements éventuels et actions correctives potentielles. Mais, une telle coordination est rendue difficile par l'absence des dossiers et tableaux de bord organisés et actualisés sur les projets au niveau du Bureau du PNUD. Le nouveau chargé de Programme SIDA, bien que visiblement compétent, est submergé par la gestion courante et d'autres dossiers. L'insuffisance du personnel place le staff existant dans une situation d'incapacité notoire, devant répondre à plusieurs sollicitations à la fois. Un partenariat efficace, alimenté par des données sur l'état des résultats en termes des produits et effets est encore une illusion dans les circonstances actuelles. Du reste, il n'existe pas un plan multi-donateur. Les donateurs bilatéraux, notamment la France, n'apportent pas une contribution substantielle à la RCA. Nous avons cru comprendre que l'apport de la France est canalisé à travers sa contribution au Fonds mondial. On note une absence de cycle des conférences débats de haut niveau sur les

normes concernant la prévention, la prise en charge et autres aspects liés à l'encadrement juridique des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. Il existe cependant des foras organisés pour la mobilisation des ressources.

# Chapitre 4 :

## Conclusions, leçons appries, recommandation

### 4.1. Conclusions

Des progrès considérables ont été réalisés en termes de création ou activation des mécanismes structurels et fonctionnels pour recadrer la lutte contre le VIH/SIDA dans une perspective multisectorielle et améliorer l'efficacité dans sa coordination et gestion opérationnelle. Néanmoins, ces structures accusent encore beaucoup de carences dont les conséquences se projettent sur la non - maîtrise de la transmission de la prévalence et de ses impacts. Quatre aspects critiques de cette faiblesse concernent :

- Une stratégie de mobilisation sociale largement inefficace qui fait que le SIDA, bien que déclaré une menace pour la survie de la nation centrafricaine, n'est pas vécu quotidiennement comme la priorité des priorités ;
- Une incapacité structurelle de rendre compte de manière périodique et régulière de l'évolution de l'épidémie ; des activités, apports, produits, effets et impacts des interventions des acteurs ;
- Une faible capacité de mobilisation et allocation de ressources financières internes et externes pour donner une réponse adéquate aux besoins tant de la sensibilisation et prévention que ceux de prise en charge médicale, psychosociale des PVVIH, des orphelins et autres personnes affectées par la maladie, et enfin
- Une insuffisance dans l'application de la loi pour protéger les personnes vivant avec le SIDA.

Une étape importante a été certes franchie dans la facilitation de la coordination de la lutte avec la redynamisation du Comité national de lutte contre le SIDA et son arme opérationnelle le Secrétariat technique ; l'élaboration d'un plan cadre stratégique avec des priorités et la définition des rôles de diverses parties prenantes à cette lutte. Mais l'un des objectifs de cette coordination, qui est d'assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources mobilisées de manière à ce que leur déploiement se traduise par une contribution significative aux effets et impacts escomptés, est encore loin d'être atteint. La coordination pose encore des défis énormes à l'égard, notamment de la concentration ou duplication des services dans certaines zones et de leur carence totale ou relative d'autres ainsi que le manque d'approches harmonisées de suivi, sensibilisation ou mobilisation des

ressources. Les suggestions et recommandations qui suivent visent à renverser cette situation et à renforcer les acquis en vue d'un meilleur positionnement pour réduire la transmission à l'infection du VIH/SIDA et son impact par une appropriation croissante et effective de la réponse nationale.

## **4.2. Principales leçons apprises**

### **4.2.1. Leçons positives**

- l'implication personnelle du Président de la République dans la lutte contre le VIH/SIDA a impulsé son élan et imprimé un sens de direction à la lutte avec de nouvelles directives dont l'application effective devrait avoir à moyen-terme un impact positif sur la réduction de la prévalence de l'épidémie.
- La mise en oeuvre des actions du programme de lutte contre le VIH/SIDA reposant sur la sous-traitance des activités aux organisations de base, cette approche a favorisé L'élargissement de la base de la lutte au niveau des communautés.
- Le renforcement des capacités du ST /CNLS dans la mobilisation des ressources extérieures à travers la facilitation d'accès aux subventions du Fonds mondial, est un puissant moyen pour permettre la réalisation des résultats dans des conditions difficiles de normalisation post-conflit.
- La prise en charge globale est un bon plaidoyer pour la sensibilisation quand elle est soutenue par un approvisionnement régulier en réactifs aussi bien pour le dépistage volontaire que pour la prise en charge médicale des cas de SIDA.
- Les études sur les impacts socio-économiques du VIH/SIDA ont contribué à une prise de conscience du SIDA en tant que réalité sociologique et à l'urgence des mesures coordonnées et intégrées pour inverser sa progression.
- l'implication du secteur privé a débouché sur un modèle exemplaire de sensibilisation et de prise en charge que d'autres acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA cherchent à imiter.

### **4.2.2. Leçons négatives**

- Le système de financement des partenaires de mise en oeuvre (ONG/AOC) n'était pas de nature à faciliter la pérennisation des actions. Les ONG/AOC ont été créés pour absorber le financement extérieur par le biais de la sous-traitance des activités du programme et non pour mobiliser les ressources locales indispensables à la continuité de leurs activités. Cet état de chose explique leur disparition dès que le financement extérieur s'épuise.
- Les plans d'action ne sont pas élaborés dans l'esprit de mieux comprendre la situation locale et les voies et moyens pour accélérer la réponse à ce niveau, mais plutôt pour obtenir un financement extérieur. En conséquence, ces plans restent sans effet en l'absence d'un appui externe.

- L'insuffisance des bilans périodiques rend difficile la capitalisation et les échanges de connaissance et d'expériences. Les meilleures pratiques peuvent être institutionnalisées si à la fin d'une période donnée, le système a l'information sur qui a fait quoi, où, avec qui et comment ?
- La vitesse de la lutte tend à être lente lorsque le matraquage publicitaire n'est pas amplifié, adapté et réhabilité continuellement et n'est pas accompagné par la prise en charge effective de ceux-là qui souffrent de la maladie ou sont affectées par elle.
- Le programme a sensibilisé la population générale, particulièrement les groupes les plus exposés sur les ISTs, alors que les structures de dépistage et de prise en charge médicale des ces ISTs étaient quasi inexistantes ou défailantes.
- L'organigramme du programme ancré au Secrétariat technique du CNLS par le fait de disposer d'une cellule à part d'exécution et de gestion, n'a pas permis un meilleur apport de compétences des autres membres du Secrétariat technique du CNLS. Bien que la chaîne de commandement avec la dite Cellule soit courte, celle-ci a déresponsabilisé les principaux secteurs intéressés par le projet en exécutant à leur place les activités qui sont du domaine de leur attribution.
- Aucun mécanisme de pérennisation n'a été formulé dans le programme.
- Le premier projet très ambitieux, a démarré avec la capitale, plusieurs préfectures et a été trop vite étendu pour permettre une consolidation des expériences positives.
- Les projets élaborés et exécutés le plus souvent en l'absence des prestataires de soins, l'approche de prise en charge globale n'est donc pas suffisamment appropriée.

## 4.3. Recommandations

### 4.3.1. Principes de base pour le succès de la lutte

Les expériences récentes de lutte contre le VIH/SIDA à travers le monde font ressortir un certain nombre de principes fondamentaux dont l'application efficace facilite son succès. Ces principes de base sont :

- Un engagement manifeste et soutenu de la part des autorités supérieures à tous les niveaux
- Mettre l'accent sur le travail en Réseau pour les ONG, OAC et sur l'arrangement contractuel à tous les niveaux
- Encourager le Débat sur le diagnostic à partir du village
- Encourager le Débat sur les approches à partir du village
- Encourager le Débat sur les normes, les directives techniques au niveau conceptuel
- Soutenir la Communication de proximité par les ETP, par les pairs
- Encourager le Rappel de grandes lignes de la lutte, de nouvelles orientations par les média
- Encourager la Couverture médiatique des actions de proximité
- Soutenir la Déconcentration des ressources
- Susciter de nouvelles OAC ONG à partir des structures traditionnelles
- Insérer la lutte dans tout projet de développement
- Vulgariser des textes de loi par les comités ministériels de lutte contre le sida
- Mettre en place de point de distribution de préservatif par secteur
- Disséminer les leçons à partir de centre de traitement ambulatoire, les structures de prévention modèle
- Définir un paquet minimum d'activité de prévention, traitement, gestion des impacts par niveau
- Définir les critères d'extension et d'intégration des services à haut impact
- Mettre l'accent sur l'appropriation que sur l'expédition des activités
- Faire des Contrôles techniques
- Mesurer l'efficacité de chaque activité
- Faire l'exercice d'évaluation des besoins et des ressources par secteur et niveau décentralisé
- Intégrer le développement dans toute activité de lutte contre le SIDA
- Identifier et suivre les groupes où il y a plus de comportement à risque
- Faire le Suivi médical des prostituées
- Améliorer la gestion financière
- Développer les mutuelles et autres formes de solidarité, entraide aux niveaux national et local pour compléter l'accès aux autres soins et traitement

- Développer le système de volontariat, suivi des malades, développement positif pour les PVVIH
- Confier certaines tâches médicales à une échelle plus basse (work shifting)
- Le ministère de santé doit avoir un plan de développement de ressources, une feuille de route
- Privilégier le partage de diagnostic, de stratégie là où les ressources manquent

#### 4.3.2. Recommandations générales

Les treize recommandations générales (orientations stratégiques) listées ci-dessous permettraient d'augmenter les chances de gagner la lutte contre le VIH/SIDA en RCA dans une échéance relativement brève. Il s'agit de:

- Donner priorité à la prévention dans la lutte contre le VIH/SIDA dans une perspective d'appropriation communautaire.
- Percer le mur de la résistance pour faire accepter l'existence de la maladie comme une réalité au niveau national, local et régional.
- Faciliter le plaidoyer sur les avantages d'un dépistage précoce et volontaire dans les établissements publics, privés et communautaires pour accroître la prise de conscience et la compréhension des effets sur le développement de l'épidémie à VIH/SIDA.
- Défendre les politiques en faveur de la confidentialité des traitements et des résumés médicaux et le respect aux personnes vivant avec l'infection à VIH/SIDA.
- Faire de la maladie du SIDA une responsabilité partagée des pouvoirs central et local, des communautés religieuses, des syndicats d'enseignants, des associations d'élèves et de parents d'élèves, des ONG locales, de tous les partenaires.
- Faire le plaidoyer pour une affectation des ressources adéquates au SIDA et à la recherche sur cette question.
- Faire le plaidoyer pour concentrer les ressources des Ministères sur la réalisation de l'objectif qui consiste à stopper la propagation de l'infection à VIH/SIDA et à minimiser leurs effets sur leurs propres personnels.
- Promouvoir l'éducation de l'ensemble de la population afin qu'elle oeuvre pour un climat sain, responsable, pudique et digne. La devise devient : Prévention, Protection, Pudeur et Dignité.
- Encourager le personnel du secteur public et privé à abandonner les comportements à risque et à prendre pleinement la responsabilité de leur santé.
- Renforcer des campagnes de détection et de traitement des infections sexuellement transmissibles.
- Renforcer la gestion sur la base des performances ou la gestion axée sur les résultats
- Renforcer les dispositifs du suivi et de l'évaluation
- Renforcer les capacités nationales.

*Le Guide que nous proposons dans la section 4-4 reprend les 13 orientations stratégiques ci dessus de façon détaillée en spécifiant comment et avec qui les réaliser.*

### **4.3.3. Recommandations spécifiques**

Les recommandations spécifiques sont adressées premièrement au PNUD et au Gouvernement comme actions correctives aux interventions de lutte contre le VIH/SIDA qu'ils pourraient initier. Etant donné que la réalisation de l'effet implique d'autres partenaires, nous avons tenu à indiquer les acteurs principaux qui pourraient intervenir tout en gardant à l'esprit que leur nombre pourrait évoluer avec le retour de la coopération bilatérale et multilatérale dans le pays. Une deuxième partie des recommandations spécifiques s'adresse à l'ensemble de la communauté des bailleurs de fonds qui appuie la RCA.

Recommandations	Responsabilité	Partenaires	Observations
<p>1) Placer la prévention comme priorité de la lutte par une implication massive des agents communautaires et du personnel paramédical pour un renforcement de la communication de proximité en matière de prévention, des mécanismes de solidarité et soins à la base. Ceci exige une implication renforcée du Ministère des Affaires Sociales tant dans la conception que dans la mise en œuvre des actions et un renforcement des capacités en moyens de travail.</p>	<p>-Gouvernement -ST/CNLS</p>	<p>-Ministère Santé -Ministère des Affaires Sociales -ONG/AOC -CPLS/ETP -PNUD -Autres</p>	<p>Implication et responsabilisation d'autres catégories socioprofessionnelles : travailleurs sociaux, éducateurs et personnel paramédical dans les activités telles que pré et post test, prise en charge antirétrovirale (bilans biologiques, cliniques, immunologiques et virologique), les visites aux domiciles et le soutien aux malades.</p>
<p>2) La dualité entre la formulation du plan cadre stratégique de lutte contre le SIDA basé sur la participation des forces vives du pays à travers les ateliers régionaux, et le processus de mise en œuvre de ce plan cadre ressort des insuffisances et des contradictions portant atteinte au succès des interventions et à leur pérennisation. Un processus au départ intégrateur, ne devrait pouvoir pas être bloqué au niveau de la mise en œuvre. Pour remédier à cette situation, le diagnostic des besoins devrait se faire au niveau des préfectures ou des communautés rurales avec un facilitateur si besoin il y a. Cette analyse de la situation devrait</p>	<p>-Gouvernement -ST/CNLS</p>	<p>- CPLS/ETP -ONG/AOC -Comités ministères -ONUSIDA -PNUD</p>	<p>La déconcentration des ressources financières et matérielles est la condition sine qua none pour la réussite de toute stratégie de responsabilisation de la base.</p>
<p>évaluer aussi bien les besoins que les moyens locaux indispensables pour atteindre les résultats définis. Il découle de cela une déconcentration systématique des ressources.</p>			

Recommandations	Responsabilité	Partenaires	Observations
<p>3) L'Assemblée Générale du CNLS est l'organe d'inspiration et d'orientation en matière de lutte contre le VIH/SIDA. L'exercice de cette fonction exige non seulement des directives, mais aussi le suivi au niveau politique de la mise en œuvre effective de ces directives. Si le suivi technique est assuré par le ST/CNLS, il n'est pas cependant clair au niveau du suivi politique. Pour remédier à cette situation :</p> <p>Le Bureau du ST/CNLS devrait donc disposer d'un mécanisme périodique du suivi des résultats réalisés par tous les secteurs. Pendant les conseils des ministres, chaque département ministériel devrait mensuellement rendre compte de ses activités dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA.</p>	<p>-Bureau du CNLS</p> <p>-Conseil des Ministres</p>	<p>-PNUD</p> <p>-SNU</p> <p>-Autres</p>	<p>Des encouragements sous forme d'allocation budgétaire supplémentaire ou autres stimulants, prévus pour le département le plus performant au cours d'une période donnée, avec une forte publicité médiatique. Ceci est un bon moyen pour engager les institutions dans la compétition pour l'excellence.</p>
<p>4) Le suivi-évaluation est un des maillons faibles de la réponse nationale. C'est qui se traduit par le manque d'une banque nationale des données sur le VIH/SIDA. A cette fin, il conviendrait de rendre opérationnelles les activités du suivi-évaluation pour connaître l'état des résultats et échanger sur les meilleures pratiques de la lutte. Ceci implique entre autres la mise en place d'un plan de suivi-évaluation pour bâtir un système d'information sur le VIH/SIDA dans le cadre du respect du</p>	<p>ST/CNLS</p>	<p>-ONUSIDA</p> <p>-PNUD</p> <p>-Autres partenaires</p>	<p>Suivi physique et financier ; Suivi et évaluation des produits et effets des programmes ; Suivi des comportements (enquêtes pour apprécier les changements de comportements et attitudes au sein des populations ou groupes cibles ; Surveillance du VIH/SIDA : selon le modèle préconisé par l'ONUSIDA/OMS-</p>
<p>principe de Trois uns (collecte, analyse, ou traitement et diffusion des données, indicateurs)</p>			<p>sérosurveillance, notification des cas, enquêtes). Réalisation des études sur le VIH/SIDA</p>
<p>5) Dynamiser les comités sectoriels de lutte contre le SIDA, et renforcer le plaidoyer pour l'établissement d'une caisse de solidarité, d'assistance et veiller au décaissement du chapitre budgétaire alloué à la lutte contre le SIDA.</p>	<p>-Gouvernement</p> <p>-Ministère des Finances</p>		

Recommandations	Responsabilité	Partenaires	Observations
6) Les données ont montré qu'une bonne majorité des personnes vivant avec l'infection à VIH/SIDA ont été détectées au dernier moment, quand ils ont été des cas cliniques de SIDA maladie avec un état général très altéré, quand leurs conditions ne permettaient aucun traitement. La sensibilisation pour le dépistage précoce et volontaire dans les établissements publics, privés et dans les communautés devrait occuper la première place dans les actions de lutte. Le dépistage doit être suivi d'une prise en charge antirétrovirale en cas de séropositivité avec un fort accent sur la coinfection VIH – Tuberculose.	-ST/CNLS	-ONG/AOC -Hôpitaux et centres de santé -Entreprises -Confessions religieuses -PNUD -Fonds Mondial -UNICEF -Autres	

7) Nombreuses structures de lutte sont en veilleuse suite au manque de financement. Dans un nouveau contexte d'accélération de cette lutte, les actions futures devraient insister sur le renforcement des capacités de mobilisation des ressources sur le plan interne et externe.	ST/CNLS	- ONG/AOC -CPLS/ETP - CMLS	Mobilisation des ressources propres par la voie des cotisations par les membres de la communauté, (caisse de solidarité) ; Recettes des activités génératrices des revenus, y compris organisation des activités spéciales avec droit de participation ; Identification et recours aux ressortissants du village vivant ailleurs ; Une partie des ressources des contribuables (Mairie) ; Contributions des entreprises œuvrant dans la communauté ; Recours à la coopération décentralisée ; Recherche des sources de financement sur l'internet (organismes philanthropiques). Dons et legs.
---	---------	----------------------------------	--

Recommandations	Responsabilité	Partenaires	Observations
8) Promouvoir le plaidoyer, en faveur de la vulgarisation et la mise en application effective des lois sur la protection des personnes vivant avec le VIH, des violences contre les femmes, ainsi que la sensibilisation sur les dispositions du code de famille en ce concerne le VIH/SIDA et le Droit des femmes. Il conviendrait de promouvoir le plaidoyer pour la clarification du statut juridique de la fille libre.	ST/CNLS	-PNUD -ONUSIDA -ONG/AOC -CPLS/EPLS -RECAPEV	L'implication active des associations des femmes sur tous les aspects qui les concernent devrait être bien surveillée.
9) Les activités de prévention semblent être menées sans une stratégie coordonnée et intégrée tenant compte des groupes cibles et des modes de transmission. A cet effet, il faudrait faciliter une intégration horizontale des activités		-Ministère de Santé -Hôpitaux -Centres de santé -OMS	
de prévention au sein des centres de santé, surtout les hôpitaux de référence (dépistage, promotion de préservatif, traitement des IST, éducation communautaire des aspects négatifs de certaines pratiques coutumières et mentalité).	ST/CNLS	-UNICEF	
10) Certains projets financés par les partenaires au développement tels que Appui au programme/PNUD, Projet multisectoriel de lutte contre le SIDA/Banque Mondiale) ont été ancrés au ST/CNLS. Cette situation a créé des confusions. Le ST/CNLS doit rester une structure de coordination et de suivi.	Gouvernement Ministère du Plan Ministère de la Santé	-PNUD -Banque Mondiale -Autres	
11) Développer une culture d'auto-prise en charge dans la population. Le Chef de l'Etat et le Président du CNLS a insisté sur l'auto-prise charge dans ses directives à l'assemblée générale. La pérennisation de la lutte en dépend. Il conviendrait de faire évoluer les mentalités des gens pour compter d'abord sur leurs propres efforts avant de tendre la main à l'extérieur.	ST/CNLS	-ONG/AOC -CPLS/EPLS -CMLS -Entreprises -Confessions religieuses -Autres	

Recommandations	Responsabilité	Partenaires	Observations
<p>12) Si on devait reformuler les mêmes projets, tenir compte des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-de la capacité de mobilisation des ressources propres au niveau des opérateurs (ONG, OAC) comme critère de leur choix et de leur performance dans la mise en œuvre des actions.</li> <li>-Eviter de distribuer de l'argent aux individus comme ce fut le cas avec les filles libres et les autres groupes.</li> <li>-Identifier et responsabiliser quelques ONG/AOS en tenant compte de leur domaine d'activité et expérience ; les appuyer à monter des projets collectifs de génération des revenus (restaurant, champs, commercialisation des produits agricoles, etc.) ; désigner une firme qualifiée pour les suivre (monitoring) tout au long du processus.</li> <li>-Au niveau de la mise en œuvre, instituer un système trimestriel de supervision des opérateurs sur la base des plans d'action préalablement convenus avec eux. Renforcer le système de contrôle à plusieurs étages introduits par les projets.</li> <li>-Prévoir un cadre stratégique des résultats du projet tout en s'assurant que les effets choisis sont plausibles. Par exemple : la tenue d'une</li> </ul>	<p>PNUD</p>	<p>ST/CNLS</p>	

<p>assemblée générale du CNLS n'est pas un indicateur plausible parce qu'il ne mesure pas suffisamment l'appropriation nationale de la lutte VIH/SIDA. Par contre, un taux de financement propre supérieur à 40% par rapport à l'année X est un indicateur plus plausible d'intemalisation.</p> <p>-Si le Secrétariat technique du CNLS est choisi comme structure qui reçoit les moyens du PNUD, éviter qu'il s'implique dans l'exécution des activités. Son rôle devrait se limiter à l'animation, la facilitation, suivi et coordination des operateurs du terrain.</p> <p>-Si les filles libres constituent le groupe cible, chercher à déterminer d'abord qui est fille libre dans un contexte où la loi nationale interdit encore la prostitution.</p> <p>Instituer des clés de vérification de suivi des ressources et autres moyens à plusieurs niveaux.</p>			
--	--	--	--

Recommandations	Responsabilité	Partenaires	Observations
<p>13) Les interventions du PNUD en matière de développement répondent à un double souci de promouvoir une responsabilisation accrue des partenaires de mise en œuvre pour une appropriation nationale et de renforcer les performances dans la gestion du développement. Une application renforcée de la méthodologie de gestion axée sur les résultats est indispensable, tenant compte du nouveau cadre programmatique mis en place par le PNUD pour accroître sa contribution aux résultats du développement. Il s'agit surtout de mettre en place au Bureau du PNUD de nouveaux outils de gestion qui permettent une gestion et un suivi efficace des projets, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cadres stratégiques des résultats</li> <li>-Plans de suivi et évaluation</li> <li>-Tableaux de bord des risques (Journal des risques des projets/programmes)</li> <li>-Tableaux de bord des problèmes (Journal des problèmes de projets)</li> <li>-Tableaux de bord des enseignements tirés (Journal des enseignements tirés)</li> </ul>	PNUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ST/CNLS</li> <li>-ONG/AOC</li> <li>-Projets</li> </ul>	
<p>14) Une gestion proactive axée sur les performances exige que le Chargé du Programme SIDA au PNUD soit exempté de la multitude des tâches administratives sans liens directs avec les effets planifiés. Le recrutement d'un personnel supplémentaire paraît l'une des voies possibles pour remédier à cette situation.</p>	PNUD		
<p>15) Utiliser les résultats des évaluations et études sur les impacts</p>			

du VIH/SIDA et sur les écarts entre besoins et ressources ciblées pour appuyer le gouvernement à renforcer ou ajuster son dispositif de planification et programmation intégré et faire un plaidoyer en direction des communautés locales et de la coopération bilatérale qui demeure encore presque absente sur le terrain.	PNUD	ST/CNLS ONUSIDA	
--	------	--------------------	--

Recommandations	Responsabilité	Partenaires	Observations
16) La communauté des pratiques du PNUD est une initiative à encourager pour mieux appuyer le pays, mais elle doit être suffisamment organisée pour avoir un quelconque impact. Il s'agit d'abord d'avoir un Chargé de Programme, exclusivement pour s'occuper du VIH/SIDA au sein du Bureau du PNUD. Le suivi même du Programme-conjoint VIH/SIDA du Système des Nations unies renforce la nécessité d'un tel point focal. Ce dernier pourrait entre autre se rassurer que partout où existe des projets appuyés par le PNUD, il doit figurer un volet VIH/SIDA avec stimulation de mutuelle de santé ou toute forme d'entraide et de solidarité en milieux démunis.	PNUD		
17) Il faudra envisager au sein de chaque projet ou programme la formation d'un Comité d'effet dont la tâche principale consistera à surveiller la réalisation de chaque résultat attendu dans chaque composante du programme en gérant l'interdépendance de différents projets qui contribuent à l'accomplissement du résultat. Le Comité d'effet est un organe de décision relevant du RR ou de son délégué et comprendra le Coordonnateur du Projet, le Chargé de Programme du PNUD, les représentants de l'agence nationale de	PNUD	ST/CNLS ONUSIDA	

<p>coordination de l'aide, du partenaire de mise en œuvre du projet et des bénéficiaires.</p>		<p>SNU Autres</p>	
<p>18) L'appropriation de la lutte exige une participation effective de tous les acteurs aux actions stratégiques qui sont initiées. Or, il est difficile de favoriser une participation ou un partenariat effectif en l'absence d'une stratégie efficace de communication entre les partenaires. Dans ce contexte et compte tenu de l'importance de la communication stratégique pour le développement de partenariats et le renforcement du dialogue avec les opérateurs des projets aux fins de créer une meilleure synergie visant à améliorer les performances dans la gestion de la lutte, le PNUD pourrait aider à développer les compétences en matière de Communication Stratégique et Développement de Partenariats à l'intention de tous les acteurs de la lutte et les responsables des projets. Un séminaire de deux à trois jours avec la facilitation d'un consultant international pourrait être organisé.</p>	<p>PNUD</p>	<p>Gouvernement ST/CNLS Ministères ONUSIDA OMS UNICEF FNUAP Fonds mondial Banque Mondiale UE Coopération française</p>	

Recommandations	Responsabilité	Partenaires	Observations
<p>19) Le Ministère du Plan et de la Coopération Internationale est la structure nationale chargée de la coordination de l'aide au développement en RCA. L'existence d'un point focal du PNUD au sein de ce Ministère faciliterait les échanges, la coordination et améliorerait les rapports de travail.</p>	<p>PNUD</p>	<p>ST/CNLS Ministère du Plan</p>	<p>Le PNUD devrait avoir des points focaux dans tous les ministères où il intervient et devrait s'assurer de l'utilisation effective de ces derniers.</p>
<p>20) Au sein des agences du système des Nations unies, le programme-conjoint (UNIDAF) devrait probablement entrer en vigueur en 2008. Le volet VIH/SIDA de ce programme-conjoint est en adéquation avec l'objectif de l'assistance du PNUD de créer un leadership national pour la pérennisation de la réponse. A ce titre, il serait souhaitable d'encourager des réunions périodiques pour faire le point de la situation avec chaque agence, situer l'état des résultats, surtout en terme d'effet et évaluer des mesures qui s'imposent. Les délibérations entre les chefs d'agence devraient être portées à la connaissance de leur staff, car à l'heure actuelle, il nous semble qu'en l'absence du principal responsable, les autres membres de l'équipe ignorent presque totalement ce qui se fait dans les autres agences du système, notamment par rapport au VIH/SIDA.</p>	<p>PNUD</p>	<p>SNU</p>	
<p>21) En sa qualité de Coordonnateur Résident des Activités Opérationnelles des Nations unies en RCA, Monsieur le Représentant Résident du PNUD, devrait pouvoir proposer un alignement de toutes les composantes du système pour</p>	<p>PNUD</p>	<p>SNU</p>	

une plus grande prise de conscience des avantages d'études et analyses comparatives et de la nécessité des synergies et cohérence pour une contribution plus efficace à la réduction de la prévalence du VIH/SIDA et de ses impacts au sein du système onusien.			
22) Utiliser la position stratégique du PNUD dans le dispositif actuel de la coopération internationale en RCA pour appuyer le Gouvernement dans l'harmonisation des interventions de différents partenaires sur la base du principe de « Three Ones ».	PNUD	ONUSIDA Tous les autres	
23) Initier d'autres évaluations indépendantes et des restitutions à 3 niveaux : national, régional, préfectoral	PNUD	Tous les autres partenaires	

### a) Communauté des partenaires au développement ( y compris le PNUD)

Les partenaires extérieurs ont un rôle majeur à jouer pour renforcer l'appropriation nationale de la lutte contre le VIH/SIDA, surtout dans cette phase de normalisation post-conflit. Leurs appuis sous forme des ressources financières, humaines et matérielles sont encore des leviers indispensables pour accélérer la réponse nationale. Les rôles qu'ils sont appelés à jouer devraient s'inscrire dans les priorités nationales de la lutte et le renforcement du principe de « Trois un » qui veut (1) un cadre national commun de lutte contre le SIDA, (2) un organe national commun de coordination de la réponse au SIDA et (3) un système commun de suivi et évaluation. Dans ce contexte, nous proposons ce qui suit :

- Introduire ou renforcer des mécanismes de gestion de l'aide qui favorise l'autogouvernance de la lutte par les nationaux. A cet effet, l'utilisation des structures existantes et la mise à disposition directe des ressources financières sous leur contrôle est un puissant moyen de l'apprentissage de l'autogestion. Cependant, des dispositifs de supervision devraient être discutés ensemble et conjointement agréés pour veiller à une meilleure gestion. C'est dans ce sens que l'on parler d'un véritable partenariat.
- Contribuer au développement des ressources humaines nationales dans le cadre d'un programme cohérent de formation établi avec le ST/CNLS. L'initiative de l'élaboration d'un tel programme peut revenir au ST/CNLS qui analysera les besoins de formation interne et externe et proposera un projet de programme pour négociation avec les partenaires au développement. Une grande attention sera accordée dans la mise en oeuvre des formations des séminaires locaux susceptibles d'atteindre le plus de monde à la fois, et donc d'obtenir un plus grand impact. Cependant, la formation et les échanges à l'extérieur, surtout dans les domaines complexes de

- gestion et leadership devraient favoriser la participation des personnes ayant un potentiel de formation des formateurs.
- Participer à l'amélioration de la coordination de l'aide et de la lutte en inscrivant les interventions dans les priorités nationales et le Plan Cadre National de lutte contre le VIH/SIDA en vigueur et en évitant des mécanismes parallèles de gestion des projets et des ressources.
  - Apporter une assistance financière commensurable avec l'ampleur du fléau et les défis à relever. Le renforcement des capacités de mobilisation des ressources externes et internes est aujourd'hui considéré comme le plus grand préalable à l'appropriation de la réponse nationale. Cette mobilisation devrait aller au-delà de la facilitation des concertations et tables rondes de mobilisation des fonds pour appuyer le pays à développer des réseaux de coopération décentralisée et des initiatives spéciales de génération des revenus (par exemple : Opération SIDA lancée sur le plan national et international avec un Compte Spécial).
  - Appuyer le pays dans la mise en oeuvre d'un système national unique de suivi-évaluation pour rendre compte de manière périodique de l'état de l'épidémie, de son évolution, de ses activités et de ses impacts. Cela nécessite non seulement le partage et la communication de l'information à leur disposition, mais aussi la mise en cohérence des systèmes existant de suivi-évaluation (actuellement, chaque partenaire dispose de son système de suivi-évaluation et les données issues de ce système sont rarement partagées avec les autres). Un système de suivi fonctionnel contribuerait à améliorer la coordination de l'aide et son impact sur le pays.
  - Contribuer aux efforts d'intégration des préoccupations soulevées par le VIH/SIDA dans les programmes et projets destinés à réduire la pauvreté. La précarité de l'infrastructure économique du pays fragilise sa population et l'expose à des comportements à risque pour attraper le SIDA. L'appui aux initiatives de consolidation de la base productive du pays est un impératif pour attaquer l'une des causes profondes de la propagation de l'infection qui est la pauvreté monétaire. Dans le même temps, des stratégies doivent être développées en collaboration avec le gouvernement pour aborder le problème des PVVIH avec une insuffisante prise en charge médicale et nutritionnelle ainsi que celui du nombre croissant des orphelins sans support adéquat.

## 4.4. Guide pour renforcer les interventions de lutte contre le VIH/SIDA en RCA

Le Guide fournit des orientations pour mieux formuler les politiques de lutte contre le VIH/SIDA, établir des priorités afin de mieux renforcer, réajuster ou recadrer les nouvelles interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Il répond à la question : quoi renforcer, réajuster et/ou redéfinir ? Comment le faire et avec qui?

### A. Orientations stratégiques

#### 1. Quoi renforcer, réajuster et/ou redéfinir ?

Adopter une approche multisectorielle axée principalement sur la mise en exergue, l'analyse des statistiques épidémiologiques de l'épidémie du VIH/SIDA, celles de tous les autres secteurs (santé, éducation défense, économique, et celles à caractère social (nombre d'orphelins du sida, nombre d'enfants chef de famille.). Privilégier l'identification d'interventions efficaces permettant de réduire l'impact de L'épidémie sur le développement humain, social et économique.

#### a) Assurer un suivi pour une gestion plus rigoureuse afin de garantir:

- La Survie (montrer que l'on peut être sidatique et avoir une bonne santé et être productif).
- La Protection (montrer que l'on peut être infecté par le VIH et ne pas avoir le SIDA).
- Le Développement (montrer qu'il passe nécessairement par des ressources humaines en bonne santé).

#### b) La réhabilitation éventuelle des secteurs public et privé, préalable à toute réforme, exige une connaissance rigoureuse des effectifs :

##### A. Leur état de santé surtout par rapport à l'épidémie du VIH/SIDA

- Combien parmi eux sont infectés annuellement par le VIH, leur répartition par localité (urbaine et rurale), par sexe et par groupe d'âges, l'évolution dans le temps.
- Combien parmi eux constituent des cas cliniques de SIDA par année, leur répartition par localité (urbaine et rurale), par sexe et par groupe d'âges, la tendance.
- Combien décèdent chaque année par cause de VIH/SIDA, leur répartition par localité (urbaine et rurale), par sexe et par groupe d'âges, la distribution des cas de décès par grade.

B. Effectuer une analyse critique en étudiant les disparités entre sexes où l'incidence des maladies et des cas de décès liés au VIH/SIDA est plus importante.

C. Mesurer l'impact de la pandémie.

## 2. Comment le faire ?

En renforçant, recadrant et réajustant les mécanismes de coordination et de coopération existants (si nécessaire, créer une nouvelle coopération) avec:

1- le ST/CNLS, par le biais des enquêtes épidémiologiques dans :

- les sites sentinelles des zones urbaines et rurales,
- toutes les structures sanitaires afférentes à des études épidémiologiques quelle que soit la localité,
- les centres hospitaliers universitaires, les hôpitaux centraux, Régionaux ; les cliniques des maladies infectieuses,
- les unités de séro-surveillance qui seraient dans les Laboratoires Nationaux, les Centres de Référence des Maladies Sexuellement Transmissibles, Centres Nationaux de Transfusion Sanguine, Institut Pasteur, Coopération Française et les autres agences de coopération bilatérales existantes.

Suivre l'évolution de la maladie depuis la primo-infection jusqu'au cas de décès pour déterminer dans les sous-ensembles de la population que constitue les différents secteurs les taux de progression :

- a- VIH+ (infectés) ; SIDA (cas cliniques)
- b- SIDA – Décès

2- A travers les personnels public et privé affectés par l'épidémie, mener des campagnes de :

- a- Sensibilisation
- b- Communication
- c- Information

A l'école au niveau des élèves, puis la famille, le quartier, la ville, le pays. .

3- Prévention

- a- contribuer aux efforts consentis pour enrayer la propagation du virus
- b- faire reculer la pandémie

4- Plaidoyer

a- accroître par l'intermédiaire des travailleurs sociaux la prise de conscience et la compréhension des effets sur le développement de l'épidémie du VIH/SIDA en tant que pré requis à une réponse nationale urgente et effective

b- le PNUD devrait renforcer la collaboration avec les autres agences du système des Nations Unies, les Instituts, Fondations et Laboratoires de Recherche sur VIH/SIDA.

5- Mettre à la disposition des décideurs politiques, des planificateurs de l'éducation et de santé, des signaux pour mieux s'armer à prendre des

décisions, c'est-à-dire donner des instructions en toute connaissance de cause.

6- Prendre en compte l'impact social, économique de l'épidémie et incorporer les résultats des études dans la formulation des politiques, la planification et la mise en œuvre de programmes du niveau national au niveau communautaire.

7- Mettre à profit le rôle crucial que l'enseignant et les travailleurs sociaux ont à jouer dans la promotion et la réalisation des changements nécessaires. Les enseignants, les élèves, étudiants et personnel administratifs touchés par l'épidémie, ceux qui vivent avec le virus et leurs proches sont d'importants moteurs de changement. En parlant franchement, ils peuvent contribuer à modifier les attitudes et les comportements de leur entourage.

8- Modéliser l'impact à court terme de la pandémie sur les différents secteurs du pays en déterminant :

- a- la demande de personnel
- b- de l'offre de personnel
- c- le déficit de personnel sans VIH/SIDA
- d- la différence entre les déficits, qui mesurent l'impact du VIH/SIDA sur les différents secteurs de la RCA.
- a- Re-évaluer, re-quantifier ce qui a été fait dans le pays (tenant compte de l'impact du VIH/SIDA) pour atteindre les OMD

### **3. Avec Qui le faire ?**

- Le ST/CNLS, les Instituts, les Fondations et les Laboratoires de Recherche et Prévention du VIH/SIDA.
- Les ONG.
- Les Organisation à Assise Communautaire (OAC).
- Les institutions socio-économiques gouvernementales, nationales, régionales et locales, de promotion de développement, y compris le système de santé et social.
- Les autres agences du système des Nations Unies et autres donateurs bilatéraux et multilatéraux. Le message est que « Nous avons à faire à une épidémie récente avec des défis immenses dont la portée nous interpellent tous. C'est donc ensemble main dans la main que nous devons travailler pour enrayer la propagation du virus tout en prenant soin de ceux qui sont infectés ou affectés par la maladie. »

## **B. Leviers pour renforcer, réajuster et recadrer les interventions du PNUD afin de mieux lutter efficacement en RCA contre les IST, le VIH/SIDA et les infections opportunistes afférentes**

### **I. Treize leviers pour opérer les recommandations générales**

**Levier 1** : Inscrire la prévention comme la priorité nationale dans la lutte contre l'infection à VIH/SIDA. Renforcer, réajuster et recadrer les interventions du PNUD sur les structures de base locales pour intensifier les campagnes

Information, Education et Communication pour le changement de comportements à risques tels que la réduction du nombre de partenaires sexuels et la fidélité entre partenaires qui contribuent à une importante réduction de la propagation du VIH. Le Ministère des Affaires Sociales devrait être le sanctuaire contre l'épidémie du VIH/SIDA. A ce titre, le Bureau du PNUD devrait y avoir un point focal. Sa capacité à faire éviter les comportements à risques, devrait la mettre à la première ligne pour réduire la progression de la pandémie.

**Levier 2 :** Les interventions du PNUD doivent aider à percer le mur de la résistance pour faire accepter l'existence de la maladie comme une réalité au niveau national, régional, départemental, et aborder l'infection à VIH/SIDA ouvertement et sans honte. Il est nécessaire de disposer de pistes pour vaincre cette résistance. Dans le pays, chaque secteur public, parapublic, privé, formel, informel doit reconnaître l'existence de la maladie. Les populations centrafricaines sont jeunes ; il apparaît donc indispensable et urgent que les interventions du PNUD se concentrent sur les jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non, quel que soit le type de l'éducation qu'ils reçoivent. Il est essentiel de parler franchement de la sexualité, de la maladie et de la mort à travers les différents axes d'intervention du PNUD quel que soit le programme ou l'activité. Quand ces sujets sont tabous ou esquivés, il y a plus de risque de voir l'épidémie continuer sa propagation.

**Levier 3 :** Les interventions du PNUD doivent pouvoir faciliter efficacement et rapidement le plaidoyer à travers la partie nationale pour les avantages d'un dépistage précoce et volontaire dans les établissements publics, privés et communautaires. Le plaidoyer doit accroître la prise de conscience et la compréhension des effets sur le développement de l'épidémie à VIH/SIDA. Le virus du SIDA est sournois, car pendant sa longue période d'incubation, la personne infectée peut ignorer son état infectieux et transmettre inconsciemment le virus. Il est utile de distinguer les patients qui ont développé le SIDA de ceux qui ne l'ont pas encore développé mais ayant une immunodéficience très avancée et les autres personnes infectées par le VIH afin d'estimer les ressources nécessaires pour la prise en charge des soins de santé.

Les données obtenues et analysées ont montré qu'environ une bonne majorité des personnes vivant avec l'infection à VIH/SIDA ont été détectées au dernier moment, quand ils ont été des cas cliniques de SIDA maladie avec un état général très altéré ; quand leurs conditions ne permettaient aucun traitement et quand il n'y avait plus rien à faire. L'expérience a montré que la plus importante chose que l'éducation peut faire pour lutter efficacement contre l'infection à VIH/SIDA est le dépistage précoce et volontaire dans les établissements publics, privés et communautaires, ceci étant la seule façon de savoir en temps opportun qui est porteur du virus et qui ne l'est pas. Ce dépistage doit être suivi d'une prise en charge antirétrovirale en cas de séropositivité avec un fort accent sur la co-infection VIH Tuberculose.

Les termes dépistage et contrôle sont souvent confondus, cependant, chaque terme a sa propre connotation. Généralement, le dépistage signifie l'utilisation

d'un test ou d'une procédure dans une population saine pour identifier ceux et celles prédisposés ou ayant une condition symptomatique particulière non encore identifiée. Les individus positifs sont généralement recommandés pour une confirmation du diagnostic ou pour un suivi. Le test s'il est volontaire peut être performant ; il peut être appliqué systématiquement ou de façon non uniforme à l'ensemble de la population ou à une population cible. Par contre, le contrôle implique généralement que le test ou la procédure soit appliqué à une personne qu'elle soit ou non symptomatique, que le test soit ou non recommandé par un agent de santé ou souhaité par l'individu qui le subit.

**Levier 4 :** Toutes les interventions du PNUD doivent clairement défendre très fortement les politiques pour la confidentialité des traitements et des résumés médicaux, le respect aux personnes vivant avec l'infection à VIH/SIDA, contre l'isolement par les amis, parents, collègues et les autorités, contre la suspension des droits sociaux et de santé. Les individus sérieusement malades font tout leur possible pour dissimuler leur maladie. Le poids culturel et religieux qui fait toujours de l'inceste un tabou explique leur gêne à afficher leur maladie due au VIH/SIDA comme une réalité. Le SIDA est souvent perçu comme la maladie de la honte. Plusieurs personnes vivant avec l'infection à VIH ne sont pas à l'aise pour discuter ou reconnaître leur statut séropositif. Les interventions du PNUD devraient commencer à intégrer des PVVIH parmi leurs ressources humaines, leur staff, comme exemple et modèle de gestion et coordination de sensibilisation dans la lutte contre le VIH/SIDA.

**Levier 5 :** Les interventions du PNUD doivent pouvoir faire de la maladie du SIDA une responsabilité partagée du gouvernement, des municipalités, des communautés religieuses, des syndicats d'enseignants, des associations d'élèves et de parents d'élèves, des ONG locales et de tous ses partenaires. La contre-attaque doit être générale, toute personne occupant une position d'influence doit se joindre à la croisade contre ce fléau. Pour se faire, il faut tout d'abord **un engagement soutenu et sans équivoque:**

- Des responsables politiques à tous les niveaux de la société, non seulement pour faire du VIH/SIDA une priorité nationale, mais surtout de traduire cela dans leurs comportements.
- Des partenaires au développement, notamment à travers une assistance financière, technique et matérielle conséquente.
- Ces chefs traditionnels, des chefs religieux et des notables
- Des ONG
- De tous les syndicats
- De toutes les associations communautaires. Les guérisseurs traditionnels, à cause de la sagesse et du pouvoir de guérison que leur reconnaissent les populations locales, demeurent de puissants moyens pour changer les comportements à risque. Plusieurs guérisseurs traditionnels traitent certaines infections opportunistes liées au SIDA, et pensent que l'existence de cette nouvelle maladie doit être reconnue.

**Levier 6 :** L'affectation des ressources à la recherche sur le VIH/SIDA. Les données de séroprévalence sur l'infection au VIH et l'incidence des autres infections sexuellement transmissibles en milieu rural et urbain, permettent de

mieux suivre les tendances de l'infection. La recherche devrait être basée sur des statistiques épidémiologiques et d'autres informations spécifiques. Ces différentes statistiques sont indispensables pour mesurer et quantifier l'impact du VIH et sa prévention.

**Levier 7 :** La concentration des ressources des Ministères sur la réalisation de l'objectif qui consiste à stopper la progression et la diffusion de l'infection à VIH/SIDA et à minimiser leurs effets sur leurs propres personnels et donc par voie de conséquence sur les populations et les autres secteurs. Ceci directement ou indirectement grâce aux interventions du PNUD.

**Levier 8 :** L'éducation de toute la population, les communautés rurales et urbaines à œuvrer pour un climat sain, responsable, pudique et digne. Les maîtres mots sont : Prévention, Protection, Pudeur et Dignité. Les interventions du PNUD devraient aider à vulgariser les notions suivantes:

- Comportements à risque qui diffusent et font progresser l'infection à VIH/SIDA.
- Comment rester négatif au test de dépistage du VIH ?
- Fournir des connaissances qui informent sur la transmission du VIH, l'autoprotection, les bonnes pratiques sexuelles, détecter et traiter les infections sexuellement transmissibles, informer sur le virus et sa prévention.
- Une bonne formation est essentielle pour l'engagement de tout le monde pour pouvoir non seulement enseigner des notions de santé, mais aussi aider à distribuer les médicaments et des services, et devenir des modèles de bonne santé, de vie saine, propre, responsable et surtout de bonnes pratiques.

**Levier 9 :** L'encouragement du personnel du secteur public et privé pour abandonner les comportements à risque et faire preuve des comportements exemplaires dans des structures de l'exécution nationale.

**Levier 10:** Le renforcement des campagnes de détection et de traitement des infections sexuellement transmissibles (IST). Les IST ont un effet multiplicateur sur la transmission du VIH, d'où l'importance de leur diagnostic correct et de leur prise en charge. Les enquêtes cas témoins suggèrent que les premiers facteurs de risque de transmission hétérosexuelle sont ceux qui déterminent la probabilité que le partenaire sexuel soit infecté. Les facteurs de risque pour les hommes sont les infections sexuellement transmissibles et la prostitution. Les autres facteurs de risque incluent les indicateurs de la promiscuité sexuelle, telle qu'une sérologie positive à la syphilis chez les hommes et les femmes. Les fêlures génitales et la sérologie positive à la syphilis entraînant des nodules de la mycose pour cause de maladie vénérienne, facilitent la transmission du virus. Ce sont des signes prédictifs de l'infection à VIH même après le contrôle du type et du nombre de partenaires sexuels.

**Levier 11:** Le renforcement de la gestion sur la base des performances : Le renforcement de la gestion sur la base des performances doit intégrer la

déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA qui décrit la prévention comme le « cœur de la riposte ». Les interventions du PNUD à travers la partie nationale doivent faire de la performance de la gestion la pierre angulaire de tous les programmes d'activité. La gestion sur la base des performances doit être traduite à trois niveaux :

- Le soutien à la riposte au niveau de tous les secteurs
- Le travail en partenariat avec tous les acteurs
- La définition et la conception des normes techniques et des orientations ou réorientations efficaces.

Une gestion fonctionnelle basée sur la performance doit disposer d'un cadre logique des résultats faisant apparaître les éléments principaux de la chaîne des résultats (activités, produits, effets, impacts) et les responsabilités de chaque partenaire et ses apports. Le renforcement de la gestion sur la base des performances doit certainement pouvoir regrouper et coordonner tous les efforts des partenaires pour étendre le traitement, les soins et la prévention. Il devrait assurer au mieux :

- l'expertise technique
- La planification
- La gestion et communication de l'information stratégique
- l'appui mondial en faveur des médicaments et des produits diagnostiques de qualité
- La recherche opérationnelle et les leçons tirées de l'expérience
- l'assistance dans la mobilisation des ressources
- La promotion d'une riposte globale au VIH/SIDA
- l'efficacité de la capacité d'organisation
- l'identification des lacunes et la recherche de solutions

**Levier 12:** Le renforcement du Suivi - Evaluation : Diriger, rediriger et harmoniser les outils techniques, l'orientation et le renforcement des capacités en relation avec la surveillance et l'évaluation, y compris la surveillance du VIH/SIDA, des infections sexuellement transmissibles et des comportements opportunistes. Aider à dresser la carte de la couverture des services liés au VIH/SIDA, des points de fourniture et de l'extension du programme, y compris les facteurs de priorité requis, à savoir l'impact du programme, l'équité et l'adhésion au traitement anti - rétroviral. Aider à conduire à la surveillance et au contrôle de la pharmacorésistance du VIH. Etablir un centre d'information sur les médicaments et les produits diagnostiques.

Du point de vue de la gestion, le suivi-évaluation comporte plusieurs dimensions :

- a. Suivi physique des réalisations pour se rendre compte de l'état des résultats.
- b. Suivi financier pour s'assurer de l'utilisation efficace et efficiente des ressources, de la transparence et du respect des principes et normes de bonne gestion financière et comptable dans l'exécution des actions.

- c. Suivi des comportements : qui consiste à mener des enquêtes pour apprécier les changements de comportements et attitudes au sein des populations ou groupes cibles.
- d. Surveillance du VIH/SIDA : selon le modèle préconisé par l'ONUSIDA/OMS (sero-surveillance, notification des cas, enquêtes)
- e. Etudes d'évaluation pour mesurer et évaluer les impacts précoces, intermédiaires ou finaux des interventions sur le VIH/SIDA. Ces différentes dimensions du suivi-évaluation se complètent mutuellement et doivent être réalisées pour rendre compte de l'état des résultats au cours d'une période donnée. Un système fonctionnel de suivi-évaluation devrait produire régulièrement des informations pertinentes et adéquates pour guider la prise de décision, l'allocation et la répartition des ressources et faciliter l'apprentissage et la capitalisation des meilleures pratiques.

Un élément important dans le dispositif du suivi-évaluation demeure son plan. Le Tableau cidessous (Tableau 28) est une proposition d'une architecture de modèle de suivi et évaluation prenant en considération neuf objectifs, conformément à Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations unies sur le VIH/SIDA. Il décrit les objectifs, les indicateurs et les cibles, quoi suivre et évaluer, comment le faire et avec qui ? Les neuf indicateurs retenus pour atteindre les neuf objectifs sont:

- UNGASS Impact Indicator N°1
- UNGASS Impact Indicator N°2
- UNGASS Indicator National Commitment and Action N° 1
- UNGASS Indicator National Commitment and Action, National Composite Policy Index : Human Rights
- UNGASS Indicator National Commitment and Action, National Composite Policy Index Strategy Development N°2
- UNGASS Indicator National Programme and Behaviour N°3,
- UNGASS Indicator National Programme and Behaviour N°7
- UNGASS Indicator (Alternative) National Programme and Behaviour N°5
- UNGASS Indicator (Alternative) National Programme and Behaviour N°9

Tableau 26 : Proposition d'un cadre suivi-évaluation

Description des objectifs, indicateurs et cibles	Relation avec les indicateurs spécifiés par la session spéciale sur le VIH/SIDA de l'Assemblée Générale des Nations unies	Périodicité	Méthode de collecte avec les structures nationales, préfectorales et locales
<p><b>Objectif 1 : diminuer le nombre de VIH+.</b></p> <p>Indicateurs : Prévalence</p> <p>Cibles : 10% en 2015 Plan Cadre des Nations Unies Pour l'Aide au Développement (UNDAF)</p> <p>République Centrafricaine 2007-2011. Avril 2006</p>	<p>UNGASS Impact Indicator N°1</p>	<p>Par an</p>	<p>Séro – Surveillance à l'échelle :</p> <p>nationale</p> <p>régionale</p> <p>district</p>
<p><b>Objectif 2 : diminuer le nombre de cas de SIDA.</b></p> <p>Indicateurs : Incidence</p> <p>Cibles : Réduction de 15% en 2015</p>	<p>UNGASS Impact Indicator N°2</p>		<p>Surveillance épidémiologique</p> <p>- Notification obligatoire</p> <p>- Enquêtes épidémiologiques</p>

<p><b>Objectif 5 :</b></p> <p><i>Développement à travers les stratégies de réduction de la pauvreté</i></p> <p>Indicateurs :</p> <p>CCA (Bilan Commun Pays), UNDAF, NMSF, PRSP, SAWP ont incorporé entièrement et en priorité l'infection à VIH/SIDA dans les stratégies de lutte à long terme</p>	<p>UNGASS Indicator National Commitment and Action, National Composite Policy Index Strategy Development N°2</p>	<p>Par an</p>	<p>Revue et Analyse</p>
<p><b>Objectif 6 :</b></p> <p><i>diminuer la prévalence des IST.</i></p> <p>Indicateurs :</p> <p>% de patients ayant une IST diagnostiquée, traitée et prise en charge</p> <p>Cibles : 80% des patients et 90 % des structures sanitaires</p>	<p>UNGASS Indicator</p> <p>Programme National et comportement N°3</p>	<p>Par an</p>	<p>Collecte dans les structures sanitaires au niveau :</p> <p>national</p> <p>régional</p> <p>district</p>

<p><b>Objectif 7 : augmenter les activités d'IEC</b></p> <p>Indicateurs :</p> <p>% d'adolescents qui connaissent les méthodes de prévention et ne niant pas l'existence de la maladie</p> <p>Cibles : en 2015 au moins 90% des adolescents (hommes, femmes) ont accès aux structures assurant l'IEC sur le VIH/SIDA</p>	<p>UNGASS Indicator</p> <p>Programme National et comportement N°7</p>	<p>Par an</p>	<p>Suivi, monitoring par surveillance décentralisée à l'échelle :</p> <p>nationale</p> <p>régionale</p> <p>district</p>
<p><b>Objectif 8 :</b></p> <p><b>1- augmenter la prise en charge</b></p> <p>- psychosociale, - -</p> <p>- thérapeutique (infections opportunistes par la prévention, le traitement et la prophylaxie et enfin les ARV)</p>	<p>UNGASS Indicator</p> <p>(Alternative)</p>	<p>Par an</p>	<p>Collecte décentralisée à l'échelle :</p> <p>nationale</p> <p>régionale</p> <p>district</p>

<p>- socio-économique et financier</p> <p>2- Augmenter le nombre de VIH+ et des cas de SIDA pris en charge</p> <p>Indicateurs :</p> <p>% des structures sanitaires ayant les moyens et les capacités de fournir une prise en charge appropriée au VIH+ et au SIDA+</p>	<p>Programme National et comportement N°5</p>		
<p><i>Objectif 9 : diminuer l'impact négatif (les effets négatifs et pesants) sur les orphelins.</i></p> <p>Indicateurs :</p> <p>% d'orphelins âgés de 10 à 14 ans inscrits à l'école</p>	<p>UNGASS Indicator (Alternative)</p> <p>Programme National et comportement N°9</p>		<p>Enquêtes dans la population générale</p>

**Levier 13:** Le renforcement des capacités nationales : Renforcer les capacités de la RCA à mener des recherches et à assumer la surveillance et l'évaluation. Ce qui implique, notamment la surveillance et l'évaluation de la qualité, de la couverture et de l'extension. Il faudrait donc faire le suivi et évaluation des cinq points suivants:

- Planification des ressources humaines
- Développement du matériel de formation
- Capacité de formation des formateurs
- Certification et contrôle de qualité
- Ressources financières

## II. Trois leviers pour opérer les recommandations spécifiques

**Levier 1 :** L'établissement des trois principaux groupes d'activité

- Le suivi des activités : pour le nursing, l'hygiène, l'assainissement, la formation et la supervision.
- La surveillance épidémiologique spécifique par le suivi des activités, en particulier le suivi des activités curatives par pathologie avec des aménagements spécifiques (une fréquence d'analyse plus

rapprochée, recueil de données en dehors de soins par le suivi de la mortalité).

- Le suivi des ressources consommables se basant sur des données de gestion collectées en continu, analysées périodiquement, mais pour lesquelles des projections sont faites et refaites chaque année ou chaque deux ans. De même qu'un inventaire des ressources humaines, des infrastructures et de l'équipement se basant sur un recueil de données.

**Levier 2 :** L'insistance sur la mobilisation des ressources propres à tous les niveaux à travers :

- Téléthons de parrainage scolaires, professionnel et d'insertion sociale
- Regroupement, création d'une caisse de solidarité et cotisation périodique de chaque membre du groupe pour alimenter la caisse
- Recettes des activités génératrices des revenus, y compris l'organisation des festivités spéciales avec droit de participation
- Recensement des compatriotes de la diaspora et création d'associations afin de participer au financement des toutes les activités de prévention et de prise en charge
- Mobilisation d'une partie des ressources des contribuables à travers les mairies, les préfetures
- Contributions des entreprises implantées dans chaque communauté
- Recours à la coopération bilatérale décentralisée
- Recherche des sources de financement sur Internet (organismes philanthropiques)
- Dons et legs.

**Levier 3 :** La mobilisation des ressources externes

- Un indice élevé de mobilisation des ressources internes constitue un atout majeur dans la recherche du financement extérieur. Certains donateurs ont tendance à encourager des personnes physiques ou morales qui font preuve de l'engagement personnel.
- Participation de l'Etat (à travers autorité physique ou morale autre que le gouvernement central)
- Organisation des tables rondes de bailleurs de fonds
- Ouvrir un compte Spécial OPERATION SIDA et encourager des ambassades à organiser des activités au bénéfice de cette opération.
- Encourager les amis de la RCA à manifester leur solidarité avec le peuple centrafricain en participant concrètement aux différentes activités de la lutte.

# Annexes :

## ANNEXE 1

### TERMES DE REFERENCE DE LA MISSION

#### Mission d'évaluation des projets

Cette mission couvre la contribution du PNUD à la réponse nationale à la lutte contre le VIH/SIDA, à travers les projets suivants :

- 1 : *Projet CAF00011789 : Appui au programme de lutte contre le VIH/SIDA et*  
2 : *Projet CAF 000551801 : Appui à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA*
- 

#### 1. Introduction

Dans le cadre du programme de coopération 2004-2006, le bureau du PNUD à Bangui a fourni, une assistance multi variée au Gouvernement. L'assistance a donnée par le biais du projet : « CAF00011789 Appui au programme de lutte contre le VIH/SIDA. ». ce projet a été démarré en 2001. Il a connu plusieurs extensions jusqu'en décembre 2006 et a été remplacé par le projet : « CAF 00051801 ; Appui à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA ».

Cette assistance s'est déroulée dans un contexte où de nombreux facteurs sont apparus : 1. Augmentation progressive de la prévalence de la maladie ; 2. Renforcement des capacités nationales de la gestion de la maladie avec la création du Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA ; 3. Apparition de nombreux acteurs sur le terrain de la lutte, notamment les organisations non gouvernementales organisés en réseau, le Fonds Mondial, VIH/SIDA, TUBERCULOSE et PALUDISME, avec le CCM. Etc.

C'est dans ce contexte qu'il s'avère nécessaire de conduire une mission de l'évaluation . Il s'agit d'une évaluation qui porte sur le travail du PNUD dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, et des projets d' « Appui au programme national de lutte contre le VIH/SIDA » et « appui à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA ». Etant donné la nature, le délai et les apports des parties prenantes, l'évaluation tiendra également compte de leurs besoins. Les détails se présentent ainsi qu'il suit :

Evaluation des résultats du travail du Bureau du PNUD à Bangui dans la lutte contre le VIH/SIDA en République Centrafricaine 2004-2006, les leçons apprises et les défis

#### I. II. Contexte

En République centrafricaine, le PNUD s'est impliqué dans la lutte contre la VIH/SIDA. Démarré en 2001, son assistance s'est intensifiée au cours de la période 2004-2006, dans le cadre d'un programme de coopération PNUD/RCA. L'appui au programme national de la lutte contre le VIH/SIDA constitue le motif de base de cette assistance.

Après quatre ans d'appui, il s'avère nécessaire de revoir les résultats, d'identifier les leçons apprises et des valider le niveau d'appropriation de la lutte par la partie nationale, le rôle, les contributions et la pertinence du partenariat du PNUD. Il est indiqué aussi d'identifier le potentiel actuel du PNUD dans la cadre du travail conjoint des Nations unies de l'appui à la réponse nationale au VIH/SIDA, de revoir la coordination du programme, la gestion, le suivi,

le mécanisme de rétroaction par rapport aux attentes des partenaires et de proposer des recommandations pour des ajustements.

L'évaluation étant un exercice mandataire, de nouvelles directives de suivi et évaluation serviront à l'évaluation des résultats obtenus par l'assistance du PNUD. De manière classique, le suivi et l'évaluation sont focalisés sur l'évaluation des apports et les processus de mise en œuvre. Aujourd'hui l'accent est mis sur la contribution de plusieurs facteurs sur les résultats de développement donnés, notamment les produits/services, le partenariat, le conseil politique, le dialogue, le plaidoyer, la coordination

L'objectif du suivi et de l'évaluation est de mesurer et d'évaluer la performance dans l'optique d'une gestion plus efficace des résultats et des produits reconnus comme résultats de développement. L'évaluation sera conduite selon les principes de suivi et évaluation axes sur les résultats dont les principaux objectifs sont ::

- Renforcer la capacité organisationnelle et le développement de l'apprentissage
- Assurer une prise de décision éclairée ;
- Appuyer le devoir de rendre compte et repositionnement du PNUD;
- Renforcer les capacités du pays dans chaque domaine du suivi et de la fonction de l'évaluation.

Le mandat et les objectifs de l'appui du PNUD au programme national de lutte contre le VIH/SIDA sont contenus dans le Cadre Stratégique des Résultats (SRF) 2000- 2003 et 2004-2006

### III. Lutte contre le VIH/SIDA en République Centrafricaine

Le Gouvernement de la République Centrafricaine a progressivement développé sa compréhension et son engagement à lutter plus efficacement contre le VIH/SIDA. Chaque année dans l'exécution de l'appui, des audits ont permis d'évaluer l'efficacité de la fourniture des services. Les des revues annuelles ont permis d'indiquer le niveau de l'appréciation des interventions par les bénéficiaires. Aujourd'hui les principaux cadres de références sont le Plan à moyen terme de lutte contre le VIH/SIDA de 1<sup>ère</sup> génération (PMT1 1988 – 1992), le Programme National de Lutte contre le SIDA ; le Plan à Moyen Terme de lutte contre le SIDA de 2<sup>ème</sup> génération (PMT2) 1995-1999 et le Plan intérimaire de santé 2000-2002 ; le Plan cadre stratégique national (2002-2005) et le Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010.

Les consultants trouveront ainsi des documents clés qui traduisent les efforts faits dans la perspective de réduire l'impact du VIH/SIDA en République centrafricaine.

La République Centrafricaine est l'un des pays les infectés au monde par le VIH/SIDA. Aujourd'hui le taux de prévalence est estimé à 6,2% à l'issue de l'enquête MICS 2006. Combinée aux conséquences de multiples crises que le pays a connues, le VIH/SIDA est devenu un véritable fléau. Il s'est généralisé en raison de nombreux facteurs dont :

- La pauvreté qui frappe plus de 76% de la population ;
- La pratique généralisée du multi partenariat ainsi que la précocité des rapports sexuels, surtout chez les jeunes filles

- L'analphabétisme et l'ignorance qui réduisent l'accès des populations à l'information ;
- La pesanteur encore vivace des pesanteurs socioculturelles dont le lévirat et le sororat ainsi que les mutilations génitales et les nombreux tabous qui maintiennent les populations au silence.
- L'insuffisance des ressources pour conduire la lutte

Les études sur l'impact (PNUD 1988, UNICEF 1998, PNUD/IDEA 2005) ont révélé les effets néfastes du VIH/SIDA sur les plans économique et social et les obstacles à surmonter. Elles ont surtout indiqué que le SIDA est devenu la première cause de la mortalité dans le secteur éducatif. 86% des décès des enseignants lui sont imputés. Il frappe les cadres

**« La situation de l'épidémie du VIH/SIDA représente une menace dont on ne mesure pas encore complètement l'ampleur. La capacité à contenir ce fléau constitue un défi majeur et doit conserver un degré élevé de priorité »**

*Déclaration du Gouvernement sur la Stratégie de réduction de la pauvreté et les politiques économiques à moyen terme 1998*

supérieurs et moyens du secteur public et privé, emporte les chefs de famille et causant ainsi des préjudices graves aux ménages.

Ce sont tous ces éléments qui ont amené le Gouvernement à faire une déclaration sur la stratégie de réduction de la pauvreté et les politiques à moyen terme :

Le gouvernement a ainsi placé la lutte contre le VIH/SIDA par les priorités liées à la lutte contre la pauvreté. A cet effet, il a élaboré et mis en œuvre plusieurs stratégies successives à travers des Programmes de lutte contre le VIH/SIDA (le Programme National de Lutte contre le SIDA ; le Plan à Moyen Terme de lutte contre le SIDA de 2<sup>ème</sup> génération (PMT2) 1995-1999 et le Plan intérimaire de santé 2000-2002 ; le Plan cadre stratégique national (2002-2005)). Au cours de cette période les objectifs suivants ont été recherchés :

- Renforcer les capacités nationales pour une planification concertée et une coordination efficace de l'action multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA en RCA ;
- Renforcer les capacités nationales dans la promotion des actions de prévention en vue de réduire la transmission du VIH, par la voie sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant ;
- Contribuer à l'accroissement du dépistage volontaire du VIH
- Contribuer à l'allègement de l'impact du VIH/SIDA sur la santé des Personnes vivant avec le VIH/SIDA, leurs familles et la communauté ;
- Contribuer au renforcement des capacités nationales pour mesurer objectivement les impacts du programme sur l'évolution de l'épidémie

#### Evaluation des projets :

1. « CAF00011789 Appui au programme de lutte contre le VIH/SIDA. Il a connu plusieurs extensions jusqu'en décembre 2006 et a été remplacé par le projet :
2. « CAF 00051801 ; Appui à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA ».  
Pour la période 2001-2006

#### IV Réponses du PNUD

La Réponse du PNUD aux initiatives gouvernementales de lutte s'inscrit dans le cadre de Coopération de pays 1999 2001 au paragraphe n°40. Sur cette base, le PNUD s'est engagé à orienter son appui vers :

- La réduction progressive de la prévalence du VIH/SIDA à travers l'organisation des campagnes de sensibilisation des décideurs politiques pour qu'ils inscrivent le SIDA sur la liste des priorités nationales ;
- La réduction de l'impact du VIH sur la vie sociales et économique des centrafricains

Plus opérationnellement les actions entreprises couvrent un large spectre et se présentent ainsi qu'il suit :

Pour l'appui au programme de lutte contre le VIH/SIDA, il s'agit de :

- La redynamisation des organes de concertation et de coordination existant (CNLS)
- La réduction de 20% des comportements sexuels à risque d'ici la fin du programme par des activités d'IEC au sein du groupe des filles libres
- La réduction de 20% des comportements sexuels à risque d'ici la fin du programme par des activités d'IEC au sein de la population en général
- Le complément des informations disponibles sur l'impact socio-économique du VIH/SIDA en RCA
- La réduction de l'impact social et économique de l'infection à VIH/SIDA chez les filles libre et les PVVIHs
- La prise en compte des questions transversales dans la mise en œuvre de toutes activités du programme.

Pour l'accélération de la lutte

#### V. Objectifs de l'Evaluation

L'évaluation a pour objectifs de :

- Mesurer le progrès réalisé vers les objectifs et les résultats/produits tels que définis dans les stratégies nationales et le cadre stratégique des résultats du PNUD
- Evaluer les contributions clés du PNUD à travers les produits et les appuis stratégiques;
- Evaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'appui au programme national de lutte contre la pauvreté et l'appui à l'accélération de la lutte contre le VIH/SIDA
- Evaluer les impacts des projets et les bénéfices pour les hommes et les femmes et comment les différents groupes concernés par les projets ont été affectés par la mise en œuvre du projet;

- Evaluer spécialement les grandes réalisations des objectifs du programme national de lutte contre le VIH/SIDA telles que définis dans le document du projet
- Faire des recommandations pour améliorer les stratégies d'appui à la réponse nationale;
- Faire des recommandations spécifiques pour améliorer la conception et la gestion du Plan conjoint des Nations Unies d'appui à la réponse nationale
- Identifier les leçons apprises positives et négatives de l'appui au Gouvernement;
- Proposer des recommandations sur comment et dans quels domaines les appuis du PNUD et des autres partenaires pourraient être renforcés, réalignés pour mieux contribuer aux résultats dans le futur
- Fournir spécifiquement un guide et des recommandations pour une gestion pertinente de la lutte contre le VIH/SIDA en République Centrafricaine.

## VI. Produits/Deliverables

La consultation devra un rapport rigoureux comportant deux éléments suivants :

Part I: Section évaluation des résultats<sup>2</sup>. Cette partie devra prendre en compte les rubriques suivantes:

- *Facteurs* contribuant aux objectifs et résultats, tels que définis dans le programme national de lutte contre le SIDA et le programme du PNUD;
- *Contraintes et défis* qui ont limité l'efficacité des interventions du PNUD à réaliser les objectifs et les résultats;
- *Leçons apprises* de l'appui du PNUD et des observations permettant d'améliorer la contribution à la réalisation des objectifs et des résultats, y compris les activités prioritaires qui peuvent propulser le processus d'accélération de la lutte;
- *Efficacité de l'appui et de la gestion, de la coordination, du suivi et des structures de pilotage des projets et du programme*. Il s'agit particulièrement de revoir le principe d'appropriation nationale des mécanismes existants;
- *Ciblage* : Voir comment le programme a établi les cibles et a pu atteindre les groupes les plus vulnérables, notamment les femmes, les hommes, les plus pauvres, les populations rurales, les populations marginales. Comment les femmes ont participé aux actions et contribué à la réalisation des objectifs;
- *Pertinence et adéquation de la contribution du PNUD*, prenant en compte les produits des projets, les objectifs, les résultats et les éléments suivants:
- Comment l'appui du PNUD a facilité le renforcement de l'appropriation nationale. L'intervention du PNUD a –t- elle été pertinente et contribué aux avancées dans la lutte?
- La contribution du PNUD au développement des capacités nationales et à la promotion de la coopération Sud-Sud;
- Le niveau de l'appui fourni par le PNUD et les partenaires de développement a –t-il permis de forger un partenariat pour les résultats à travers des interventions qui ont pris en compte la revue de la stratégie de partenariat du PNUD et l'identification des domaines possibles de collaboration

<sup>2</sup> Samples of comparable evaluation reports prepared for UNDP country offices shall be made available on request for reference purposes.

- Les efforts du PNUD en matière de l'appui à coordination des donateurs pour la mise en œuvre des politiques et de réformes dans la gestion de la lutte
- La contribution du PNUD à encourager l'environnement politique propice à la lutte contre le VIH/SIDA à travers des actions de plaidoyer, de conseil politique, les interventions sous forme de projet;
- Les forces et les faibles des programmes et projets du PNUD en relation avec les autres programmes et projets.
- *Finally*, conseils sur les stratégies appropriées pour le PNUD et l'assistance aux donateurs pour une contribution efficace à la réalisation des objectifs et des résultats et fourniture de guide pour renforcer et réaligner les interventions futures du PNUD.

## Partie II : Section Evaluation des projets

Le but de l'évaluation de ce projet est de fournir des informations pertinentes sur la gestion et l'exécution de ce projet dans le but de rendre plus efficace les structures d'appui et les activités dans le future. Ces informations seront particulièrement importantes pour le Gouvernement et les partenaires au développement. Les éléments suivants seront considérés

- Evaluer les progrès vers l'accomplissement des objectifs des projets ;
- Identifier les contraintes qui ont entravé la réalisation des objectifs des projets y compris la participation et leurs rôles des femmes dans l'exécution de projet ;
- Evaluer la performance de structure/composition de l'équipe de gestion de projet mise en place par le PNUD et
- Déterminer si l'attention particulière était accordée sur l'identification et le recrutement équitables du staff des projets
- Recommander des améliorations sur la formulation et la gestion des projets et programmes ;
- Identifier les leçons apprises, positives et négatives de l'exécution des activités du projet
- Fournir des conseils et des recommandations concernant la façon dont et dans quels les domaines, associés de développement, appui (substantif et gestion) devrait être /réaligné renforcé à contribuer mieux aux résultats à l'avenir ;
- *Finally*, fournir des conseils sur les stratégies appropriées pour le PNUD et l'assistance aux donateurs pour une contribution efficace à la réalisation des objectifs et des résultats et fourniture de guide pour renforcer et réaligner les interventions futures du PNUD

## VII. Activités

Les consultants doivent :

- Obtenir et analyser des informations détaillées au regard du progrès réalisé dans la lutte contre le VIH/SIDA, en particulier les éléments directs et indirects imputés à l'assistance du PNUD
- Consulter l'équipe impliquée dans la gestion du projet, les structures ayant travaillé avec le projet (ST/CNLS), le Ministère de la Santé Publique et de la Population, le Ministère des Affaires Sociales,;

- Consulter les ministères (Santé, Education, Finance et budget, de l'Economie, du Plan et de la coopération internationale, de développement rural etc )
- Consulter les acteurs du secteur privé (le groupe KAMACH etc)
- Consulter les partenaires clés de développement, Union Européenne, la Coopération Française
- Consulter les agences du système des Nations Unies, les ONGs internationales
- Consulter les réseaux des ONGs, RECAPEV, RONALSI, AFAFSI sewa etc, Associations des filles libres, Associations liées aux confessions religieuses catholiques, protestantes, musulmanes etc.
- Consulter le chargé de programme ;
- Interviewer les partenaires clés des projets en prenant en compte les hommes et les femmes pour identifier les différents pour avoir leur opinion sur l'impact des projets. Si oui quels sont ces impacts

## VIII. Qualifications et Experience

Une équipe indépendante de deux consultants internationaux et un national pourra entreprendre la mission d'évaluation.

Consultants internationaux

### *1. Epidémiologiste, spécialiste de l'évaluation des programmes /Chef d'équipe*

- a) Internationalement reconnu avec plus de 10 ans d'expérience en matière de planification, de suivi et de l'évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA, en Afrique ;
- b) Familiarisé avec la formulation, la planification et la mise en œuvre, de suivi et de l'évaluation des projets de développement;
- c) Doté d'expertise et d'expériences en matière de gestion programmatique et financière de projets de lutte contre le VIH/SIDA;
- d) Ayant au moins cinq années d'expérience de consultation dans les programmes d'évaluation axés sur les résultats, préférablement ceux du PNUD ;
- e) Expérience de travail avec le gouvernement et les institutions publiques et privées à tous les niveaux
- f) Bonne connaissance et compréhension des principes de l'équité et de l'égalité en terme de genre dans le contexte de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- g) Parler couramment français;
- h) Apte à travailler dans un contexte post conflit

Le chef d'équipe a la responsabilité de la conduite de la mission de l'évaluation. A ce titre il est tenu au respect du délai et de la production des résultats de la mission. Il doit organiser l'équipe et être le point focal de la communication de ces résultats au PNUD. Il prépare les détails, coordonne la mission, en établit le calendrier et prépare le draft du rapport.

## 2. Spécialiste en évaluation d'effets

- a) Internationalement reconnu avec plus de 10 ans d'expérience en matière de l'évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA, en Afrique ;
- b) Familiarisé avec la méthodologie de l'évaluation de l'effet, notamment le cadre du suivi et de l'évaluation, les outils, la mesure de performance e
- c) Doté d'expertise et d'expériences en matière en matière d'établissement de l'état de l'effet, de l'examen des facteurs affectant l'effet, de l'évaluation des contributions du PNUD et de l'évaluation des partenaires pour le changement d'effet ;
- d) Ayant au moins cinq années d'expérience de consultation dans les programmes d'évaluation axés sur les résultats, préférablement ceux du PNUD, et dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- e) Expérience de travail avec le gouvernement et les institutions publiques et privées à tous les niveaux
- f) Bonne connaissance et compréhension des principes de l'équité et de l'égalité en terme de genre dans le contexte de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- g) Parler couramment français;
- h) Apté à travailler dans un contexte post conflit

Le spécialiste en évaluation d'effet fournira l'appui méthodologique au chef d'équipe pour l'obtention des produits de la mission de l'évaluation. Il contribuera surtout à fournir le draft du rapport concernant la partie II et la substance à la partie I.

### Consultant national

#### Spécialiste

- a) Bonne connaissance du domaine de la lutte contre le VIH/SIDA en République Centrafricaine ;
- b) Bonne connaissance du processus de programmation, de gestion, de mise en œuvre et de l'évaluation;
- c) Ayant l'expérience de travail avec des consultants internationaux dans les domaines des projets finances par les donateurs;
- d) Bonne connaissance du français et du sängö;
- e) Apté à travailler dans un environnement informatique.

Le consultant national fournira la substance dans les deux parties. Il fournira l'assistance dans tous les domaines si nécessaire. Il aidera à assurer la traduction des messages au cours des rencontres et/ou réunions, facilitera les arrangements administratifs ainsi que le contact avec d'autres projets du gouvernement

## ANNEXE 2

### CALENDRIER DES CONTACTS

JOUR ET DATE	PERSONALITES/STRUCTURES	HEURE
Samedi 17/11/07	Chargé de Programme SIDA/PNUD : <b>FAIT</b>	8 :30 – 9 :30
	Représentant Résident Adjoint du PNUD <b>FAIT</b>	9 :45-10 :45
	Représentant Résident du PNUD (Représenté par le RRA ) <b>FAIT</b>	11 :00-12 :00
Lundi 19 /11 /07	Représentant de ST/CNLS <b>FAIT</b>	9:30-12:30
	Directeur du Centre national de référence des IST/SIDA et de la thérapie Antirétrovirale <b>FAIT</b>	14 :00-18 :00
Mardi 20 /11 /07	Son Excellence Le Ministre de la Santé <b>FAIT</b>	9:30-10:30
	Directeur de Cabinet Ministère de la santé <b>FAIT</b>	10:45-12:00
	Direction Générale de Lutte Contre le SIDA <b>FAIT</b>	14:00-18:30
Mercredi 21/11/07	Service de Médecine Interne Hôpital Communautaire <b>FAIT</b>	9:30-10:30
	Service de Médecine Interne Hôpital Amitié <b>NON FAIT</b>	10:45-11:45
	Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui <b>FAIT</b>	14:-15:
	Son Excellence Le Ministre de l'Éducation <b>NON FAIT</b>	15:30-16:30
	Son Excellence Le Ministre du Développement Rural <b>NON FAIT</b>	16:45-18:45
Jeudi 22/11/07	Son Excellence Le Ministre de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale <b>NON FAIT</b>	9:30-10:30
	Directeur de Cabinet du Plan <b>FAIT</b>	10:45-12:00
	Directeur Général de la Coopération Internationale <b>FAIT</b>	12:30-13:30
	Point Focal VIH/SIDA Ministère du Plan <b>FAIT</b>	

	Son Excellence La Ministre des Affaires Sociales <b>FAIT</b>	12:45-18:00
Vendredi 23/11/07	ONUSIDA <b>FAIT</b>	8:00-9:00
	Représentant OMS <b>FAIT</b>	9:30-10:30
	Représentant UNICEF <b>FAIT</b>	10:45-11:45
	Représentant UNFPA <b>FAIT</b>	12:00-13:00
	Représentant HCR <b>FAIT</b>	13:30-14:30
	Représentant PAM <b>NON FAIT</b>	15:00-16:00
	Représentant FAO <b>NON FAIT</b>	16:30-18:00
Samedi 24/11/07	Synthèse <b>FAIT</b>	
Lundi 26 /11 /07	Représentant Coopération Française <b>FAIT</b>	8:30-10:30
	Union Européenne <b>NON FAIT</b>	10:45-11:45
	Assemblée Nationale <b>FAIT</b>	12:00-13:00
	Son Excellence Le Ministre de la Communication <b>NON FAIT</b>	13:30-14:30
	Représentant Banque Mondiale <b>NON FAIT</b>	15:30-16:30
Mardi 27 /11 /07	RECAPEV <b>FAIT</b>	9:00-10:00
	RONALSI <b>NON FAIT</b>	10:15-11:15
	AFAFSI <b>FAIT</b>	11:30-12:30
	SEWA <b>FAIT</b>	13:00-14:00
	ECOBANK <b>FAIT</b>	14:30-15:30
	Groupe KAMACH <b>FAIT</b>	16:00-17:00
Mercredi 28 /11 /07	ENERCA <b>FAIT</b>	8:00-9:00
	SODECA <b>FAIT</b>	9:30-10:30
	Chambre de Commerce <b>FAIT</b>	10:45-11:45
	Centrale Syndicale <b>FAIT</b>	12:00-13:00
	Union Syndicale des Travailleurs Centrafricains <b>FAIT</b>	13:30-14:30
	Syndicat des enseignants (supérieur, secondaire et primaire) <b>FAIT</b>	15:00-16:00
	Association des filles libres <b>FAIT</b>	9:00-10:00

Jeudi 29/11/07	Fédération des Associations des Parents d'élèves <b>FAIT</b>	10:30-11:30
	Associations des Femmes Commerçantes <b>NON FAIT</b>	12:00-13:00
	Fédération des Tradipraticiens <b>FAIT</b>	13:30-14:30
Vendredi 30/11/07	Primature, et autres collaborateurs à préciser <b>FAIT</b>	9:30-17:30
Samedi 01/12/07	Synthèse <b>FAIT</b>	
Dimanche 02/12/07	Bangui – Bouar <b>FAIT</b>	
Lundi 03/12/07	Bouar <b>FAIT</b>	
Mardi 04/12/07	Bouar – Berbérati <b>FAIT</b>	
Mercredi 05/12/07	Berbérati <b>FAIT</b>	
Jeudi 06/12/07	Berbérati – Bangui <b>FAIT</b>	
Vendredi 07/12/07	Bangui - Sibut – Bangui <b>FAIT</b>	
Samedi 08/12/07	Synthèse Mission Intérieur <b>FAIT</b>	
Dimanche 09/12/07		
Lundi 10/12/07	Synthèse, Représentant PNUD et autres <b>FAIT</b>	8:00-18:30
Mardi 11/12/07	Restitution après avoir briefé certains partenaires <b>FAIT</b>	8:30-17:30
Mercredi 12/12/07	Draft préliminaire <b>à ne pas distribuer FAIT</b>	8:30-17:30
Jeudi 13/12/07	Différents entretiens et Conclusions <b>FAIT</b>	8:30-17:30

ANNEXE 3

REUNIONS ET RECONTRES AVEC NOMS DES PERSONNALITES

Date	Organismes Rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Jeu 15/11/2007, Ven 16/11/2007 et sam 17/11/2007	PNUD Bangui Maxim M'BRINGA- TAKAMA Charlie	- Partenaires - Objectifs - Résultats - perspectives	l'implication paraît claire	Certains points débattus doivent être éclaircis et confirmés si possibles par d'autres sources.

Date	Organismes Rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Lundi 19/11/2007 9h – 13h30	Dr Marcel MASSANGA ST/CNLS	1: Contexte à savoir a) quel est approximativement le taux de prévalence du VIH/SIDA (sachant que d'après UNDAF 2007, les taux de prévalence sont de 2,6% en 1985 à environ 15% en 2003) ; b) Comment se distribue-t-il par sexe (Homme – Femme), par localité (Urbain versus Rural) et par tranche d'âges (sachant que toujours d'après UNDAF 2007, les tendances les plus critiques allant au-delà de 20% sont enregistrées dans certaines zones en milieu rural. Les jeunes et les adultes dans la tranche allant de 15 à 45 ans sont les plus affectés et en particulier les femmes) ; c) à combien est estimé le nombre d'enfants orphelins du VIH/SIDA (estimation d'après UNDAF 2007, à plus de 110.000).  2 : UNDAF AX3 ACCELERATION de la LUTTE contre le VIH/SIDA : Chaîne des Résultats, des effets et des extrants.	l'implication nationale paraît acharnée  l'implication nationale paraît acharnée	Certains points débattus doivent être éclaircis et confirmés si possibles par d'autres sources.  Certains points débattus doivent être éclaircis et confirmés si possibles par d'autres sources.

14h - 17h30	<p>Centre National des IST et de la Thérapie Antirétrovirale CTA/CNRIST/TAR Dr Marcel SIMALEKO MBEKO Médecin Santé Publique Directeur Centre National des IST et de la Thérapie Antirétrovirale, Mr Clément Denis KAMBRI-MGOBOMO, Infirmier d'Etat, Pasteur de l'Eglise et Responsable de la Consultation IST/SIDA. Dr Guy André TCHOKOUANDE, Médecin CTA</p>	<p>a) l'opinion du ST /CNLS à savoir si les Institutions assurent le leadership (coordination, mobilisation et allocation des ressources nationales), dans la lutte contre l'infection à VIH/SIDA ; les leaders d'opinion et les PVVIH suscitent l'adhésion de la société ; la société civile, les communautés locales et les jeunes multiplient les initiatives de soutien aux personnes infectées ou affectées par le VIH.</p> <p>Les activités des unités de dépistage anonyme, du laboratoire et du Centre de Traitement Ambulatoire de même que la prise en charge psychosociale et thérapeutique.</p>	Structures débordées, manque de médicaments et de réactifs, rupture de stock	Recommandations fortes
Date	Organismes Rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Mardi 20/11/07 9h 30	<p>Son Excellence Bernard LALA Ministre de la Santé Dr MBANGAT Anzite Anicet Inspecteur des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires Dir Cab a.i. BOND Arthur Inspecteur des Services Administratifs et Financiers</p>	<p>- Objectifs de la mission; - Lutte contre le VIH/SIDA en RCA, Appropriation nationale, relations partie nationale</p>	L'attitude du PNUD est dénoncée avec force, très mauvais rapports	Recommandati claires et précis
15:00-16:30		<p>- Objectifs de la mission; - Lutte contre le VIH/SIDA en RCA, Appropriation nationale, relations partie nationale</p>	L'attitude du PNUD est dénoncée avec force, très mauvais rapports	Recommandati claires et précis

17:00-18:00	<p>Dr Marie Madeleine Dr HOORNAERT NKOUE Directrice Générale de la Santé,</p> <p>Mr Jean-Pierre WABOE Chargé de Mission des Affaires Juridiques et des Contentieux de la Santé Ministère de la Santé Directeur Cabinet a. i.</p>	<p>- Objectifs de la mission; - Lutte contre le VIH/SIDA en RCA, Appropriation nationale, relations partie nationale</p>	<p>L'attitude du PNUD est dénoncée avec force, très mauvais rapports</p>	<p>Recommandati- claires et précis</p>
-------------	--	--	--	--

Date	Organismes Rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
<p>Mercredi 21/11/2007</p> <p>9:00-13:00</p>	<p>Abdel-Karim ZAKARIA Directeur de l'hôpital, Dr Francky KOUADONGUI Médecin généraliste, point focal SIDA, Dr MBOLIDI Chef de Service Médecine Interne,</p>			
<p>13 :00 – 14 :30 CTA/CRF Bangui</p>	<p>Dr Christian MUALA Médecin Réfèrent SIDA CRF Paris, Dr Willy Bona Médecin CTA/CRF Bangui, Dr Pierre- Marie DAVID Coordinateur Santé /VIH/SIDA RCA Bangui</p>	<p>La situation de la lutte contre l'infection à VIH/SIDA en milieu hospitalier, les difficultés, les améliorations et leurs opinions dur l'efficacité des actuelles stratégies de lutte.</p>	<p>Personnels médicaux et paramédicaux débordés, pas assez de médicaments et de réactifs, manque de moyens</p>	<p>Recommandations</p>
<p>15:00-17:30 Centre National Hospitalier</p>	<p>Dr Léon KOBANGUE Dermato-Vénérologue</p>			

Universitaire de Bangui CNHUB	Medecin Chef de Service de Dermato-Vénéro Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui CNHUB, Claude P. Surveillant Général Résident CNHUB			
-------------------------------	---	--	--	--

Date Jeudi 22/11/2007	<p>Le Prof Abdoulaye SEPOU Chef du Service de Gynécologie Hôpital Communautaire, Martine KONA Assistante Sociale Principale Responsable Unité de Counselling, Mauricette DAN Sage-Femme diplômée d'Etat Major Programme Transmission Parent Enfant, Florence KOSSI SFDE Major SMF-PF</p>	<p>La situation de la lutte contre l'infection à VIH/SIDA en milieu hospitalier, les difficultés, les améliorations et leurs opinions sur l'efficacité des actuelles stratégies de lutte.</p>	<p>Personnels médicaux et paramédicaux débordés, pas assez de médicaments et de réactifs, manque de moyens</p>	<p>Recommandations</p>
10 :00-12 :30	<p>MOLOA Directeur de Cabinet Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale Réginald BIGUE KOLA Directeur de la Coopération Internationale</p>	<p>Plan Cadre des NU pour l'Aide au Développement RCA 2007 2011 . L'appropriation nationale</p>	<p>Problèmes de coordination PNUD, Ministère du Plan Faiblesse du système de collecte des données</p>	<p>Recommandations fortes</p>
15 :00-17 :00	<p>Mr Noël SALL Point focal Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale</p>			

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Vendredi 23/11/2007 9:00-12:30		Plan Cadre des NU		

ONUSIDA	Dr Louis PONZIO Coordinateur ONUSIDA/Pays,	pour l'Aide au Développement RCA 2007 – 2011. Les points suivants : le leadership (coordination, mobilisation et allocation des ressources nationales), dans la lutte contre l'infection à VIH/SIDA ; les leaders d'opinion et les PVVIH suscitent l'adhésion de la société ; la société civile, les communautés locales et les jeunes, Appropriation nationale croissante et la coopération internationale. La mise en oeuvre des trois principes Three Ones.	Problèmes de coordination	Recommandations
1030 1200	Dr Youssouf GAMATHE Représentant intérimaire OMS Bangui et Dr Jeannine NTIBANIHA OMS Bangui			
13 00 1430 UNHCR	Mme Shanonn KAHNIERT Senior Admin/Prg Officer HCR, Mr Maxime BIAMPENG Point Focal VIH/SIDA HCR, Mme Charlotte Rideau Chargée de la protection HCR			
1500 1600 FNUAP	Dr Coulibaly FNUAP, Gilbert Dimanche NZIL'KOE			

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Lundi 26 /11 /07 830 10	Elisabeth NDAOULE Point Focal Ministère du	La lutte dans le		Recommandation

Ministère du Développement Rural	Développement Rural	ministère	Manque de moyens	
12 13 CTA/CRF Bangui	Valentin FIKOUMA Médecin Chef du CTA	Les activités de prise en charge globale	Surcharge de travail, faiblesse des moyens	Meilleure coordinations entre les structures de prises en charge
16 :45	Lucien BATE Cellule Fonds Mondial	Les activités de la cellule dans le cadre de la lutte et les relations avec les autres partenaires	Problèmes de collecte des données, de leur fiabilité en termes de précisions et de qualité	Comparaison des données à plusieurs niveaux

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Mardi 27 /11 /07 930 10 Assemblée Nationale	Députée Rosalie Pouzère DJEMAH (Haut Mbomou) NOUGA Boguila (Ouham)	L'action des parlementaires dans la lutte	Tous les parlementaires ne sont pas complètement impliqués au niveau de leurs circonscriptions, manque de moyens	Recommandations voir directives présidentielles
12 : 30 - 14 RECAPEV	RECAPEV Yabada Elvire Rosine, Gbossy Rock, Gremale Gilbert, Miangue Clémentine, Indépou Joséphate, Nzengue Casimir, Ndoumba Kevin, Lacourse Hyppolite	Leurs difficultés, activités et relations avec les structures nationales	Elles se sentent complètement abandonnées	Recommandations et redynamisation
14 :30 – 15 Fédération des Tradipraticiens	Fédération des Tradipraticiens Aghou Dieudonné Damangoui Guy Fidel	Leurs difficultés, activités et relations avec les structures nationales	Manque de moyens	Recommandations
15 :30 – 16 :30 Groupe KAMACH	Groupe KAMACH Mme Chantal OMBELLET, Mr Thomas BENGUET	Les activités de lutte dans l'entreprise	Modèle de lutte dans le secteur privé	Modèle
17 :00 - 19 :00 PSI	PSI Hyacinthe Edgard OUASSONGO Coordonnateur	L'offre et la demande en préservatifs	La demande augmente, nouvelle stratégie sur les prix	Recommandations

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Mercredi 28 /11 /07				
930 10 ENERCA	ENERCA Mr Christian Mberdet Mme Angèle Dokabona	Les activités de lutte dans l'entreprise	Manque de moyens et pas d'implication réelle de l'entreprise	Voir Kamach
10 :30 – 12 SODECA	SODECA Gon Christophe Ouassongo Parfait-Désiré Senekoïsse-Samba Eric, Beloum Blandine, Ngaba Roussel, Payao Patricia Mapouka Touy Nicolas	Les activités de lutte dans l'entreprise	Manque de moyens et pas d'implication réelle de l'entreprise	Voir Kamach
12 :30 13 :30 Chambre de Commerce	Chambre de Commerce Gonga Wilfrid Joseph Deolo	Les activités de lutte	Manque de moyens et pas d'implication réelle des l'entreprises	Voir Kamach
14 :50 – 16 CNTC	CNTC Mr Kouuni Apollinaire SGA CNTC Mr Edmond Koyacommandant SG CNTC	Les activités de lutte	Manque de moyens	Recommandations
16 – 18 UNICEF	Dr Badi Banga Rep UNICEF	Les activités de coordination	Programme conjoint	Clarté, Précision, concertation

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Jeudi 29/11/07				
9 :00 11 :30 Association des filles libres	Association des filles libres Votto Simone Conselle Somono Lydie Abittamaou Judith Pengazogna Rose Pengazogna Adelaïde Gamago Cynthia Itongo Tania Sénousse Claudia Leko Marie Sonia Pengue Popotin-Natacha Kamot-Adèle Florence	Leurs difficultés, activités et relations avec les structures nationales	Elles se sentent complètement abandonnées	Recommandations
12 :00 – 12-45 ECOBANK	ECOBANK Djimasse Célestine Resp RH	Les activités de lutte dans l'entreprise	Rien n'est fait	Voir Kamach
13 :15 15 :00	Association des Parents d'Elèves Gotia Jean Pierre Délégué aux affaires sociales Kazangba Africain Président	Les activités de lutte dans	Manque de moyens	Recommandations
16 :30 – 18 :30 Fonds Mondial	Cellule Fonds Mondial Gouayé Médard Jasnuh Coordonnateur des Programmes du Fonds Mondial	Les activités de la cellule dans le cadre de la lutte et les relations avec les autres partenaires	Problèmes de collecte des données, de leur fiabilité en termes de précisions et de qualité	Recommandations

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Vendredi 30/11/07				
10 :00 12 :00 AFAFSI-SEWA	Mme NAPALA Clémentine Présidente AFAFSI	La lutte, les différentes activités, les difficultés	Engagement	Recommandations

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Mardi 04 /12/07				
14:30 – 15 :30 Préfecture de la Mambéré Kadéi	Ndofara Samuel SG Préfecture de la Mambéré Kadéi  Ouagondo Frédéric Préfet Intérimaire			
20 :00 – 22 :00	Moussapa Ernest Chef ETP Berbérati			
Mercredi 05/12/07				
8 : 20 9 :20	Hôpital Régional Universitaire Berbérati Baida Pierre Conseiller en Dépistage volontaire	Les activités de lutte	Manque de moyens	Recommandations
9 :30 – 10 :30	Mme Ngoazou M. Claude Sage Femme PTPE Hôpital Régional Universitaire Berbérati Poesel Benedicte IDE Responsable Hôpital Mme Alaou-Daniaoua Marie Jeame AADE, Responsable Statistique, IEC, et Hygiène Hospitalière			
10 :30 – 11 :00	Dr Aimé T. Dodane Médecin Chef Hôpital Régional Universitaire Berbérati			

11 :15-12 :30	<p>Gondekaï Noël AJDB  Mbeti Jean Christophe  Vice Président AJDB  Koyaya Gisèle  Présidente RECAPEV  Berbérati  Mbouazama Nicolas  SG AJDB</p>			
13 :00 – 15 :00	<p>Moussapa Ernest Chef  ETP Berbérati  Spécialiste de la  Mobilisation Sociale  Georges Gueret E ETP  Berbérati Spécialiste de  la Santé Publique  Jean Claude  Adjezekane ETP  Berbérati Spécialiste en  Communication  Teguéndé Tatiana  Présidente Filles Libres  Yamboe Sylvie SG  Filles Libres</p> <p>ETP, CDV</p>			

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués		
Samedi 01/12/07 10 :00 11 :30 Sécurité BONUCA PNUD	Sécurité BONUCA PNUD Colonel Barry	Sécurité	Amélioration de la sécurité	Effectuer le déplacement à l'intérieur

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Vendredi 7/12/07	Sibut Adraman Mongbi SG préfecture Kimo Sidoni Oumar Présidente des Filles Libres Sylvain Yolopaza Présidente RECAPEV Alain Dossimona Membre ETP de la KEMO	Les activités de lutte	Manque de moyens	Recommandations

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Lundi 10/12/07 10: 50 12:30	Ministère des Affaires sociales Mme la Ministre Pagonendji Ndakala Marie Solange Bria Constantin Directeur de la Solidarité Nationale et de la Mobilisation contre le VIH/SIDA Batoka Justin Joya Inspecteur Central Chef de Service	Les activités de lutte	Département pas tout à fait impliqué	Recommandations

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Décision
Mercredi 13/12/07 Primature	Primature Son Excellence Monsieur le Premier Ministre	Les activités de lutte	Prise de conscience	Recommandations

Date	Organismes rencontrés	Points évoqués	Constat	Observation
Judi 14/12/07 Restitution	Tous les partenaires voir la liste des présents	Voir plan de	Félicitations sur le	Le PNUD n'a pu se faire représenter, ce

		restitution	travail et la présentation, questions, réponses	qui a été commenté par certains participants.
--	--	-------------	---	---

## ANNEXE 4

### PRINCIPAUX PARTENAIRES ET LEURS ROLES

Partenaires	Rôles
UNICEF	Les interventions de l'UNICEF visent essentiellement la prévention, à travers les activités de communication pour un changement de comportement chez les jeunes en milieu scolaire et extra scolaire (un centre d'écoute pour les jeunes a été construit dans la ville de Bangui), l'appui au programme de prévention de la transmission mère-enfant et la prise en charge des orphelins. L'UNICEF appuie également les études sur la sérologie et ses impacts.
UNFPA	Intervient dans le domaine de la prévention de l'infection à VIH. Un centre d'informations et de documentation sur le SIDA (CIDS) a été créé au sein du Ministère de la Santé. Un projet dénommé « 100% jeunes » est en cours d'exécution en collaboration avec Population Service International (PSI). L'UNFPA appuie le Comité Militaire de Lutte contre le SIDA dans les domaines du dépistage, de la prise en charge des IST et de l'utilisation correcte des préservatifs. A travers son nouveau programme de coopération 2007-2011, cette institution va apporter un appui à la promotion de la communication pour un changement de comportement et la distribution des préservatifs masculins et féminins. Les actions visent essentiellement les femmes, les jeunes, les adolescents, les hommes et femmes en uniforme. L'UNFPA a appuyé l'étude sur la sérologie de VIH réalisée en 2006 par Macro International.
ONUSIDA	Appuie le CNLS dans l'élaboration et la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA (CSN), du plan opérationnel du CSN. Elle contribue aux campagnes nationales de mobilisation sociale et à la célébration des journées mondiales de lutte contre l'infection à VIH. Elle contribue au renforcement des capacités des organes de coordination et de suivi-évaluation aux niveaux central et décentralisé. Elle appuie le Secrétariat Technique du Comité National de Lutte contre le SIDA dans ses actions de coordination de suivi évaluation et de mobilisation de ressources. Elle favorise une collaboration étroite entre le ST/CNLS et le groupe thématique ONUSIDA. Elle appuie la mise en œuvre du principe « THREE ONES » et des initiatives telles

	que IFCOO, IBLT. L'ONUSIDA appui également le pays par la mise à disposition d'une expertise internationale chargée du suivi-évaluation. Un plan de suivi-évaluation était en cours d'élaboration pendant la mission. L'ONUSIDA appuie aussi des études sur le SIDA (par exemple l'étude citée ci-dessus par Macro International en 2006).
--	--

Partenaires	Rôles
OMS	Appuie le Ministère de la Santé Publique et de la Population dans l'élaboration des normes et politique de santé en matière de l'infection à VIH et de la tuberculose. Elle apporte un appui dans la création des centres de CTV intégré au niveau des centres de santé. Elle contribue au renforcement du centre national de transfusion sanguine à Bangui, à la création et au fonctionnement d'un centre régional de transfusion sanguine et quatre banques de sang à Bangui et dans une préfecture sanitaire. L'OMS intervient aussi dans le renforcement des capacités des structures de prévention et de prise en charge des IST. Par ailleurs, elle appuie la mise en œuvre du programme de prévention de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH. Dans le cadre de l'accélération de la prévention, des campagnes de mobilisation sociale ont été organisées à l'intention des jeunes, des enseignants, du personnel de santé, des sportifs et des hommes et femmes en uniforme. L'OMS soutient la lutte contre l'infection à VIH dans le domaine de la surveillance épidémiologique et le développement des activités de suivi-évaluation. Dans le domaine des urgences humanitaires, l'OMS intervient dans la lutte contre les violences sexuelles en zones post conflits.
PNUD	Il intervient essentiellement dans le cadre de renforcement institutionnel des structures de coordination des organes de lutte contre l'infection à VIH aux niveaux central et décentralisé. Le PNUD a financé l'étude des impacts du VIH/SIDA sur le développement en République Centrafricaine. Il contribue aussi au financement des programmes tels que le projet de lutte contre le VIH/SIDA sur les axes routiers, le programme d'encadrement des filles libres à travers la mise en place des microprojets, des activités de formation des cadres du ST/CNLS. Le PNUD contribue au financement du processus d'élaboration des soumissions de la République Centrafricaine au Fonds Mondial. Il est en outre le Bénéficiaire Principal du Fonds Mondial pour la République Centrafricaine.
GFTAM	Dans le cadre des 2ème et 4ème soumissions, le GFATM appuie les programmes de renforcement de la prise en charge globale des PVVIH (développement des centres CTV, Prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge par les antirétroviraux), et des OEV, le renforcement des programmes nationaux de lutte

	contre la Tuberculose et le Paludisme. La mise en œuvre de différents programmes ont permis d'atteindre les résultats suivants : 4808 PVVIH sont mis sous antirétroviraux, 600 patients tuberculeux ont été dépistés et mis sous traitement directement observé, 14 298 orphelins sont pris en charge.
--	--

Partenaires	Rôles
PAM	Le PAM à travers le projet « Appui aux populations en situation de post conflit » en cours d'exécution, soutient les Associations des PVVIH par l'apport en vivres : 1950 femmes enceintes inscrites dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant; 1650 tuberculeux, 1100 PVVIH sous antirétroviraux et 2000 PVVIH non éligibles aux antirétroviraux. Le PAM se propose de renforcer son appui dans la lutte contre l'infection à VIH. Ce projet va se poursuivre en 2008-2009 et prévoit d'atteindre 6500 femmes inscrites dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant, 6000 tuberculeux, 11700 PVVIH sous antirétroviraux (5700 en 2008 et 6000 en 2009).
Banque mondiale	Contribue au renforcement des capacités des structures de coordination. Elle finance les plans d'action des associations des PVVIH et d'autres associations impliquées dans la lutte contre l'infection à VIH. Des médicaments et réactifs sont également achetés sur financement de la Banque Mondiale en faveur des programmes nationaux de lutte contre l'infection à VIH. Elle intervient dans le cadre de l'appui aux populations en situation de post conflit par le soutien aux activités de CCC, de santé sexuelle et de la reproduction et la promotion des préservatifs. Dans le cadre de la restructuration du crédit multisectoriel, la Banque prévoit la fourniture des médicaments antirétroviraux en plus des actions sus-mentionnées.
Agence française de développement	Appuie la lutte contre l'infection à VIH à travers le renforcement des capacités de laboratoire et de cinq centres de santé urbains de Bangui. Elle fournit des médicaments pour les centres de santé, des réactifs et des consommables pour les laboratoires. Elle a mis à disposition une assistance technique auprès de la Direction Générale de la Population, de la lutte contre les IST, le SIDA et la Tuberculose.
BAD	Contribue à la lutte contre l'infection à VIH par le financement des programmes sous-régionaux (IFCOC, IBLT).

Partenaires	Rôles
Croix Rouge Française	L'intervention de la CRF, avec l'appui financier de l'Union Européenne (UE) a permis la construction, l'équipement et la formation du personnel du Centre de traitement ambulatoire (CTA) au sein de l'hôpital communautaire. Ce CTA permet actuellement la prise en charge de 1000 patients dont 500 sous traitement antirétroviral. La CRF soutient la Croix Rouge Centrafricaine (CRCA) pour la mise en place et le fonctionnement de l'unité nutritionnelle et d'information sur le VIH/SIDA (UNIV). Cette structure est le point de départ du continuum de soins avec les volontaires de CRCA.
Population Services International/Association Centrafricaine pour le Marketing Social (PSI/ACAMS)	Fait la prévention de l'infection à VIH à travers le programme de marketing social des préservatifs masculins et féminins. A l'heure actuelle, en plus de la ville de Bangui, PSI/ACAMS couvre 13 préfectures sur 16 et exécute le Projet de Prévention du SIDA en Afrique Centrale (PPSAC) 2006-2008 financé par KFW et le projet 100% jeunes financé par UNFPA pour la promotion de la santé de la reproduction des adolescents. Pour l'année 2006, 5 262 480 préservatifs masculins ont été distribués.
GIP ESTHER	Organisme français de partenariat hospitalier et associatif, va appuyer les établissements de soins et de diagnostic grâce à des échanges entre des professionnels sanitaires et sociaux, avec des hôpitaux français. Ce partenariat permet la mise en place d'un hôpital de jour spécialisé dans la prise en charge de l'infection à VIH à Bangui, la fourniture d'équipement biologique et le renforcement des capacités du personnel. Ce partenariat va également appuyer l'hôpital pédiatrique pour renforcer la prise en charge de l'infection par le VIH chez l'enfant et la cellule familiale. Le GIP ESTHER va également appuyer et renforcer les capacités des ONG et des associations de PVVIH pour leur permettre de prendre une place plus importante dans la prévention, la prise en charge et la continuité des soins.

Partenaires	Rôles
CARITAS Centrafricaine	Appuie la prise en charge globale des PVVIH. Les activités développées sont les suivantes : suivi des patients sous traitement antirétroviral et/ou sous chimioprophylaxie contre les infections opportunistes, appui nutritionnel aux patientes veuves VIH, suivi à domicile et encadrement des orphelins. Caritas appuie les centres de CTV par des activités de sensibilisation pour le dépistage précoce à Bangui et à l'intérieur du pays.
Association Centrafricaine pour le Bien Etre Familial (ACABEF)	Dans le cadre de son plan stratégique de santé sexuelle et santé de la reproduction, intervient dans la prévention de l'infection à VIH (IEC, lutte contre les IST et la distribution des préservatifs masculins et féminins) à Bangui et dans trois villes de l'intérieur du pays.
Association des Œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en Centrafricaine (ASSOMESCA)	Contribue au renforcement de la prise en charge globale dans trois villes à l'intérieur du pays. Parmi les actions développées par cette association, il faut souligner la prise en charge de 30 patients par les médicaments antirétroviraux à Bouar.
AMIS D'AFRIQUE	Développe 5 volets d'activités à savoir : la prise en charge médicale y compris les soins à domicile ; la prise en charge nutritionnelle ; l'octroi des micro crédits pour les activités génératrices de revenus ; la sensibilisation des communautés à travers les associations contractuelles de l'ONG et la formation. A l'heure actuelle, Amis d'Afrique compte 8080 patients VIH+ qui constituent la file active dont : 210 sous traitement antirétroviral (sur financement Fonds Mondial), 350 bénéficiaires d'appui nutritionnel et 80 bénéficiaires de micro crédits. Elle appuie 40 Organisations à Assise Communautaire de Bangui et 3 Associations de PVVIH pour la prise en charge psychosociale des patients et la prévention de nouvelles infections à Bangui et dans deux préfectures. Elle dispose d'un centre de CTV qui prend en charge 380 patients tuberculeux.
Autres associations nationales	Le RECAPEV, le Réseau Centrafricain des Jeunes pour la Lutte contre le SIDA (RECAJELS), l'Association Femmes Africaines Face au SIDA (AFAFSI-SWAA), Vaincre le SIDA (VLS), l'Alliance des Maires, le Réseau Centrafricain d'Ethique et de Droit pour la lutte contre le VIH (RCED/VIH) participent à des degrés divers aux activités de prévention en faveur des cibles vulnérables : PVVIH, jeunes, femmes.

Partenaires du Secteur privé	Rôles
Group Kamach	Contribue à la prise en charge médicale par l'achat des médicaments antirétroviraux et le développement des activités de sensibilisation de son personnel.

## ANNEXE 5

### Guide Global d'Entretien

Les questions sont posées par un des membres de l'équipe, elles sont souvent reprises pour confirmer que nous avons compris et noté la même chose. Les questions ont été orientées de façon que aussi bien pour les variables quantitatives que pour l'information qualitative, il soit facile d'effectuer la triangulation pour analyser les informations.

**Groupe de Questions 1:** Avez-vous reçu l'information qu'une mission d'évaluation est en cours à travers le programme ?

**Groupe de Questions 2:** Relatives au Contexte du VIH/SIDA dans le pays

1-1 Selon vous : Quel est approximativement l'état de l'infection ?

Avez-vous une idée sur la prévalence, l'incidence, les taux de morbidité, de mortalité ?  
taux de prévalence du VIH/SIDA (de 2,6% en 1985 à environ 15% en 2003)

1-2 Avez-vous une idée de la distribution par sexe (Homme – Femme), par localité (Urbain versus Rural) et par tranche d'âges ?

1-3 A combien estimez-vous le nombre d'enfants orphelins du VIH/SIDA ?

1-4 Quel est votre sentiment sur ce qui est en train d'être fait en termes d'actions de prévention, prise en charge globale?

1-5 Si vous comparez la situation actuelle par rapport au passé, que diriez-vous ?

1-6 Disposez-vous de statistiques, documents ou autres informations ou témoignages justifiant vos propos ?

**Groupe de Questions 3 :** Relatives à UNDAF AX3 ACCELERATION de la LUTTE contre le VIH/SIDA : Chaîne des Résultats, des effets et des extrants

2-1 Les Institutions assurent le leadership (coordination, mobilisation et allocation des ressources. Appropriation nationale croissante, afin que d'ici 2011, la transmission et l'impact du VIH/SIDA soient réduits : La jugez-vous croissante, constante ou décroissante ?

Echelle de valeur : Complète, Incomplète (en cours), Faible, Très faible

2-2 Pourquoi?

2-3 La mise en oeuvre des trois principes « Three Ones » :

i) un seul cadre d'action pour le VIH/SIDA, servant de base à la coordination des efforts de tous les partenaires ;

ii) une seule autorité nationale de coordination en matière de SIDA, disposant d'un mandat multisectoriel à base élargie ;

iii) un seul système de suivi et d'évaluation convenu par pays

Echelle de valeur : Complète, Incomplète (en cours), Faible, Très faible

2-3 Comportements préventifs ou à moindre risque, Préservatifs, Lois relatives à la lutte et votées à l'Assemblée Nationale, Stigmatisation, ....., Qu'en pensez-vous ? Disposez-vous de statistiques, documents ou autres informations ou témoignages justifiant vos propos ?

**Groupe de Questions 4** : Selon vous, qu'est-ce qui a marché et qu'est-ce qui n'a pas marché ? Pourquoi ? Que proposez-vous ?

**Groupe de Questions 5** : Questions relatives aux actions du ST/CNLS, des interventions du PNUD et globalement de tous les partenaires au développement

**Groupe de Questions 6** : Questions relatives aux actions ONG, OAC, Communautés religieuse et à toute la société civile.

**Groupe de Questions 7** : Questions plus spécifiques adressées aux Filles libres et aux membres de RECAPEV relatives à leur plan d'action, leurs activités, à leurs ressources et leurs impressions.

**Groupe de Questions 8** : Questions plus spécifiques relatives aux stratégies de partenariat, à l'harmonisation des programmes, aux programmes conjoints.

**Groupe de Questions 9** : Questions plus spécifiques adressées aux personnels médicaux, et paramédicaux relatives au dépistage, à la prise en charge des ISTs, et de la co-infection VIH/SIDA, aux traitements, aux réactifs, à l'éligibilité aux ARV, .....

**Groupe de Questions 10** : Questions générales relatives à ses actions propres ou celles de sa structure de tutelle, son organisation, son association ou son entreprise.

## ANNEXE 6

### TABLEAUX STATISTIQUES ET FIGURES

Tableau 27 : Activités du CDV de Berbérati - premier trimestre 2007

Classes d'âges en années	Nombre personnes orientées par les ONG	Nombre de pré tests faits	Nombre personnes testées
< 15 F	0	0	0
< 15 H	1	1	1
15 - 19 F	8	8	8
15 - 19 H	2	2	2
20 - 24 F	10	10	10
20 - 24 H	3	3	3
25 - 49 F	16	16	16
25 - 49 H	19	19	19
> 50 F	0	0	0
> 50 H	1	1	1

Source : CDV de Berbérati

Tableau 28 : Activités du CDV de Berbérati - deuxième trimestre 2007

Classes d'âges en années	Nombre personnes orientées par les ONG	Nombre de pré tests faits	Nombre personnes testées
< 15 F	0	0	0
< 15 H	0	0	0
15 - 19 F	0	0	0
15 - 19 H	0	0	0
20 - 24 F	1	1	1
20 - 24 H	2	2	2
25 - 49 F	12	12	12
25 - 49 H	12	12	12
> 50 F	0	0	0
> 50 H	0	0	0

Source : CDV de Berbérati

Tableau 29 : Activités du CDV de Berbérati - troisième trimestre 2007

Classes d'âges en années	Nombre personnes orientées par les ONG	Nombre de pré tests faits	Nombre personnes testées
< 15 F	2	2	2
< 15 H	0	0	0
15 - 19 F	2	2	2
15 - 19 H	0	0	0
20 - 24 F	7	7	7
20 - 24 H	2	2	2
25 - 49 F	31	31	31
25 - 49 H	33	33	33
> 50 F	1	1	1
> 50 H	1	1	1

Source : CDV de Berbérati

A Berbérati, les classes d'âges 25 - 44 F et H comptent au troisième trimestre en 2007, le nombre de personnes orientées dans les FOSA et le nombre de VIH+ suivis, sont les plus élevés. Il faut cependant noter que pour les classes d'âges < 15 ans H, 15 - 19 F et H, les deux derniers trimestres 2007 ne comptent aucune personne orientée dans les FOSA (Tableau 28).

Tableau 30 : Activités du CDV de Berbérati en 2007

Classes d'âges en années	Nombre personnes orientées par les ONG	Nombre de pré tests faits	Nombre personnes testées
< 15 F	2	2	2
< 15 H	1	1	1
15 - 19 F	10	10	10
15 - 19 H	2	2	2
20 - 24 F	18	18	18
20 - 24 H	7	7	7
25 - 49 F	59	59	59
25 - 49 H	64	64	64
> 50 F	1	1	1
> 50 H	2	2	2

Source : CDV de Berbérati

Tableau 31: Activités du CDV de Berbérati en 2007

Classes d'âges en années	Nombre de post tests faits	Nombre personnes VIH+	Nombre personnes VIH-
< 15 F	2	2	2
< 15 H	1	1	1
15 - 19 F	10	2	2
15 - 19 H	2	1	2
20 - 24 F	18	10	9
20 - 24 H	7	2	10
25 - 49 F	59	43	43
25 - 49 H	64	39	31
> 50 F	1	1	2
> 50 H	2	2	1

Source : CDV de Berbérati

Tableau 32: Activités du CDV de Berbérati en 2007

Classes d'âges en années	Nombre personnes orientées dans les FOSA. Année 2007		
	premier trimestre	deuxième trimestre	troisième trimestre
< 15 F	0	0	2
< 15 H	1	0	0
15 - 19 F	2	0	0
15 - 19 H	1	0	0
20 - 24 F	2	1	7
20 - 24 H	0	0	2
25 - 49 F	11	8	24
25 - 49 H	5	8	26
> 50 F	1	0	1
> 50 H	0	0	1

Source : CDV de Berbérati

Tableau 33 : Dépistage volontaire - septembre 2005 - septembre 2006

Sexe	Résultats positifs		Résultats négatifs		Total
	Nombre	%	Nombre	%	
	Cas		Cas		
F	229	42,7	307	57,2	552
H	129	23,3	423	76,6	536
Total	358	32,9	730	67	1088

Source : la Région Sanitaire n°2 Hôpital Régional Universitaire de Berbérati, Rapport des activités de dépistage volontaire et de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles dans le cadre du projet OMS – OPEP.

Le pourcentage de femmes dépistées et infectées est très important ; cependant, le manque de réactifs pour procéder au test de dépistage a été souligné.

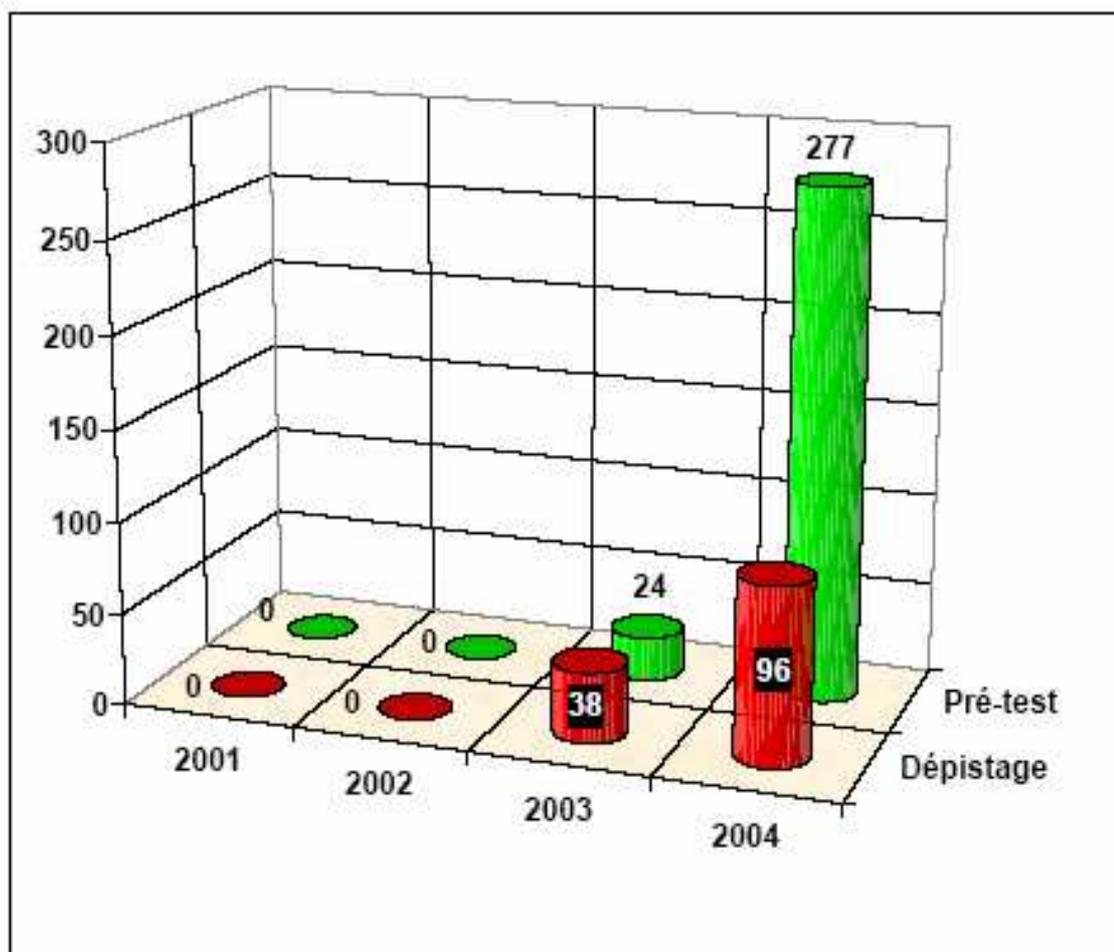
Tableau 34 : Activités du PTPE Service Gynéco Obstétrique -Hôpital Communautaire de Bangui- Septembre 2004 à Octobre 2007.

Femmes enceintes VIH+ inscrites			Femmes enceintes VIH+ sous ARV					Femmes enceintes VIH+ inscrites et décédées	
F	H	T	F	H	T	ARV provenant du public	ARV provenant du privé	Sous ARV et décédées	Total décédées
241	153	394	104	69	173	157	16	41	49

Source : Mme Kona Martine , Assistante Sociale Principale. Responsable Unité de Counselling du Service Gynéco Obstétrique, Hôpital Communautaire de Bangui.

Les données montrent que sur les 173 femmes enceintes VIH+ sous ARV au Service Gynéco Obstétrique de l' Hôpital Communautaire de septembre 2004 à octobre 2007, un peu plus de 9% ont bénéficié d'un traitement rétro- antiviral provenant du secteur privé. Ceci traduit une réelle implication du secteur privé.

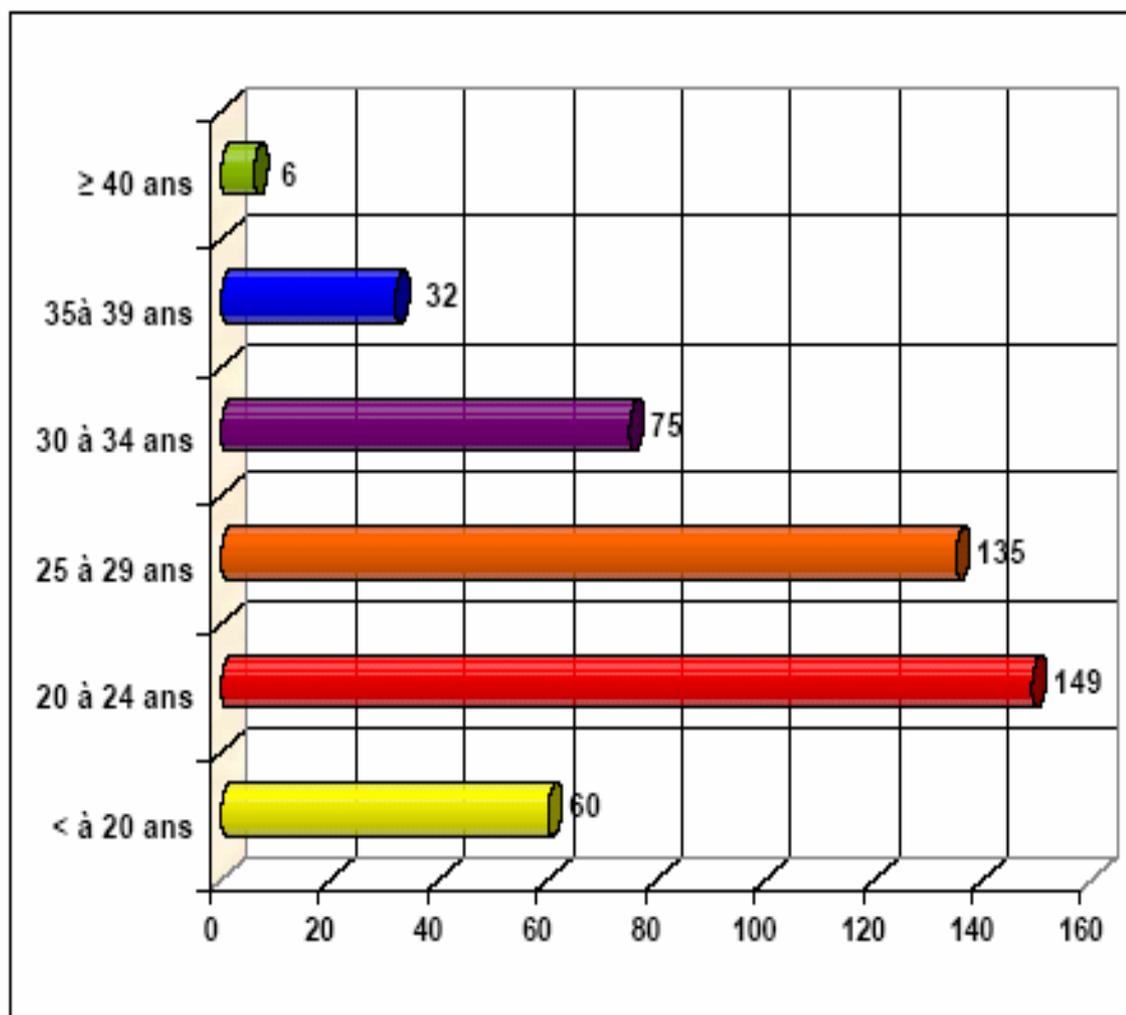
Tableau 35 : Partenaires ayant pris part au pré-test et au dépistage à l'Hôpital Communautaire de Bangui



Source : Gaunefet Christel Edith, Thèse de Doctorat en Médecine, présentée et soutenue le 06/06/2006, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bangui.

La répartition des conjoints des gestantes de l'Hôpital Communautaire de Bangui de 2001 à 2004, selon l'acceptabilité du pré-test et du dépistage de l'infection à VIH montre que pendant les 2 premières années aucun partenaire n'avait pris part ni au pré-test, ni au dépistage.

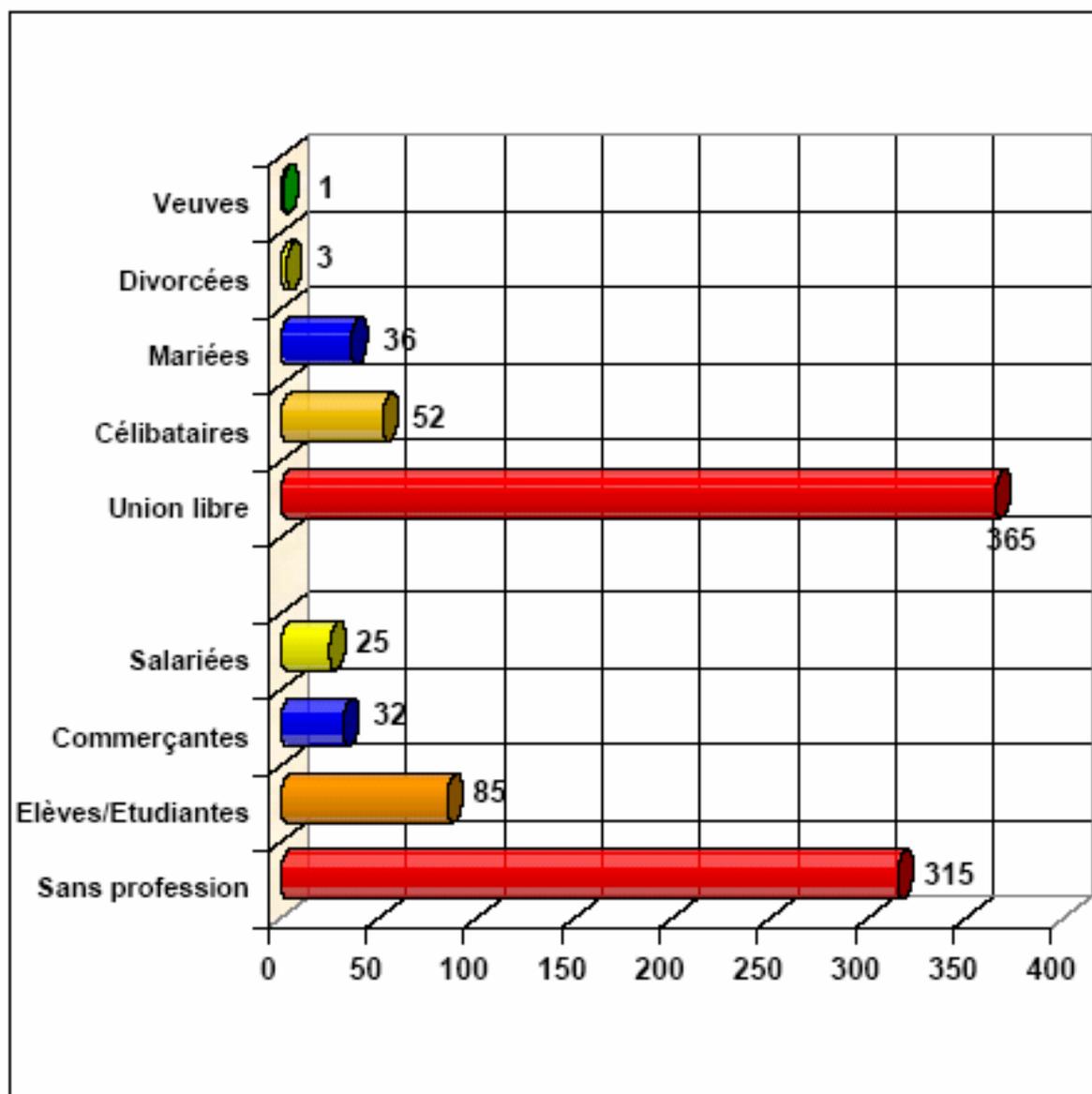
Tableau 36 : Tranche d'âge des gestantes séropositives à l'Hôpital Communautaire de Bangui



Source : Gaunefet Christel Edith, Thèse de Doctorat en Médecine, présentée et soutenue le 06/06/2006, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bangui.

L'âge moyen de ces femmes était de 25,5 ans avec des extrêmes de 14 et 45 ans. Les tranches d'âge de 20 à 24 ans et 25 à 29 ans étaient les plus concernées.

Tableau 37 : Profession et statut matrimonial des gestantes séropositives



Source : Gaunefet Christel Edith, Thèse de Doctorat en Médecine, présentée et soutenue le 06/06/2006, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bangui.

Tableau 37 traduit la répartition des gestantes séropositives de l'Hôpital Communautaire de Bangui, selon la profession et le statut matrimonial, elle montre bien que les femmes sans profession et celles en union libre étaient les plus touchées par l'infection à VIH.

Tableau 38 : ST (Syphilis, Diplocoque) au Laboratoire -Hôpital Préfectoral de Bouar Avril 2007 à Novembre 2007

Année 2007	Nombre de cas d'ISTs
Novembre	4
Octobre	2
Septembre	1
Août	1
Juillet	4
Juin	0
Mai	0
Avril	0
Mars	3
Février	2
Janvier	4

Source : Laboratoire Hôpital Préfectoral de Bouar

Tableau 39: Activités du CDV de Bouar Avril 2005 à Octobre 2007

Classes d'âges en années	Nombre de tests VIH indéterminés	Nombre de résultats non retirés	Nombre de VIH+ suivis	Nombre personnes orientées dans les FOSA
< 15 F	0	1	1	7
< 15 H	0	1	1	4
15 - 19 F	11	36	13	87
15 - 19 H	8	6	3	25
20 - 24 F	6	17	22	151
20 - 24 H	11	19	10	50
25 - 44 F	3	12	56	234
25 - 44 H	8	11	27	132
> 45 F	0	3	4	12
> 45 H	1	1	10	28

Source : CDV de Bouar

Tableau 40 : Activités du CDV de Bouar Avril 2005 à Octobre 2007

Classes d'âges en années	Nombre de post tests faits	Nombre personnes VIH+	Nombre personnes VIH-
< 15 F	53	10	42
< 15 H	31	4	31
15 - 19 F	890	137	777
15 - 19 H	578	34	545
20 - 24 F	712	220	509
20 - 24 H	662	81	579
25 - 44 F	825	329	512
25 - 44 H	824	167	647
> 45 F	93	16	81
> 45 H	180	29	156

Source : CDV de Bouar

Les données montrent que le nombre de personnes VIH+ est beaucoup plus élevé chez les femmes âgées de 25 à 44 ans, alors que le nombre de personnes VIH- et de post tests faits sont beaucoup plus élevés chez les filles âgées de 15 à 19 ans. La classe d'âges 25 - 44 F à Bouar compte le nombre de personnes orientées dans les FOSA et le nombre de VIH+ suivis les plus élevés. A Bouar après 45 ans, les hommes sont plus exposés et plus atteints par le VIH que les femmes.

Tableau 41: Situation de l'infection à VIH/SIDA dans la préfecture du Kémo, chef lieu Sibut

Année	Nombre de personnes dépistées VIH+	Nombre d'OEV	Nombre de sites de PTPE fonctionnel	Nombre de femmes enceintes dépistées
2006	202	100	1	87
2007	79 manque de réactifs, rupture de stock d'ARV, Découragement du personnel médical et paramédical.	130	1	305

Source : Tableau de bord préfectoral de lutte contre le SIDA. Préfecture Kémo

Dans la Préfecture du Kémo, le nombre de femmes enceintes dépistées et le nombre d'OEV ont augmenté entre les années 2006 et 2007. Cependant, le personnel a très fortement regretté le manque de réactifs, la rupture de stock d'ARV, la démotivation du personnel médical et paramédical sous estimant le nombre de personnes dépistées VIH+ en 2007.

Tableau 42: Situation de l'infection à VIH/SIDA dans la préfecture du Kémo chef lieu Sibut- Etat général

Année	Nombre de femmes enceintes dépistées et VIH+	Nombre d'ONG et OAC mobilisées dans la lutte	Nombre de patients sous ARV	Financement local mobilisé (CFA)	Financement extérieur mobilisé (CFA)
2006	13	17	16	0	1.000.000
2007	16	17	14	0	500.000

Source : Tableau de bord préfectoral de lutte contre le SIDA. Préfecture Kémo

L'information la plus frappante est la non existence de financement local mobilisé et la baisse de moitié du financement extérieur mobilisé.

## Schéma 2 : Le circuit de la femme et de l'enfant dans la PTME à Bangui

Ce schéma montre le circuit de la prise en charge globale de la femme enceinte de puis la consultation prénatale par la sage femme jusqu'à l'accouchement.

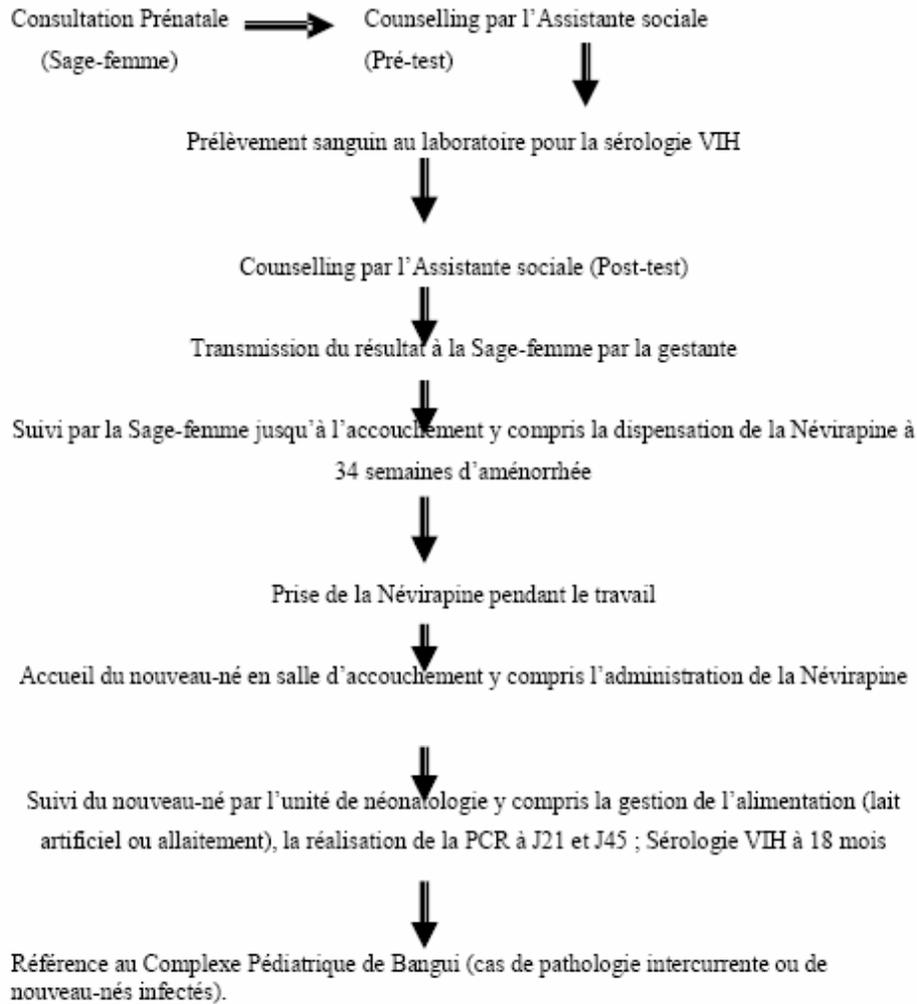


Schéma 3 : Impact socio-économique

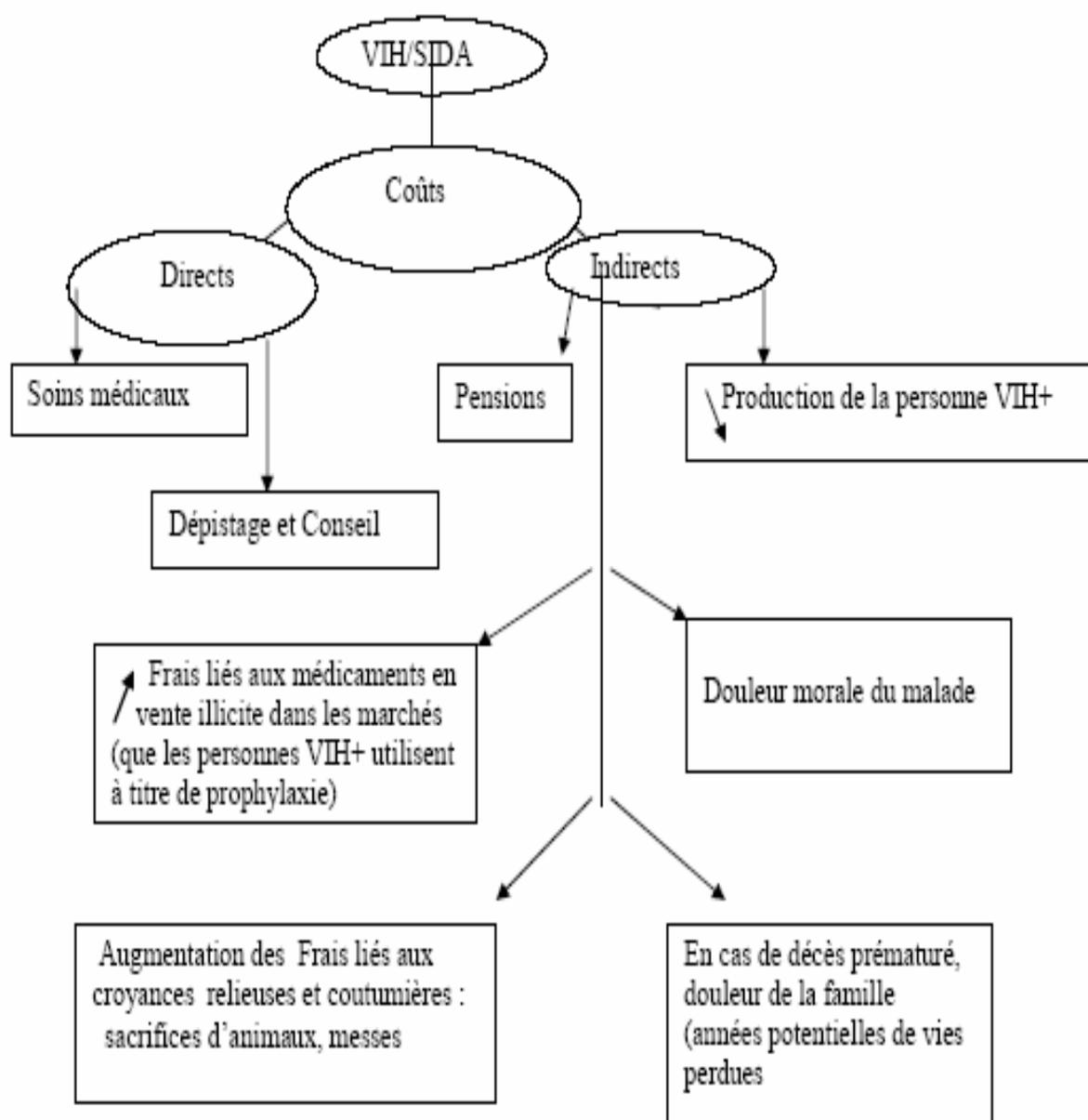
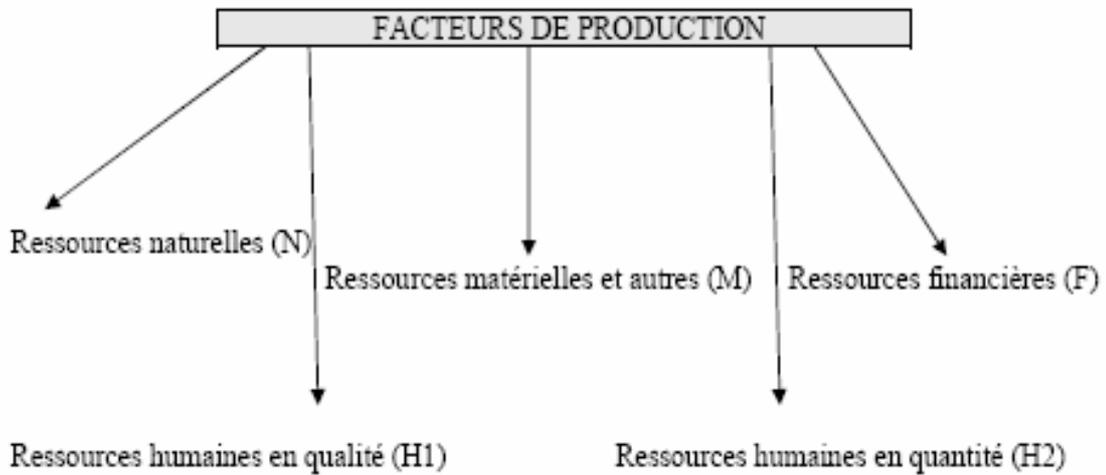
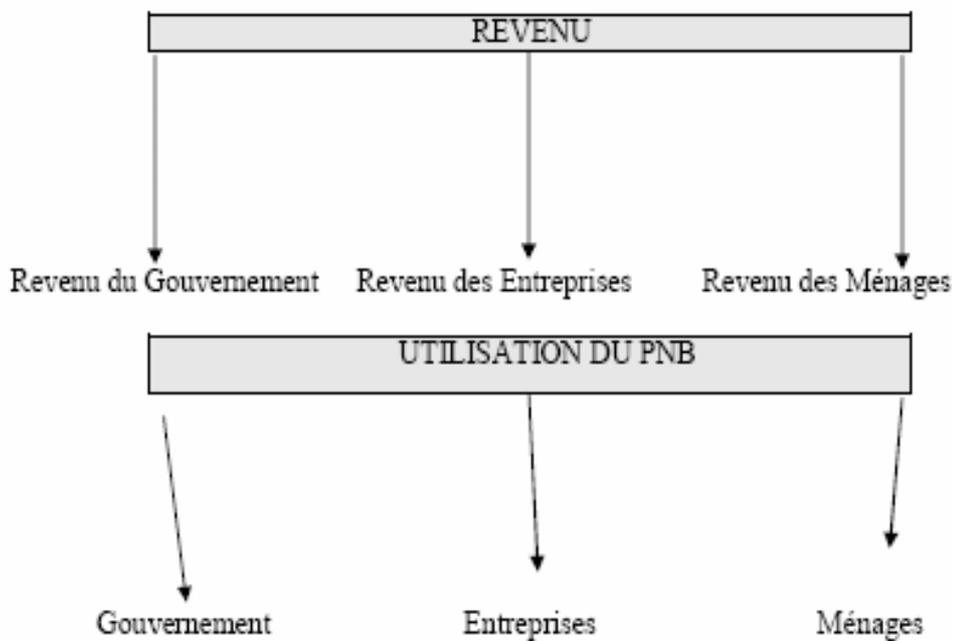


Schéma 4 : Impact macro-économique



$PIB = f(\text{FACTEURS DE PRODUCTION})$   
 $PNB = f(\text{PIB, Exportations, Importations})$



Impact macroéconomique du VIH/SIDA :

$$PIB : N + M + F + H1 + H2$$

$\updownarrow$                        $\updownarrow$   
 VIH/SIDA                      Facteur Exogène

## ANNEXE 7

### DOCUMENTS CONSULTÉS ET RÉFÉRENCES

1. PNUD. Guide pour les évaluateurs d'effet. Série #1 de Suivi et d'Évaluation. New York : Bureau d'évaluation du PNUD, 2002.
2. PNUD. Guide du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats, New York : Bureau d'évaluation du PNUD, 2002.
3. Plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement en République centrafricaine 2007-2011.
4. Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) en RCA, Mai 2007.
5. PNUD, IDEA, Impacts du VIH/SIDA sur le développement en République Centrafricaine , 2005.
6. ST/CNLS. Rapport d'autoévaluation de l'évolution de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre du projet 00011758, Appui au Programme de lutte contre le SIDA.
7. ST/CNLS. Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010, juillet 2006.
8. ST/CNLS. Rapport d'activité 2003, Projet CAF/01/002 « Appui au programme de lutte contre le SIDA » Rapport annuel de mise en œuvre du projet CAF/01/002 « Appui au Programme de lutte contre le SIDA » janvier 2004.
9. ST/CNLS. Rapport d'activité 2004, Projet d'appui au programme de lutte contre le SIDA.
10. ST/CNLS. Rapport Annuel 2005, Projet 00011758 Appui au programme de lutte contre le SIDA.
11. ST/CNLS. Programme national de prise en charge intégrée des filles libres, janvier 2004.
12. Comité National de Lutte contre le SIDA. Quatrième appel à propositions : Candidature de la République Centrafricaine au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme : Volet OEV, Bangui, 2004.
13. Comité National de Lutte contre le SIDA, Lutte contre le VIH/Sida en République Centrafricaine : Tableau de Bord no 001/ST/CNLS,

- Secrétariat technique, Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA, Bangui, 2004.
14. Comité National de Lutte contre le SIDA. Quatrième appel à propositions : Candidature de la République Centrafricaine au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme : Volet Tuberculose, Bangui, 2004.
  15. Comité National de Lutte contre le SIDA. Quatrième appel à propositions : Candidature de la République Centrafricaine au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme : Volet SIDA, Bangui, 2002.
  16. Comité National de Lutte contre le SIDA. Stratégie Globale de Communication pour le changement de comportement en matière de VIH/SIDA, CNLS et Projet Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA, Bangui, 2002.
  17. CEEAC. Déclaration de Brazzaville sur le VIH/SIDA, onzième Conférence des chefs d'État et de gouvernement de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC), 26 et 27 janvier 2004, Brazzaville.
  18. Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme Quatrième appel à propositions de candidature de la République centrafricaine, le 10 janvier 2004.
  19. Global Fund for the Fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria (Proposal by the Central African Republic), Geneva, July 2002.
  20. Adejuyigbe E.A, Fasubaa, O.B. Onayade A.A. Socio-demographic Characteristics of HIV-Positive Mother-Child Pairs in Ile-Ife, Nigeria. AIDS CARE, 2004 ; 16 (3) : 275-282.
  21. Becquart P., Garin B, Sepou A, et al. High incidence of Early Postnatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 in Bangui, Central African Republic. JID, 1998; 177 : 1770-1771.
  22. Castetbon K et. Prévenir la transmission mère-enfant du VIH-1 en Afrique en l'an 2000. Cahiers Santé, 2000 ; 10 : 103-113.
  23. Coulibaly D, et al. Attitudes et comportements des femmes enceintes face au dépistage du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire), en 1995 et 1996.

- Raisons du refus du test et indifférence face aux résultats. Cahiers Santé, 1998 ; 8 : 234-238.
24. DABIS F. Estimation du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant : problèmes méthodologiques et estimations actuelles. Rapport de deux ateliers de travail (Gand, Belgique, 17-20 février 1992 et 3-5 septembre 1993). Cahiers Santé, 1994 ; 4 : 73-86.
  25. Matsika-Claquin, M.D. Rapport final : Cartographie de l'infection à VIH en République Centrafricaine, Institut Pasteur de Bangui, Décembre 2002 : 28p.
  26. Menard D. et al. Evaluation of rapid HIV testing strategies in under equipped laboratories in the Central African Republic. J. Virol. Methods 126, 2005 ; 126 : 75-80.
  27. Miakassissa. R. Suivi de 150 enfants nés de mères séropositives pour le VIH de 0 à 36 mois à Bangui. Thèse de doctorat en Médecine. Université de Bangui. 1991 : 80p.
  28. Ministère de la Santé et Population-Bangui. Guide de formation à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Bangui. Décembre 2002 ; 41p.
  29. Evaluation du projet de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en RCA. Rapport, Bangui, Novembre 2003 ; 31p.
  30. Politique Nationale de Prévention de la transmission parents/enfant du VIH/SIDA. Bangui, juin 2004 ; 32p.
  31. Procédures, normes et directives de la prévention de la transmission parents enfants du VIH. Bangui, Septembre 2004 ; 100p.
  32. Ministère de la Santé et de la Population et ONUSIDA. Processus de planification stratégique de la lutte contre le VIH/Sida : analyse de la situation, Ministère de la Santé Publique et de la Population, ONUSIDA, Bangui, 2001a.
  33. Ministère de la Santé et de la Population et ONUSIDA. Processus de planification stratégique de la lutte contre le VIH/Sida : analyse de la réponse, Ministère de la Santé Publique et de la Population, ONUSIDA, Bangui, 2001b.
  34. Ministère de la Santé et de la Population et ONUSIDA. Actes finaux de l'Atelier de mise à niveau des acteurs de lutte contre le Sida et les

- MST, Ministère de la Santé Publique et de la Population, ONUSIDA, Bangui, 2001c.
35. Ministère de la Santé et de la Population et ONUSIDA. Processus de planification stratégique de la lutte contre le VIH/Sida : plan cadre stratégique, Ministère de la Santé Publique et de la Population, ONUSIDA, Bangui, 2002.
  36. Ministère de la Santé et de la Population, Carte Sanitaire de la RCA, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Bangui, 2003.
  37. Direction de la Santé Familiale et de la Population. « Programme pilote de prévention de la transmission materno-infantile du VIH à Bangui en République Centrafricaine », Direction de la Santé Familiale et de la Population, République Centrafricaine et UNICEF, Bangui (non publié), 2000.
  38. Ndamobissi, Robert, Gora Mboup et Edwige Opportune Nguélébé. Enquête démographique et de santé, République Centrafricaine 1994-1995, Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, Macro International Inc., Bangui, 1995.
  39. Molowa Kobendo. La Transmission Materno-foetale de l'infection à VIH1. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bangui, Avril 1990 ; 96p.
  40. Ndoide Y. Evaluation du Projet de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en République Centrafricaine. Thèse de Doctorat en Médecine, Bangui, 2003 : 103p.
  41. Nguembi, E et al. Performance du projet de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en République Centrafricaine. Bull Med Owendo, 2004 ; 9 (24) : 16-20.
  42. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional pour l'Afrique. VIH/SIDA : Surveillance épidémiologique, Mise à jour pour la région Afrique de l'OMS 2002. Harare, 2003 : 61p.
  43. ONUSIDA. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Options stratégiques. Genève, 1999 : 18p.
  44. ONUSIDA. Programmes SIDA nationaux. Guide de suivi et d'évaluation. Genève, septembre 2001, 17 : 145p.

45. ONUSIDA. Programme d'appui du groupe thématique ONUSIDA à la lutte contre le VIH/SIDA en République Centrafricaine, ONUSIDA, Bangui, (2001a).
46. ONUSIDA. Migration et VIH/SIDA : Analyse de la situation sur deux axes routiers de la RCA, reliant Bangui aux frontières du Cameroun et du Tchad, ONUSIDA Centrafrique, Bangui, 2001b.
47. ONUSIDA, Initiative des pays riverains des fleuves Congo-Oubangui-Chari : la réduction de la vulnérabilité et du risque IST/ VIH/SIDA dans le cadre de la mobilité et des situations en post-conflit, ONUSIDA et Partenariat International de Lutte contre le SIDA en Afrique, Brazzaville, 2001c.
48. ONUSIDA. Programmes SIDA nationaux : guide de suivi et d'évaluation. ONUSIDA, Genève, 2001d.
49. ONUSIDA, UNICEF et OMS, Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infection : 2004 Update, ONUSIDA, UNICEF et OMS, Genève, 2004.
50. ONUSIDA, UNICEF et OMS. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infection : 2002 Update, 2002.
51. Sepou A et al. L'infection à VIH en consultation gynéco- obstétricale à Bangui (Centrafrique). Med. Afr. Noire, 2003 ; 50 (1) : 25-29.
52. Gresenguet, Gérard. Bilan d'activité du Centre National de Référence des Maladies Sexuellement Transmissibles et du SIDA. Bangui : CNRMST/ SIDA, 2001.
53. IMF, World Economic Outlook database, Bangui, septembre. 2004.
54. Matsika Claquin, Marcelle Diane. Cartographie de l'infection au VIH en République Centrafricaine, Institut Pasteur, Bangui, 2002.
55. Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale. La RCA en chiffres : Résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitation, décembre 2003, Direction Générale de la Statistique, des Études Économiques et Sociales, Bureau Central de Recensement, Bangui, 2005.
56. Ministère du Plan et de la Coopération Internationale et UNICEF, Enquête à Indicateurs Multiples – MICS 2000, Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, UNICEF, Bangui, 2001.

57. PNUD/Ministère du Plan, Profil de Pauvreté en milieu urbain, Programme des Nations Unies pour le Développement, Ministère du Plan, Bangui, 2004d.
58. UNICEF/PNUD. Le VIH/Sida et le corps des enseignants : santé du personnel enseignant, UNICEF et PNUD, Bangui, 1999.
59. UNDG. Indicators for Monitoring the Millenium development Goals, United Nations, New York, 2001.
60. United States Bureau of the Census. HIV/aIdS Surveillance data Base : detail Listing of Estimates of HIV1 and HIV2 Seroprevalence, United States Bureau of the Census, Washington D.C, 2002.
61. WHO African Region. Communicable diseases Epidemiological Report (CDER), no 0003, September. 2000.