REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Investing in our future
The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

EVALUATION FINALE DU PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

(CAF-202- G01-H00)

Dr Joseph-Aimé BIDIGA, MD, MPH, Consultant international
Dr Pierre-Marie DOUZIMA, MD, MPH, Consultant national

Octobre 2010

SOMMAIRE

	REMERCIEMENTS ……	3
	LISTE DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS……..	4
	LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES……	5
	RESUME D'ORIENTATION……	6
I.	**CONTEXTE ET JUSTIFICATION……**	8
II.	**DESCRIPTION DU PROGRAMME DU VIH ROUND 2 (CAF-202- G01-H00) ……**	9
2.1	But et objectif du programme……	9
2.2	Cadre institutionnel et fonctionnement du programme…….	10
III	**PROCESSUS DE L'EVALUATION……**	12
3.1	Objectifs de l'évaluation……	12
3.2	Résultats attendus de l'évaluation…….	12
3.3	Méthodologie de l'évaluation……	13
3.4	Difficultés rencontrées……..	13
IV	**RESULTATS……**	14
4.1	Analyse du document de soumission du programme……	14
4.2	Phases de déroulement du programme……	14
4.3	Les résultats par objectif spécifique……	16
4.3.1	Le conseil dépistage volontaire……	16
4.3.2	La prévention de la transmission parent enfant du VIH……	19
4.3.3	La prévention et le traitement des infections opportunistes……	22
4.3.4	La thérapie antirétrovirale……	23
4.3.5	Le partenariat avec les Organisations Non Gouvernementales…… ….	26
4.4	La supervision……	28
4.5	Les rapports……	29
4.6	Les décaissements……	30
4.7	L'impact du programme…….	31
V	**LES GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET LES INCOHERENCES…….**	31
VI	**LEÇONS TIREES……**	32
VII	**RECOMMANDATIONS……**	33
	CONCLUSION……	34
	REFERENCES……	35
	ANNEXES……	36

REMERCIEMENTS

L'équipe des évaluateurs tient à travers ces quelques lignes à remercier l'ensemble des acteurs du programme VIH round 2 du Fonds Mondial à tous les niveaux qui ont contribué à la réalisation de la présente évaluation. Nos remerciements s'adressent aux responsables des structures visitées et leur personnel pour toute la disponibilité dont ils ont fait montre durant notre passage. Nos remerciements vont particulièrement à l'ensemble des participants à l'atelier d'amendement du rapport provisoire de l'évaluation dont les contributions ont été précieuses à la finalisation du présent rapport. Enfin, nos remerciements vont très particulièrement au Récipiendaire Principal et sa cellule de gestion qui malgré le temps écoulé depuis la clôture du round 2 ont mis tout en œuvre pour faciliter le déroulement de la mission.

LISTE DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS

ARV:	Antirétroviraux
CCC:	Communication pour un Changement de Comportement
CCM:	Country Coordination Mechanism (Comité de Coordination Multisectorielle de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme)
CDV:	Centre de Dépistage Volontaire
CGP:	Cellule de Gestion des Programmes du Fonds Mondial
CPLS:	Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida
DGPISTT	Direction Générale de la Population, de lutte contre les IST, le Sida et la Tuberculose
DRR:	Représentant Résident (Deputy Resident Representative)
DRR/O:	Représentant Résident Adjoint (Deputy Resident Representative Operations)
FACSS:	Faculté des Sciences de la Santé
FOSA:	Formation Sanitaire
GFATM:	Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria
IEC:	Information, Education et Communication
IO:	Infection Opportuniste
LFA:	Local Fund Agency
MICS:	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappe à indicateurs multiples)
OAC:	Organisation à Assise Communautaire
ONG:	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA:	Programme commun des Nations-Unies pour la lutte contre le Sida
PAM:	Programme Alimentaire Mondial
PEC	Prise En Charge
PNUD:	Programme des Nations-Unies pour le développement
PR:	Principal Récipiendaire
PTPE:	Prévention de la Transmission Parent Enfant du VIH
PVVIH:	Personnes Vivant avec le VIH
RCA:	République Centrafricaine
RGPH:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA:	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
ST/CNLS:	Secrétariat Technique du Comité National de Lutte contre le Sida
TARV:	Thérapie Antirétrovirale
UNICEF:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux

Tableau 1 : Répartition des CDV créés par chef lieu de préfecture sanitaire
Tableau 2 : Répartition des CDV selon l'année de mise en service.
Tableau 3 : Evolution du nombre de personnes dépistées de 2004 à 2008
Tableau 4 : Répartition des sites PTPE selon la prévision et la réalisation
Tableau 5 : Niveau de réalisation du dépistage dans le cadre de la PTPE
Tableau 6 : Evolution du nombre de femmes dépistées séropositives et mises sous prophylaxie ARV de 2004 à 2008
Tableau 7 : Prévisions annuelles de la prévention et du traitement correct des IO
Tableau 8 : Prévisions annuelles de la TARV
Tableau 9 : Niveau de réalisation des activités de la TARV par an
Tableau 10 : Niveaux annuels attendus de la contribution des ONG / OAC dans la PEC des PVVIH
Tableau 11 : Répartition des fonds alloués aux ONG/OAC intervenant autour des CDV
Tableau 12 : Situation des rapports trimestriels du CGP
Tableau 13 : Situation des décaissements
Tableau14 : Prévisions pour l'atteinte du but du programme VIH round 2

Figures

Figure1 : Organigramme du programme VIH Round 2
Figure2 : Evolution de la couverture PTPE selon l'année
Figure3 : Evolution de l'effectif des PVVIH mises sous ARV au cours de la mise en œuvre du programme
Figure4 : Répartition des fonds alloués aux ONG/OAC partenaires du CDV de Bria

RESUME D'ORIENTATION

La République Centrafricaine, comme la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara est sévèrement touchée par l'infection à VIH depuis plus de 20 ans. L'épidémie est de type généralisée. La surveillance de la pandémie par poste sentinelle auprès des femmes enceintes a montré en 2002, une prévalence médiane de 13,8%.

Pour renforcer le programme national de lutte contre le Sida du ministère de la santé, un comité national de Lutte contre le Sida a été mis en place en 2001. Ce comité a élaboré un plan cadre stratégique de lutte pour les années 2002 à 2005. Pour contribuer à mettre en œuvre ce plan, la République Centrafricaine (RCA) a sollicité et a obtenu des ressources additionnelles auprès du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme à travers la soumission au Round 2 dont le budget s'élève à 24.904.652 USD. Le Programme des Nations Unie pour le Développement (PNUD) a été désigné par le Comité de Coordination Multisectorielle (CCM) de la RCA comme Principal Récipiendaire de cette subvention. Le programme dénommé « Renforcement de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH a duré cinq (5) ans, du 1er Octobre 2003 au 30 Septembre 2008. La clôture effective a eu lieu le 31 Janvier 2009 suite à une prolongation de 04 mois de la mise en œuvre.

Le but recherché à travers ce programme était de réduire de 20% les taux de morbidité et de mortalité liés au VIH dans les 16 districts sanitaires du pays ainsi que dans la ville de Bangui.

Conformément aux règles et procédures du PNUD et aux directives du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, il a été décidé de procéder à l'évaluation finale du programme. L'objectif général de la mission est d'évaluer la mise en œuvre du programme et de tirer les leçons apprises pour la consolidation des acquis du programme et l'exécution de futurs programmes.

La méthodologie utilisée est basée sur la revue documentaire, des entretiens avec les parties prenantes et des visites de terrain.

Les résultats de l'évaluation se résument de la manière suivante :

A propos du document de soumission au 2ème Round du Fonds Mondial

Le document est bien élaboré dans son ensemble et suit une logique d'intervention. Cependant, quelques problèmes se posent dans la formulation de quelques objectifs et de quelques indicateurs de performance, c'est le cas des objectifs spécifiques 1 et 3.

A propos de l'objectif visant à créer des centres de dépistage volontaire (CDV) dans chaque chef lieu des 16 Préfectures Sanitaires du Pays.

Les 16 CDV construits ont couvert 14 districts et la ville de Bangui, les districts de la Lobaye et de l'Ombella M'Poko n'ayant pas été dotés de cette structure. On a noté avec satisfaction l'adhésion de la population au dépistage à travers le dépassement de l'objectif fixé par le programme qui était de 106 000 personnes à dépister en cinq ans.

Il faut souligner cependant que ce résultat a été atteint quasiment avec les huit CDV opérationnels en 2ème année, les huit autres n'ayant ouvert leurs portes qu'à quatre trimestres de la clôture du programme. ***Concernant l'objectif visant à développer des activités de***

Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'Enfant, l'objectif en termes de femmes enceintes séropositives à dépister a été atteint en valeur absolue mais la couverture de celles-ci en prophylaxie ARV n'a pas été atteint (46% vs 75 % prévus).

-Quant à l'objectif qui visait à assurer la prévention et le traitement correct des infections opportunistes dans les Formations Sanitaires (FOSA) autour des centres de dépistage et de prise en charge , l'objectif a été atteint à 109,98% pour la prophylaxie soit: 20 350 vs 18 502 prévues, et le traitement adéquat, le niveau de réalisation était à 90,27% soit 16 702 personnes qui ont reçu un traitement adéquat des IO vs 18 502 prévues.

-A propos de la prise en charge par les antirétroviraux (ARV), l'objectif a été largement dépassé (11 864 vs 7500 prévus), ce qui est du à la baisse du coût des ARV, dans un premier temps et de leur gratuité à partir de la 3ème année du programme. Ce résultat a été un motif de satisfaction de toutes les parties prenantes, surtout des patients.

-L'objectif visant à développer un partenariat actif avec au moins 5 ONG autour des CDV n'a pas été atteint. Les contrats signés avec celles-ci lors de la première année du programme n'auraient pas été renouvelés à cause des insuffisances constatées dans la gestion des fonds mises à leur disposition.

De façon générale, ce programme qui était le premier, financé par le Fonds Mondial, a été bien exécuté dans son ensemble et les différents résultats enregistrés constituent des motifs de satisfaction pour l'ensemble des acteurs. Cependant, quelques goulots d'étranglements observés ont motivé la formulation de recommandations à l'endroit du Fonds Mondial, du CCM, du Principal Récipiendaire, des Sous - Récipiendaires et des acteurs de terrain en vue de capitaliser les acquis et d'améliorer le processus de mise en œuvre des futurs programmes.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La République Centrafricaine (RCA) est un pays totalement enclavé avec une superficie de 623.000 km². Elle est située au cœur du continent africain, limitée au Sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo, à l'Est par la République du Soudan, au Nord par la République du Tchad et à l'Ouest par la République du Cameroun [14].

La population de la RCA est estimée à 4 304 368 habitants en 2008 selon les projections du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2003. Cette population est composée de 50,2% de femmes et 49, 8% d'hommes et correspond à une densité moyenne de 6,5 habitants par Km^2. La répartition de la population par âge montre que les jeunes de moins de 25 ans constituent 63,9%.

Depuis plus d'une dizaine d'années, le pays est confronté à une certaine instabilité induite par des événements politico-militaires répétés qui ont détérioré les conditions de vie de la population. Cette situation amplifie la pauvreté et rend l'accès de la majorité de la population difficile aux services sociaux de base [14].

Malgré la richesse de ses ressources naturelles, la RCA est l'un des pays les moins avancés au monde. Avec un Indicateur de Développement Humain (IDH) de 0,355, elle est classée en 2005 au 171ème rang parmi 177 pays (PNUD, 2005). L'incidence de la pauvreté est passée de 62% en 1994 à 71% en 2003. En plus, une forte proportion (56%) de la population n'arrive pas à satisfaire les besoins alimentaires de base. Ces tendances vont dans le sens opposé à celui souhaité pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement dont le but est de réduire de moitié la proportion des pauvres à l'horizon 2015 [14].

Sur les 4.304.368 habitants que compte le pays, 67 % vivent avec moins d'un dollar par jour. Cette pauvreté compromet de façon durable l'accès d'une plus grande proportion de la population aux soins de santé. Le problème d'accessibilité aux services de soins se pose aussi en termes de mauvaise répartition des infrastructures et d'insuffisance des ressources. Même là où les infrastructures existent, le coût des soins médicaux rend leur accès prohibitif eu égard au faible pouvoir d'achat des ménages notamment en milieu rural.
Dans le domaine de l'éducation, la couverture est insuffisante sur l'ensemble du territoire national. L'analphabétisme touche plus de la moitié des centrafricains. En effet le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans et plus est de 48,2% pour les hommes contre 27% pour les femmes [14].

Comme la plupart des pays de l'Afrique au Sud du Sahara, la RCA paie un lourd tribut à l'infection à VIH. Depuis l'annonce officielle des premiers cas de SIDA en 1984, l'épidémie n'a cessé de croître ; de 2% en 1984, la prévalence est passée progressivement à 4% en 1986 et à 8% en 1988 selon des enquêtes randomisées réalisées dans la ville de Bangui [11].
Depuis 1994, la méthode de collecte des données sur le SIDA est dominée par la technique de surveillance par site sentinelle [11].

La cartographie de la prévalence du VIH/SIDA réalisée par le ST/CNLS avec l'appui technique de l'Institut Pasteur en 2002 sur financement de la Banque Mondiale, a mis en évidence l'ampleur de l'épidémie de l'infection à VIH sur le territoire centrafricain. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à Bangui, la capitale, variait de 7% à 21% d'un arrondissement à un autre avec une médiane de 15%. La province était autant, sinon plus touchée que Bangui, avec des prévalences chez les femmes enceintes s'étendant de 4% à 28% d'un site à un autre. La prévalence médiane nationale était estimée à 13,8% [11].

Le rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale 2004 a indiqué que le nombre d'adultes âgés de 15 à 49 ans vivant avec le VIH était estimé à 240.000 personnes, celui des décès chez les enfants et adultes à 23.000 et le nombre d'orphelins de 0 à 17 ans à 110.000. Selon celui de 2006, la prévalence était estimée à 10,7% chez les adultes de 15 – 49 ans [15].
L'enquête à indicateurs multiples en grappe (MICS 3) réalisé en population générale en 2006 indiquait une prévalence de 6,2%.
Le SIDA est aujourd'hui l'une des principales causes de mortalité et de morbidité chez l'adulte centrafricain.

C'est dans ce contexte que la République Centrafricaine a soumis une requête et obtenu du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, une subvention d'un montant de vingt quatre million neuf cent quatre mille six cent cinquante deux dollars US (24.904.652 USD) pour mettre en œuvre un programme visant au « Renforcement de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ». La mise en œuvre de ce programme a été confiée au PNUD en tant que Principal Récipiendaire a couvert la période du 1er Octobre 2003 au 31 Janvier 2009 [2].
Conformément aux règles de procédure de programmation du PNUD et aux directives du Fonds Mondial de lutte contre Sida, la Tuberculose et le Paludisme, il est envisagé de procéder à l'évaluation finale du programme dans le cadre de sa clôture. C'est dans cette optique que se justifie la présente consultation.

II. DESCRIPTION DU PROJET « Renforcement de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) » CAF-202- G01-H00.

2.1. But et Objectifs du programme « Renforcement de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) »

La soumission au Round 2 s'est inspirée du plan cadre stratégique de la RCA d'Avril 2002 qui donne les grandes orientations pour les interventions dans la lutte contre le Sida dans le pays. Ce plan dans les domaines longitudinaux a retenu entre autres les axes stratégiques suivants [11] :

- Amélioration de l'accessibilité des populations au dépistage ;
- Réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Renforcement de la prise en charge médicale ;
- Réduction des coûts du traitement des PVVIH (enfants et adultes) ;
- Accès aux antirétroviraux.

C'est dans cette logique que la soumission s'est fixé le but et les objectifs suivants :

But : Réduire de 20% les taux de morbidité et de mortalité liés au VIH dans les 16 districts sanitaires du pays ainsi que dans la ville de Bangui [2].

Objectifs Spécifiques : Pour atteindre ce but le programme devait contribuer à l'atteinte des objectifs spécifiques suivants [2] :

- Créer au moins un centre de dépistage volontaire dans chaque chef-lieu de préfecture ;
- Développer les activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans 36 maternités autour des centres de dépistage d'ici 2008 ;
- Assurer la prévention et le traitement correct des infections opportunistes (I.O) dans les formations sanitaires (FOSA) autour des centres de dépistage volontaires ;

- Assurer l'accès aux traitements antirétroviraux à au moins 7500 PVVIH ;
- Développer un partenariat actif avec au moins cinq (05) ONG/OAC autour des centres de dépistage et de prise en charge.

Le coût global de cette subvention est de 24.904.652 USD, le Programme des Nations Unies pour le Développement(PNUD) a été désigné par le Comité de Coordination Multisectorielle (CCM) de la RCA comme Principal Récipiendaire (PR) pour gérer cette subvention. La mise en œuvre du programme qui a commencé en Octobre 2003 pour une durée de 5 ans s'est déroulée en deux phases de 2 ans (2004 et 2005) et de 3 ans (2006, 2007 et 2008). Au 30 Septembre 2008, date prévue pour la clôture du programme, celui-ci accusait un certain retard lié à l'instabilité induite par les événements politico-militaires répétés dans le pays. Aussi, suite à une demande du CCM, le Fonds Mondial a accordé une prolongation de quatre mois couvrant la période du 1er Octobre 2008 au 31 Janvier 2009. Cette prolongation visait à finaliser les activités en cours et à consolider les acquis du programme.

2.2. Cadre institutionnel et fonctionnement du programme VIH round 2 Round 2

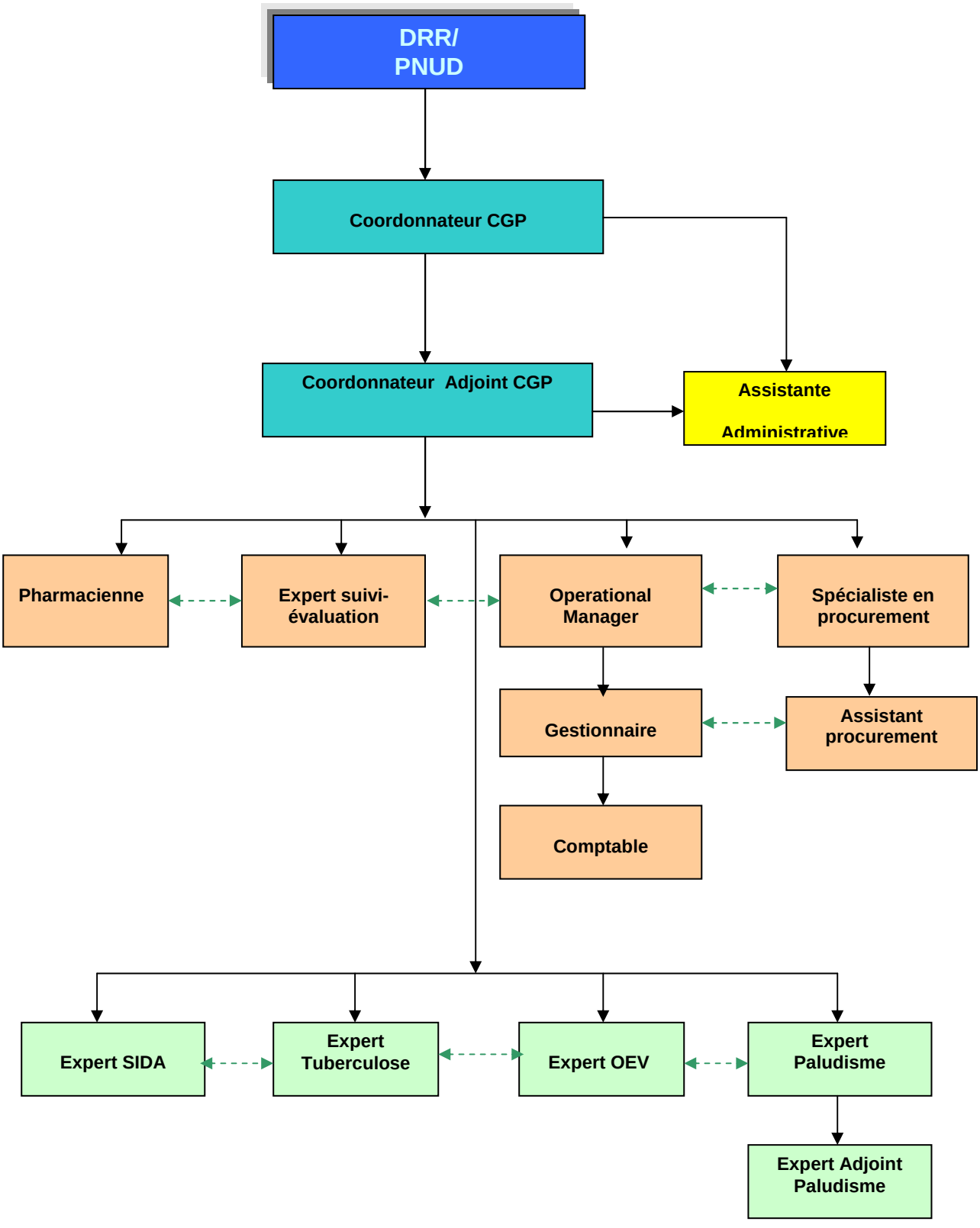
Le cadre institutionnel pour la gestion du programme VIH Round 2 est constitué par :

- le CCM /STP (Comité de Coordination Multisectorielle de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme) mis en place par l'arrêté N° 030.02 du 21 Août 2002 du Premier Ministre, est l'instance de coordination nationale des programmes financés par le Fonds Mondial. Il est composé des représentants des couches socioprofessionnelles de la RCA et selon un quota fixé par le Fonds Mondial ;
- le PNUD qui est le Principal Récipiendaire avec son organisation interne;
- les Sous récipiendaires qui sont des structures spécifiques pouvant fournir une certaine expertise dans leur domaine. Dans ce cadre, le Principal Récipiendaire a signé :
  - ✓ Des lettres d'accord avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population pour le compte de deux institutions à savoir :

  - La Direction Générale de la Population, de la lutte contre les IST, le Sida et la Tuberculose pour la réalisation des formations, des études, des activités d'appui aux formations sanitaires, etc.
  - L'Unité de Cession du Médicament (UCM), pour l'appui à l'achat des biens et produits, la gestion des stocks, l'appui à la livraison, à la supervision et à la gestion des centres périphériques et enfin à l'administration du projet.
  - ✓ Des contrats de prestations de services pour l'exécution des activités planifiées (laboratoires, associations etc). On retiendra entre autres les contrats passés avec le Laboratoire National de biologie clinique et de santé Publique, l'Institut Pasteur, l'hôpital Communautaire et le Diocèse de Bouar pour la réalisation des examens de suivi des patients infectés par le VIH.

  L'organigramme pour la gestion du programme VIH Round 2 se présente donc comme suit :

Figure 1 : Organigramme du programme VIH round 2



En 2004, la CGP gérait un seul programme qui était celui du VIH/Sida. De 2006 à 2008, elle a eu à gérer trois programmes supplémentaires comme l'indique la figure ci-dessus. Pour ce, la capacité managériale de la cellule a été renforcée par le recrutement d'un coordonnateur international, d'une pharmacienne, d'un opérational manager et d'un spécialiste procurement.

III. PROCESSUS DE L'EVALUATION

3.1. Objectifs de l'évaluation

Conformément aux termes de référence de l'évaluation, les objectifs qui lui sont assignés sont :

Objectif général :

Evaluer la mise en œuvre du programme et tirer les leçons apprises pour la consolidation des acquis du programme, la conception et l'exécution de futurs programmes.

Objectifs spécifiques :

a) Analyser les objectifs du programme en relation avec les moyens disponibles chez les exécutants,
b) Analyser les résultats obtenus,
c) Identifier les principaux goulots d'étranglement et les incohérences dans :

   - La formulation des propositions (phases 1 et 2),
   - La capacité de mise en œuvre et les besoins de développement de capacités,
   - Les capacités effectivement créées,
   - Les modalités d'exécution du programme avec les sous récipiendaires,
   - L'implication des niveaux périphériques de la pyramide sanitaire,
   - Le rapportage,
   - Les structures de supervision (internes au SR, au PR et au CCM),
   - Le rôle des partenaires locaux.

d) Formuler des recommandations susceptibles d'aider à la conception et à l'exécution de futurs programmes.

3.2. Résultats attendus de l'évaluation

Ils portent sur les points suivants :

- Les résultats obtenus dans le cadre de performance du projet sont analysés ;
- Les capacités créées au niveau national sont évaluées ;
- Le niveau d'implication des niveaux périphériques de la pyramide sanitaire dans la mise en œuvre est mesuré ;
- Le rôle joué par les partenaires locaux est apprécié
- Les goulots d'étranglement et les incohérences dans la mise en œuvre du programme sont identifiés et analysés.
- Les leçons apprises (bonnes ou mauvaises) sont déclinées.

3.3. Méthodologie de l'évaluation

La présente évaluation est intervenue plus de dix huit mois après la clôture du programme.
Il s'agissait donc d'une évaluation rétrospective qui a couvert la période de mise en œuvre du programme allant du 1er Novembre 2003 au 31 Janvier 2009.
Il a été accordé à ce travail une durée de trente (30) jours y compris les jours fériés, du 02 Août au 01 Septembre 2010.

L'évaluation s'est basée sur une revue documentaire qui a concerné aussi bien la littérature générale sur la prise en charge globale des PVVIH, l'évaluation des programmes de lutte contre le Sida, le document de soumission du Round 2 ainsi que les différents documents en rapport avec la mise en œuvre du programme.
Les données ont été collectées à l'aide de guides d'entretien adaptés aux différentes parties prenantes à divers niveaux. Il s'agissait des supports de collecte des données adressés au Principal Récipiendaire du Round 2, aux sous récipiendaires, aux gestionnaires de programmes, aux acteurs du niveau opérationnel et aux bénéficiaires.
Des visites de terrain ont permis de recueillir des données pratiques au niveau opérationnel. A cet effet, les Hôpitaux Préfectoraux de Sibut et de Mbaïki ont été visités ainsi que les deux CDV de la ville de Bangui, de même que le service de prise en charge des PVVIH de CARITAS Bangui.

L'analyse des données, comme prévu dans les termes de référence, a surtout porté respectivement sur :

- Le document de la proposition du Round 2 ;
- Les résultats programmatiques obtenus ;
- L'effet du programme sur la prise en charge globale des PVVIH ;
- Les goulots d'étranglement et les incohérences dans la mise en œuvre du programme ;
- Le développement des capacités nationales ;
- Le rôle joué par les partenaires locaux.

3.4. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées sont dans la plupart des cas liées au caractère rétrospectif de l'évaluation.

- Il ressort de la multitude de documents consultés que la soumission était prévue pour couvrir la période du 1er Octobre 2003 au 30 Septembre 2008.Cependant l'accord a été signé le 15 Août 2003 et le démarrage effectif est intervenu le 1er Novembre 2003.
- S'agissant de la consultation des parties prenantes, les principaux acteurs de la cellule de gestion du programme (CGP) qui ont coordonné la quasi-totalité des activités du programme de Novembre 2003 au 31 Janvier 2009 ne sont plus au programme. Nous n'avons pas pu les rencontrer tous afin de recueillir des éléments d'analyse des résultats programmatiques du fait de leur calendrier. D'autres parties prenantes n'étaient pas disponibles également du fait de leur agenda surchargé. Notons enfin que la période de l'évaluation a coïncidé avec la rédaction de la soumission du Roud10 au Fonds mondial, activité qui a mobilisé la plupart des chefs de programmes de la lutte contre le Sida du Ministère de la Santé Publique et des cadres du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS).

- Quant aux rapports trimestriels techniques et financiers, nous n'avons pu en exploiter que 16 sur 21 parce que certains n'ont pas été élaborés (rapports des trimestres 1 ; 2 ; 3 ; 4 et 10). Concernant les visites de terrain, le temps imparti pour l'évaluation ne nous a permis que de nous rendre dans deux sites du niveau opérationnel. Là également, certains principaux acteurs n'étaient pas à ces postes lors de la mise en œuvre du programme VIH Round 2.

IV. RESULTATS

4.1. Analyse du document de soumission du programme

Si la RCA a obtenu le financement du round 2, c'est parce que cette soumission remplissait les conditions exigées par le fonds mondial. Après lecture de ladite soumission, on peut émettre quelques observations d'ordre général dont la prise en compte pourrait contribuer à améliorer les prochaines soumissions de la RCA :

- Le but de la soumission a été fixé sur la base des données de deux structures hospitalières de Bangui qui ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble du pays. Aussi, l'évaluation du niveau d'atteinte d'un tel but au niveau national sera inadéquate dans la mesure où les données de base ne reflètent pas la situation nationale.

-La formulation de certains indicateurs pose des problèmes d'évaluation. Exemple : créer des CDV, est – ce construire, réhabiliter, équiper, une partie de tout cela ou tout cela ?
-Les indicateurs ont été fixés sans la maîtrise des statistiques sur l'infection à VIH en RCA. Ce qui s'est traduit par la fixation des cibles peu réalistes ou peu ambitieux. Exemples : le nombre de PVVS à mettre sous ARV, le nombre de patients traités pour I.O etc…

4.2. Phases du déroulement du Round 2 (Grant agreement CAF- 202- G01-H-00)

La mise en œuvre du round 2 s'est faite en deux phases :

- Phase 1 : 1er Novembre 2003 au 30 Octobre 2005 pour un montant 8 198 921 USD.
- Phase 2 : 1er Novembre 2005 au 31 Janvier 2009 pour un montant de 14 857 771 USD.

A la fin de la première phase, les deux parties (Fonds Mondial et le Principal Récipiendaire), ont convenu d'amender le Grant dans son chapitre décaissement en ces termes : « de temps en temps, le fonds mondial donnera au Principal Récipiendaire, à travers une lettre de mise en œuvre, des indications sur les conditions, formes et contenues acceptables de demande de décaissement ». Ceci expliquerait certainement qu'il n'y ait pas eu de Grant en bonne et due forme pour la phase 2 du programme. Les plans annuels de travail seuls ont probablement servi donc de base pour les décaissements durant la phase 2.
La mise en œuvre du programme VIH round 2 a été de l'avis des acteurs de terrain rencontrés un succès, comme il est ressorti par exemple dans la déclaration suivante « *avec le PNUD il n'y avait pas de problème, on avait tout ce qu'il fallait pour travailler, on était approvisionné à temps* ». La Cellule de Gestion du Programme (CGP) a pris les dispositions pour les acquisitions relevant de son ressort afin d'améliorer les conditions de travail des acteurs et d'éviter les ruptures en médicaments, réactifs et autres consommables. Dans ce cadre, on peut citer par exemple les acquisitions suivantes :

- Pour les CDV :

-La construction des bâtiments.
-L'équipement en matériel audiovisuel complet (groupe électrogène, lecteur DVD, Magnétoscope, TV, sono etc) destiné aux activités de sensibilisation.
-Le véhicule 4x4 pour les activités de sensibilisation en stratégie avancée de dépistage et également pour les références et contre références des échantillons sanguins pour analyse à l'institut Pasteur ou au laboratoire national.
- La formation des staffs des CDV en IEC et counseling.

- Pour les centres de traitement par les ARV et la prise en charge des IO :

- La dotation en compteur CD4 et appareils de biochimie de certains sites à Bangui et au niveau des hôpitaux régionaux.
-La formation du personnel socio-sanitaire en prescription et dispensation des ARV et des médicaments de prise en charge des IO.

- Pour la PTME

-La création des sites PTPE
-La formation du personnel socio sanitaire

- L'appui à l'UCM bien qu'en fin de programme a permis de doter cette structure en deux gros camions de distributions de médicaments et autres intrants, un véhicule 4X4 de supervision, quatre Motos, en matériel informatique et d'autres gros investissements dans le domaine des réhabilitations des infrastructures.

- La DGPLISTST a bénéficié de trois véhicules 4X4 destinés à la supervision et d'un appui pour le fonctionnement (carburant, bureautique etc.….).

- Le RECAPEV a été doté en un véhicule 4X4 lui permettant ainsi une grande marge de manœuvre dans la mise en œuvre de ses activités) ; il a également bénéficié d'outils informatiques, d'un appui pour son fonctionnement (carburant, bureautique etc….). Ainsi que le renforcement des capacités de certains membres de la coordination.
- Citons également le renforcement des capacités de certaines ONG / OAC et leur financement au début du programme.

Cependant il convient de souligner quelques goulots d'étranglement qui ont émaillé le déroulement du programme.

La mise en œuvre du programme a connu beaucoup de retard dans l'ensemble. Cependant malgré les difficultés rencontrées, l'ensemble des acteurs reconnaissent qu'elle a été formatrice. Des constats, on peut par exemple noter qu'après les deux premières années, les activités ont repris pratiquement lors de la dernière année. Cette situation serait liée surtout à la non maîtrise des conditions de travail ni du Fonds Mondial par le PNUD, ni du PNUD par les bénéficiaires secondaires et encore moins du Fonds Mondial par les Sous Récipiendaires; comme l'ont reconnu certains acteurs, « *c'était un apprentissage pour nous tous* ». Notons également qu'une structure nationale n'a pas été désignée comme PR pour la mise en œuvre de la deuxième phase comme planifié dans les termes de l'accord de subvention. En effet, dans les clauses de la subvention de la phase une, il est prévu au chapitre D de l'annexe A que : « Dans les dix-huit premiers mois du programme, le principal récipiendaire devra, à moins que le fonds global et le principal récipiendaire puissent autrement convenir dans

l'écriture, fournir au fonds global, dans la forme et la substance satisfaisantes au fonds global, témoigner qu'un établissement local qui assumera par la suite le rôle du destinataire principal a été identifié et un plan pour établir la capacité de cette entité a été développé ». Cette clause n'a pas été respectée dans la mesure où le CCM n'a pas identifié une structure nationale pour assurer le relais. Aussi, le PNUD a assumé le rôle de principal récipiendaire dans les deux phases.

Par ailleurs, Il est important de noter que pendant l'exécution du programme VIH Round 2, le problème de maintenance surtout pour le matériel informatique s'est posé avec une certaine acuité et n'a pas connu de solution avant la clôture du programme.

4.3. Les résultats par objectif

4.3.1. Le Conseil Dépistage Volontaire

La connaissance du statut sérologique constitue la première étape pour une prise en charge d'une PVVIH, c'est pourquoi le conseil dépistage volontaire a toujours été reconnu comme la porte d'entrée principale dans cette prise en charge. Aussi, la requête étant faite pour mettre en œuvre les orientations nationales transcrites dans le plan stratégique, il était normal que le CDV soit pris en compte. Pour mettre l'accent sur la nécessité d'une certaine décentralisation de l'activité, l'objectif de la requête dans ce domaine était de ***« Créer au moins un centre de dépistage volontaire dans chaque chef lieu de préfecture. »***
Les tableaux ci-dessous résument les résultats obtenus dans la logique d'intervention du programme.

a) Les produits du processus

a- 1. La création des CDV

Tableau 1 : Répartition des CDV créés par chef lieu de préfecture sanitaire

Chef lieu de Préfecture Sanitaire	Nombre de CDV crée	Observation
Bimbo	0	
Mbaïki	0	
Nola	1	
Berbérati	1	
Bouar	1	
Bossangoa	1	
Bozoum	1	
Sibut	1	
Kaga-Bandoro	1	
Bambari	1	
Bria	1	
Ndélé	1	
Birao	1	
Mobaye	1	
Bangassou	1	
Obo	1	
Total	14	

Le tableau ci-dessus montre que les chefs lieux de Préfectures sanitaires de la Lobaye et de l'Ombella-M'Poko n'ont pas été dotés de CDV par le programme. Cependant deux CDV ont été construits dans la ville de Bangui respectivement dans les circonscriptions sanitaires du 3ème et du 7ème arrondissement au lieu de Bimbo. Cela, très probablement en vue d'une part, de faciliter leur accès par les populations de ladite préfecture et de permettre une plus grande fréquentation et d'autre part d'éviter une duplication avec l'unité de dépistage planifiée pour être construite sur financement de l'Union Européenne dans le chef lieu de la Lobaye.

Notons également que l'opérationnalisation des 8 derniers CDV prévus pour la deuxième année du programme a connu un retard comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Répartition des CDV selon l'année de mise en service.

Désignation		**Année de mise en service**	**Programmation**
CDV.CR de Bangui	Groupe1	2005	2004
CDV de Ouango Bangui		2005	2004
CDV Bouar		2005	2004
CDV Bossangoa		2005	2004
CDV Bambari		2005	2004
CDV Bria		2005	2004
CDV Mobaye		2005	2004
CDV Bangassou		2005	2004
	Groupe2		
CDV de Nola		2008	2005
CDV de Berbérati		2008	2005
CDV de Bozoum		2008	2005
CDV de Sibut		2008	2005
CDV de Kaga-Bandoro		2008	2005
CDV de Ndélé		2008	2005
CDV de Birao		2008	2005
CDV d'Obo		2008	2005

Les bâtiments de ces CDV étaient construits et prêts à l'ouverture depuis l'année 2006.
Le retard accusé dans leur opérationnalisation était du au long processus de recrutement et de formation des staffs devant y travailler. Cette tâche s'est faite de concert avec la DGPLISTST du Ministère de la Santé Publique, de la Population et de lutte contre le Sida avec laquelle le PR a convenu dans une lettre d'accord la délégation de certaines tâches.

Cette situation pourrait se répercuter sur la couverture de l'offre de service de dépistage ainsi que sur celles des soins prévues autour desdits centres dans le cadre de la PTPE, de la prise en charge des I.O et de la thérapie antirétrovirale.

a.2) La formation des équipes des CDV en technique de communication

Dans le cadre de la formation et/ ou du renforcement des capacités du personnel des centres de dépistage volontaire en matière d'Information Education et Communication (IEC) et de counselling, il a été prévu de former en fin de programme 80 agents composés des Chefs de centre, des Chargés d'IEC, des Chargés de laboratoire et d'Assistants administratifs. Au total 90 personnes l'ont été dont 26 au cours de la première phase. L'objectif a été atteint et dépassé.

b) Les effets du programme

Le dépistage de l'infection à VIH est une stratégie qui contribue à la prévention primaire et surtout à la prise en charge précoce de la maladie. C'est à ce titre que dans la soumission du Round 2, les CDV étaient considérés comme les structures autour desquelles devraient se mener les activités de prise en charge globale des PVVIH.

La réalisation des activités de dépistage de l'infection à VIH.

Sur le plan stratégique, cet objectif a été atteint, même dépassé. En effet, il était prévu d'ici la fin du programme de dépister 106 000 personnes. Au cours des cinq années de mise en œuvre du programme, 118 939 personnes ont été dépistées (soit un taux de réalisation de 112,2%) selon la progression qui figure dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 3 : Evolution du nombre de personnes dépistées de 2004 à 2008

Année	Prévu	Réalisé	Taux de réalisation
2004	3 800	2 718	71,5 %
2005	19 000	29 502	155, 2 %
2006	24 250	55 240	227,7 %
2007	85 000	79 637	93,6 %
2008	106 000	118 939	112,2 %

Le tableau ci-dessus montre des taux de réalisation très élevé au cours des années 2005 et 2006 alors que seulement huit CDV étaient opérationnels.

Les populations des huit derniers centres rendus opérationnels à partir du trimestre 19 du programme n'ont bénéficié du conseil dépistage que durant 3 trimestres sur les 21 de mise en œuvre du programme dont les raisons ont été évoquées plus haut.
Cette situation a posé certainement un problème en termes de couvertures en offres de services de dépistage dans les préfectures concernées par ce retard et par conséquent aurait également une conséquence dans les couvertures en PTPE, dans la prise en charge des IO et dans la thérapie antirétrovirale dans les mêmes localités. Il serait donc indiqué de mettre un accent sur ces zones dans le processus de décentralisation de la prise en charge des PVVIH en cours.

4.3.2. Prévention de la Transmission Parents Enfant du VIH (PTPE)

Dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH des parents à l'enfant, le programme VIH round 2 a démarré dans un contexte où cette activité n'était mise en œuvre que dans 6 centres dont le personnel était formé. Seulement 31% des femmes dépistées séropositives avaient bénéficié des ARV pour la prophylaxie. Vu l'importance de cette activité telle que prévue dans le plan stratégique 2002, le programme VIH round 2 en a fait un axe stratégique et prévoyait une couverture de 75% des femmes dépistées séropositives à mettre sous AVR prophylactique de la transmission parent enfant et mettre en œuvre la PTPE dans 36 maternités, sans précision de sites, autour des centres de dépistage.

a) Les produits du processus

a-1. Les sites PTPE rendus fonctionnels

Tableau 4 : Répartition des sites PTPE selon la prévision et la réalisation

Nombre de sites prévus	Nombre de sites fonctionnels à la fin du programme	Taux de réalisation
36	69	199%

La PTPE est un programme national en cours avant l'intervention du programme VIH round 2. C'est ainsi que six maternités mettaient en œuvre cette activité au titre de projet pilote. Avec l'appui du Fonds Mondial, l'extension du programme a été rapide, c'est ainsi que 69 maternités ont intégré la PTPE dans leur paquet minimum d'activités à la fin du programme VIH round 2.
Ce programme était appuyé par d'autres partenaires tels que l'UNICEF, le PAM et l'OMS.

a-2. Renforcement des capacités des ressources humaines

L'objectif assigné à ce processus à été atteint. En effet, sur 300 agents prévus pour être formés dans ce cadre, 300 effectivement l'ont effectivement été soit un taux de réalisation de 100% à la fin du programme.

b) Les effets du programme

La prévention de la transmission de l'infection à VIH d'une mère séropositive à son enfant repose sur la prophylaxie par les ARV. Les tableaux ci-dessous montrent les réalisations du programme.

Tableau 5 : Niveau de réalisation du dépistage dans le cadre de la PTPE

Effectif de femmes enceintes dépistées séropositives		**Observation**
Prévision programmatique	Réalisation	
3413	5992	Objectif atteint et dépassé

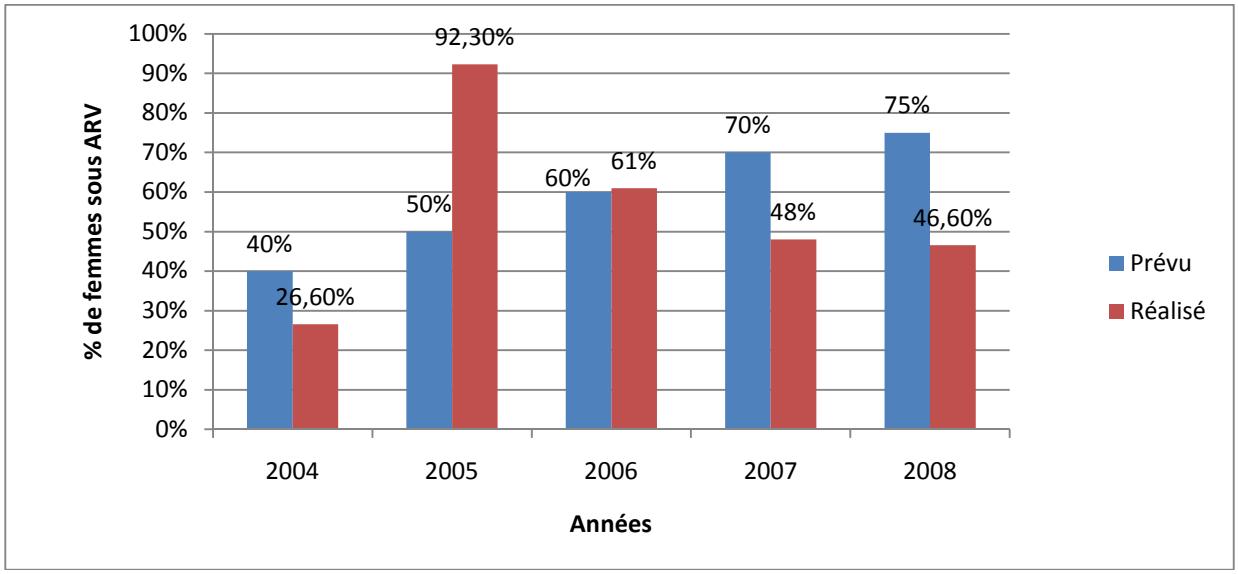
L'objectif en nombre absolu est atteint et dépassé. Cependant la couverture en prophylaxie ARV chez les femmes enceintes dépistées séropositives est inférieure aux prévisions comme l'indique le tableau du rapport final ci-dessous.

Tableau 6: Evolution du nombre de femmes dépistées séropositives et mises sous prophylaxie ARV de 2004 à 2008

Année	Prévu : Nombre de femmes mises sous prophylaxie ARV	Réalisé: Nombre de femmes dépistées séropositives	Réalisé: Nombre de femmes mises sous prophylaxie ARV	Taux de réalisation
2004	206/490	225	129/490	26, 3%
2005	255/490	482	482/490	98, 3%
2006	294/490	755	755/1242	61%
2007	2177/3023	4719	2265/4719	48 %
2008	2560/3283	5992	2796/5992	46,6%

Ce tableau nous indique qu'en fin de programme, seulement 46,6% de femmes dépistées séropositives ont été mises sous prophylaxie ARV contre 75% prévu dans la soumission.

Graphique 2: Evolution de la couverture en PTPE selon l'année.



La faible couverture en prophylaxie ARV chez les femmes enceintes dépistées séropositives en fin de programme, s'expliquerait par l'effectif élevé de perdues de vue entre l'étape de dépistage lors des Consultations Prénatales (CPN) et l'accouchement, toutes les femmes dépistées VIH+ n'accouchent pas dans la période de reportage et enfin certaines femmes HIV+ ne sont pas assistées par le personnel qualifié au moment de leur accouchement. L'absence d'un dispositif pour un meilleur suivi et de sensibilisation de proximité des femmes dépistées séropositives a certainement favorisé ce nombre élevé de perdues de vue.
En outre on ne trouve pas d'explication à l'évolution du taux de femmes sous ARV durant tout le programme. En 2005 on note un taux de réalisation (92,3%) presque le double de la prévision (50%) et qui chute de moitié en 2007. Problèmes de méthode de calcul où de non maintien ni renforcement des acquis des années antérieures ?
Ce phénomène de déperdition aurait pu être réduit si un dispositif de suivi et de sensibilisation de femmes séropositives étaient mises en place à travers les groupes de soutien à l'échelle nationale et si l'implication des ONG et OAC avaient été renforcées.

Enfin dans le cadre de la mise en œuvre de ce programme, deux études avaient été prévues dans le cadre de la PTPE et la situation est la suivante :

- L'étude sur la faisabilité par l'application de schéma court AZT + névirapine mono dose dans deux sites PTME de Bangui. Cette étude n'a pas été réalisée mais il faut signaler que c'est ce protocole qui est en cours en RCA.
- L'étude sur l'impact du programme sur la transmission mère enfant du VIH : le rapport de cette étude stipule que « la mise en œuvre du projet pilote PTPE a abouti à une réduction de l'infection à VIH transmise à l'enfant par le biais de ses parents de 35% à 17% et que cet acquis n'a pu être pérennisé dans la mesure où, en dehors des enfants précocement soumis au test virologique dont le taux d'infection est en moyenne de 10,5%, le taux de transmission est passé durant la période de l'opérationnalisation du programme de 17% à une moyenne annuelle de 29%,s'agissant de tests sérologiques réalisés à partir du 18ème mois de la vie» [16]. Ce résultat montre que la transmission se fait surtout pendant l'allaitement, traduisant ainsi les limites du programme qui n'a pas prévu un approvisionnement en substitut du lait maternel pour les mères HIV positives.

4.3.3. Prévention et Traitement des I.O.

L'infection à VIH diminue l'immunité, ce qui favorise l'apparition des I.O (tuberculose, toxoplasmose etc..) qui sont les causes de décès chez les PVVIH.C'est ainsi que la requête de la RCA au round 2 du Fonds mondial a fait de la prévention et du traitement correct des IO un objectif spécifique, pour compléter la prise en charge des PVVIH.

a) Les produits du processus

Pour atteindre au mieux cet objectif, il est prévu :
D'assurer de façon progressive la prévention et le traitement des IO par l'administration de Cotrimoxazole aux PVVIH cliniquement et biologiquement éligibles. Cette prévention devait concerner à la fin du programme 90% des patients, tandis que le traitement correct devait bénéficier à 80% comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Prévisions annuelles de la prévention et du traitement correct des IO

Indicateur de Résultat / Couverture	Base	Objectifs par an				
	An 0 = 2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pourcentage de patients séropositifs et éligibles sur le plan biologique ou clinique vus dans les structures sanitaires ciblées et mis sous prophylaxie au cotrimoxazole (données hospitalières)	72%	75%	85%	90%	90%	90%
Pourcentage de patients séropositifs vus dans les centres de soins ciblés, présentant une infection opportuniste et ayant reçu un traitement adéquat conformément aux algorithmes adoptés au niveau national	65%	70%	75%	80%	80%	80%

On note que la soumission prévoit atteindre son objectif dès l'an 3 du programme et le maintenir, face aux réalités du pays.
En plus il est prévu la formation/recyclage dans ce domaine de 500 personnels socio-sanitaires des FOSA autour des centres de dépistage à la prise en charge des IO et de réaliser à l'an 2 une étude sur les étiologies des Infections Opportunistes (IO) en RCA (méningite tuberculeuse et encéphalite herpétique, etc…).

b) Les effets du programme

Dans la mise en œuvre, les résultats en fin de programme se présentent ainsi qu'il suit :

- Personnes sous prophylaxie au cotrimoxazole: 20.350 vs 18.502 prévues, soit un taux de réalisation de 109, 98%.
- Personnes ayant reçu un traitement adéquat des IO : 16.702 vs 18.502 soit un taux de réalisation de 90,27%. Ici, l'indicateur a été calculé par rapport aux nombres de cas d'IO traités.

Dans le domaine de la formation, 599 agents formés en PEC des IO sur 600 prévus. Quant à l'étude sur les étiologies des I.O en RCA, elle n'a pas été réalisée par ce que le programme a privilégié les études en rapport avec les indicateurs d'impact.

Un des indicateurs de l'objectif sur la prévention et traitement correct des IO est formulé de la façon suivante : Pourcentage de patients séropositifs vus dans les centres de soins ciblés, présentant une infection opportuniste et ayant reçu un traitement adéquat conformément aux algorithmes adoptés au niveau national [2]. A la lecture de l'objectif et de cet indicateur, on s'attendrait à trouver quelque part des normes. Selon les informations recueillies à différents niveaux il semblerait que ces normes n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de la proposition du round 2. A quoi devrait- on se référer pour apprécier la prévention et traitement des IO? A défaut des données nationales de référence, les acteurs devraient se baser sur les données internationales de l'OMS.
L'autre indicateur évoque des patients séropositifs éligibles sur le plan biologique et clinique, alors qu'il n'y avait pas de directives nationales en ce temps. Il n'a pas été prévu dans la soumission l'élaboration d'un document national de normes et protocoles pour la prévention et le traitement des IO mais ce document n'a pas été élaboré ; d'où les insuffisances constatées dans le suivi des patients

4.3.4. La thérapie antirétrovirale

Dans le domaine du traitement par les Antirétroviraux (ARV), il faut dire qu'en attendant un traitement radical de l'infection à VIH, ces médicaments restent la seule alternative qui permet de faire de l'infection à VIH une maladie chronique avec laquelle on peut vivre aujourd'hui.

a) Les produits du processus

Avant l'appui du Fonds Mondial la RCA on comptait à 200 PVVIH sous ARV dans une seule formation sanitaire dont les données semblaient plus fiables. Ainsi, sur cette base, le programme s'est fixé des objectifs annuels qui se présentent ainsi qu'il suit.

Tableau 8 : Prévisions annuelles de la TARV

Indicateurs de résultats/couverture	**Base**	**Objectif chiffré par an**				
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de personnes vivant avec le VIH éligibles suivis dans les sites agrées et mis sous traitement aux ARV conformément aux recommandations nationales.	200	700	1400	2800	4200	5000

Avec un objectif initial de 5 000 personnes à mettre sous TARV à la fin du programme, cet objectif a été revu à la hausse (7 500) et pour des raisons dont certaines seraient liées à la réduction des coûts des ARV à l'échelle internationale, ce qui permet d'obtenir plus d'ARV avec le même montant prévu ; à la gratuité des soins et des examens de suivi ; à l'augmentation rapide du nombre de PVVIH nécessitant un TARV du fait du développement des activités de CDV à travers le pays et enfin l'atteinte de l'objectif dès la fin de l'an 4.

Pour garantir la bonne mise en œuvre de la prise en charge par les ARV, une série de renforcement des capacités par la formation du personnel a été prévue sur plusieurs thèmes divers. Il s'agit de :

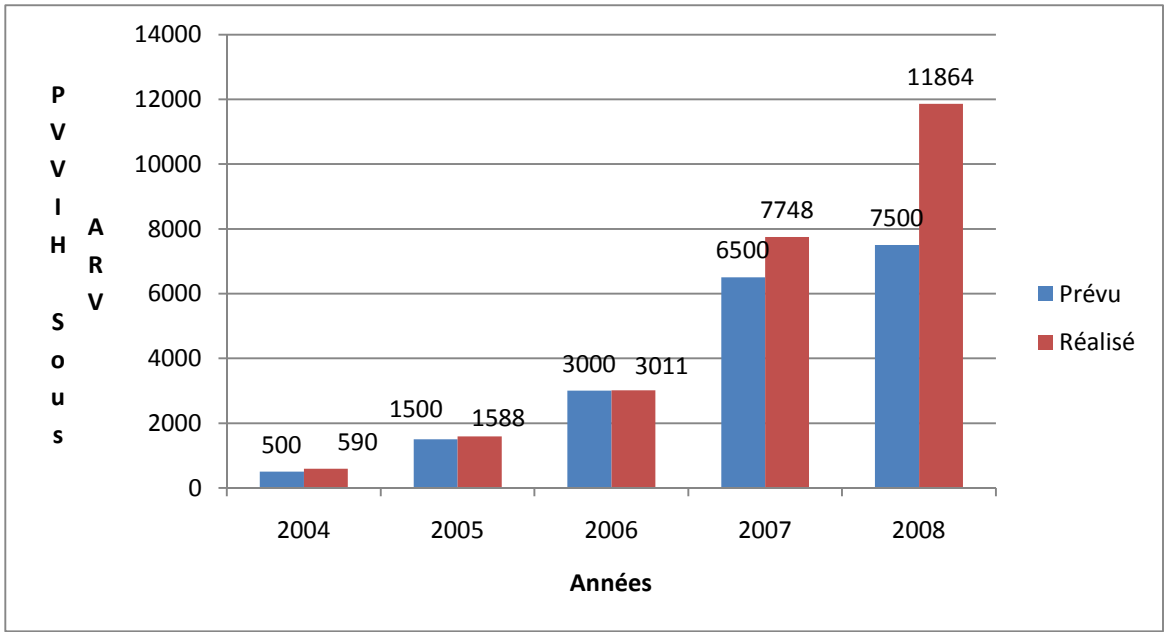
- Former 15 staffs (3 agents de santé par centre de province équipé par les appareils CD4, de biochimie et d'hématologie) sur l'utilisation des appareils d'hématologie et de biochimie
- Former 50 médecins et pharmaciens pour la prescription et la dispensation des ARV
- Former / recycler 50 personnels socio-sanitaires sur les algorithmes de prise en charge par les ARV et sur les IO
- Former 200 agents de santé sur les outils de collecte des données

Une étude sur le suivi de l'observance, des effets secondaires et de la résistance a été programmée**.**

b) Les effets du programme.

La création des 16 centres de dépistage volontaire et leur opérationnalisation effective a contribué à dépister un nombre important de PVVIH, et à augmenter le nombre de sites de prise en charge par les ARV. De même le renforcement du plateau technique par la dotation des structures en appareil pour le comptage des CD4, de numération, de biochimie et leur approvisionnement régulier en intrants et le renforcement des capacités du personnel des formations sanitaires préfectorales par les recrutements et les formations des personnels socio sanitaires et enfin la mise à disposition des ARV ont permis une certaine décentralisation de la prise en charge par les ARV. Ce qui a favorisé sans nul doute l'atteinte de l'objectif du programme dès l'an 4 comme le montre le graphique suivant.

Graphique 3 : Evolution de l'effectif des PVVIH mises sous ARV au cours de la mise en œuvre du programme.



Pour une meilleure prise en charge par les ARV, la question du suivi biologique des patients n'a pas échappé à l'équipe du projet. Ainsi, des contrats de prestation de services ont été signés avec le Laboratoire National de biologie clinique et de santé publique, l'Institut Pasteur, l'Hôpital Communautaire de même que le Diocèse de Bouar. Ces institutions avaient la responsabilité d'effectuer gratuitement une série d'examens de suivi biologique des patients et selon une périodicité fixée de façon consensuelle au niveau national. Ces contrats ont été respectés durant la mise en œuvre du programme.

Il faut cependant signaler que si en plus, l'Institut Pasteur était membre du CCM, tel n'était pas le cas pour le Laboratoire National qui est resté prestataire de service. En principe l'Institut Pasteur qui est un Sous Récipiendaire, ne devrait pas être membre du CCM en raison des risques de conflits d'intérêt. Le paiement des prestations s'effectuait par mois sur la base des factures présentées par le laboratoire. Dans ce domaine, le rapport final du programme VIH round 2 fait état de 18 502 PVVIH dont les examens biologiques ont été entièrement pris en charge par le Fonds Mondial pour une prévision de 11 250.

Pour l'approvisionnement en ARV, en médicaments pour les IO et autres consommables, la mise en œuvre s'est heurtée à quelques difficultés. En effet, débutée au niveau de la cellule de gestion du programme, la gestion de ces produits s'est avérée trop lourde pour le comité. C'est ainsi qu'une lettre d'accord entre le PNUD et le Ministère de la santé Publique et de la population pour le compte de l'Unité de Cession des Médicaments a été signée le 17 Septembre 2007. Cette lettre fixe les missions de l'UCM dans les domaines suivants :

- Approvisionnement : La commande aux fournisseurs est assurée par le PNUD ;
- Distribution ;
- Suivi / évaluation ;
- Gestion administrative et de la logistique ;
- Gestion financière.

Le montant global de ce projet est de **trois cent trente un millions trois cent trente huit mille cent cinquante neuf Francs CFA (331.338.159 CFA).**

De façon générale on peut dire que la mise en œuvre de cette lettre d'accord a permis aux structures de disposer de médicaments pour les IO, d'ARV, de consommables et de réactifs de façon permanente et sans rupture. Le système de commande fractionné et modulable mis en place par le PR a contribué à améliorer la disponibilité des médicaments. Mais des difficultés ont émaillé l'exécution de cette lettre d'accord parmi lesquelles on peut citer:

- Le retard accusé dans la réhabilitation des entrepôts n'a pas facilité au début les conditions de travail des agents de l'UCM
- La non maîtrise de la méthode de gestion du Fonds Mondial basée sur les performances a amplifié la « dystocie de démarrage » de l'exécution du projet.
- Malgré ces quelques difficultés, l'UCM reconnait qu'il y a eu beaucoup d'acquis aussi bien pour la structure, le PNUD, les Formations sanitaires que pour les patients. Elle regrette cependant son implication « tardive » dans le processus. En effet, l'UCM outre les recrutements de nouveaux agents et les formations de son personnel, a bénéficié de dotations en matériel roulant, informatique et de réhabilitation de locaux. Au niveau du PNUD, ce fut un grand soulagement pour la cellule de gestion pour qui la gestion des médicaments constituait un véritable fardeau. Quant aux structures sanitaires, leur approvisionnement en médicaments et réactifs a été plus facilité et les cas de ruptures sont devenus exceptionnels.

Dans le domaine des formations la situation est la suivante : 495 agents formés en prescription des ARV / 400 prévus et 334 étudiants en fin de cycle en médecine / 328 prévus.
Quant à l'étude sur le suivi de l'observance, des effets secondaires et de la résistance, elle n'a pas été réalisée.

Les ARV constituent à ce jour les médicaments pour la prise en charge des PVIH et un traitement dont la durée reste indéterminée. La mise en œuvre des activités liées à l'atteinte de l'objectif y relatif a donné des résultats concluants durant l'exécution du programme VIH Round 2. L'atteinte des objectifs dès la quatrième année de mise en œuvre traduit les efforts fournis par les différentes équipes. En effet, l'objectif final a été largement dépassé (11 864 vs 7500 prévus), ce qui est du à la baisse du coût des ARV dans un premier temps et de leur gratuité à partir de la 3ème année du programme. Ce résultat a été un motif de satisfaction de toutes les parties prenantes, surtout des patients.
Notons également qu'en matière de directives pour la prise en charge par les ARV, un document a été élaboré en 2005 puis amendé en 2007.Mais cependant cette nouvelle version a conduit à une multiplicité de protocoles thérapeutiques avec pour conséquence la rupture des stocks.

4.3.5. Le partenariat avec les ONG/OAC

La pandémie de l'infection à VIH comporte un important aspect socioculturel qui ne fait plus de doute à travers le monde. Aussi, la contribution des ONG et mouvements associatifs dans la lutte a fait ses preuves. C'est pourquoi ce monde ne manque plus les occasions pour donner de la voix comme cela s'est renouvelé au cours de la XVIIIème conférence internationale sur le Sida qui vient de se tenir à Vienne en Autriche du 18 au 23 juillet 2010. C'est convaincu de ce rôle des ONG et Associations que la soumission a fait de leur partenariat un objectif spécifique.

a) Les produits du processus

Il est prévu de développer un partenariat actif avec au moins cinq (05) ONG/OAC autour des centres de dépistage et de prise en charge. Formulé comme tel, la soumission ne limite pas le nombre d'ONG/OAC avec lesquelles le partenariat devra être signé, mais fixe un minimum. Cela traduit la volonté de travailler en partenariat avec toutes les ONG et OAC qui réunissent les conditions nécessaires. C'est l'approche multisectorielle de la lutte contre la pandémie.

L'indicateur de résultat de cet objectif et la progression annuelle tels que prévus figurent dans le tableau ci-après.

Tableau 9 : Niveaux annuels attendus de la contribution des ONG / OAC dans la PEC des PVVIH

Indicateurs de résultats/couverture	**Base**	**Objectif chiffré**				
	Année 0:	**Année 1:**	**Année 2:**	**Année 3:**	**Année 4:**	**Année 5:**
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pourcentage de patients dépistés séropositifs orientés vers une ONG/OAC qui ont été effectivement assistés dans les douze derniers mois	12%	15%	20%	25%	35%	50%

Dans la mise en œuvre, comment cette volonté a été traduite en action?

b) Les effets du programme

Selon le rapport final de l'exécution du programme VIH round 2, cet objectif n'a pas été atteint. Le partenariat a été développé avec 16 ONG et secteurs privés qui ont contribué à la prise en charge médicale des PVVIH. Cela leur a permis de référer et d'assister 3.555 patients parmi les 11 864 mis sous ARV soit 29,9% vs 50% attendus.
L'exploitation des décharges signées avec les ONG/OAC montre que le programme a signé avec une série d'associations et ONG directement dans chaque préfecture sous le témoignage du président du CPLS et comme prévu autour des CDV. Toutes les décharges ont été signées pour seulement le 4ème trimestre de l'an 1. La situation des financements par localité se résume dans le tableau ci-dessous.

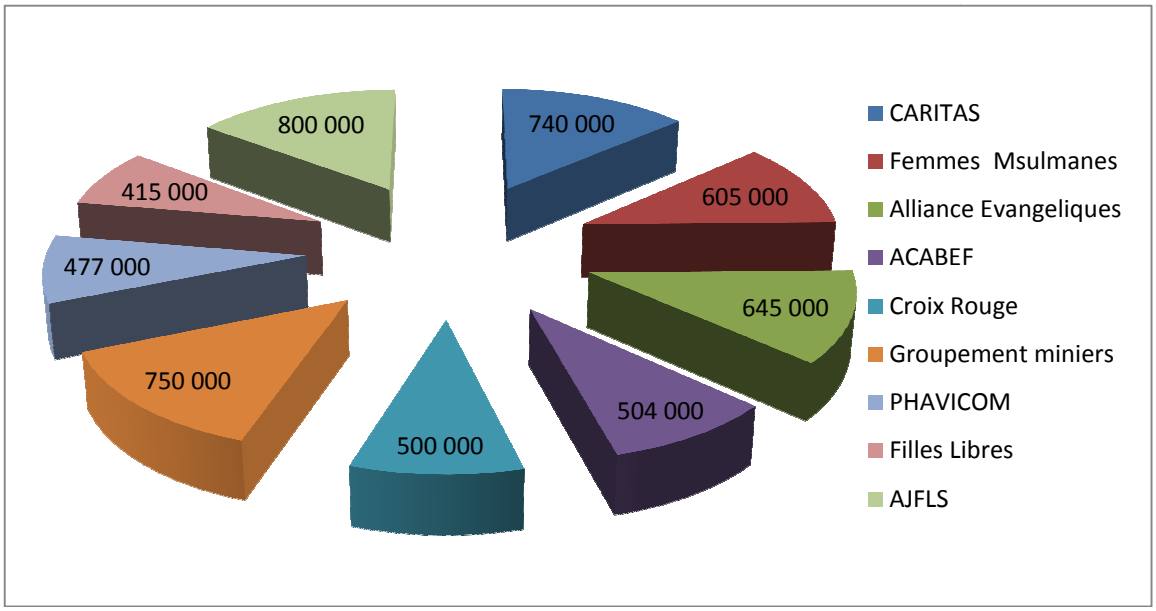
Tableau 10: Répartition des fonds alloués aux ONG/OAC autour des CDV

N° D'ordre	**Localité**	**Nombre d'ONG/OAC**	**Montant reçu en F CFA**
01	Bambari	09	5 942 350
02	Bria	09	5 436 000
03	Bouar	08	7 701 000
04	Bangassou	11	6 301 500
05	Mobaye	07	6 136 250
06	Bossangoa	07	5 452 000
	TOTAUX	**51**	**36 969 100**

On note que pour le 4ème trimestre de l'an 1 du programme, il a été mis à la disposition des 51 ONG/OAC dans ces six localités autour des CDV un montant de 36.969.100 FCFA.

A titre d'exemple, à Bria le montant alloué s'élève à 5.436.000 F CFA et se répartit comme indiqué sur le graphique ci-après.

Graphique 4 : Répartition des fonds alloués aux ONG/OAC partenaires du CDV de Bria.



Le nombre d'ONG/OAC qui ont bénéficié de contrat par localité dépasse le minimum prévu. A ce niveau, on peut dire que l'objectif a été atteint. La contribution de ces structures communautaires aux succès du programme VIH round 2 à Bria a été saluée par un des acteurs de la mise en œuvre de ce round dans ladite localité en ces termes « *on a assisté à un boum des activités des ONG / OAC qui assuraient la sensibilisation orientée vers plusieurs cibles* ».

En dehors du CARITAS Bangui, qui a signé un contrat pour 5 ans (toute la durée du round 2), aucune autre ONG/ OAC ne semble avoir bénéficié de partenariat durant cette période à Bangui. Selon le rapport final du programme et des entretiens avec certaines parties prenantes, la non atteinte de cet objectif serait surtout liée au fait qu'aucune ONG / OAC à l'époque ne remplissait les conditions nécessaires en termes de capacités de gestion et management pour jouer le rôle qui était dévolu aux ONG / OAC. Dans ce cas, la solution ne résiderait pas dans le fait de les laisser à leur sort mais plutôt dans le renforcement de leurs capacités au plan cognitif et leur donner des occasions d'exercer.

4.4. La supervision

Le plan intégré de suivi évaluation a prévu des structures de supervision et leurs missions respectives. De même le rôle de suivi du CCM a été prévu dans l'arrêté portant la création de cette structure.

Au cours des entretiens avec les différentes structures d'exécution, il est ressorti que des activités de supervision ont régulièrement été menées à leur niveau de la part d'une équipe conjointe CGP et structures centrales du Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le Sida (MSPPLS). Ces entretiens ont mis en évidence la grande implication des responsables des structures d'exécution. Mais aucun cahier de supervision n'a pu être consulté dans aucune formation sanitaire visitée bien que le plan intégré de suivi évaluation du programme le prévoit. Quant au CCM, il fait partie des structures que nous n'avons pas pu rencontrer malgré nos multiples efforts qui se sont soldés par un rendez vous unique et

manqué, bien que nous nous soyons déplacés au service du président. Selon les informations recueillies, le CCM ne semble pas avoir joué pleinement son rôle durant la mise en œuvre du programme.

4.5. Le rapportage

L'un des principes du fonds mondial en tant que structure mettant en pratique le système de financement basé sur les performances, est le respect des mécanismes de rapportage. Ainsi, des rapports mensuels pour les bénéficiaires secondaires et les structures d'exécution, puis trimestriels et annuels sont attendus du Principal Récipiendaire. Dans cette dernière situation, le Principal Récipiendaire doit, au plus tard 45 jours après la fin de chaque échéance, transmettre le rapport. Pour le Round 2, il était attendu 21 rapports trimestriels en raison de la prolongation, et 5 rapports annuels plus le rapport final. La situation des rapports trimestriels est dressée dans le tableau 14 ci-dessous. Quant aux rapports annuels, nous n'avons pu entrer en possession que des rapports 2007, 2008 et du rapport final.

Tableau 11 : Situation des rapports trimestriels de la CGP .

Année	N° des Trimestres	Période couverte	Date limite approximative de transmission	Date de signature
AN 1	T1	01/11/03 – 31/01/04	16/03/04	Non réalisé
	T2	**01/02/04 – 30/04/04**	**15/06/04**	**28/05/04**
	T3	01/05/04 – 31/07/04	14/09/04	Non réalisé
	T4	01/08/04 – 31/10/04	15/12/04	Non réalisé
AN 2	T5	01/11/04 – 31/01/05	17/03/05	27/05/05
	T6	01/01/05 – 31/03/05	15/05/05	30/09/05 Version initiale 01 /02 /05 au 30/04 /05 signée le 27/05 /05
	T7	01/04/05 – 30/06/05	14/08/05	28/10/05
	T8	01/07/05 – 30/09/05	14/11/05	09/12/05
AN 3	T9	01/10/05 – 31/12/05	14/02/06	30/03/06
	T10	01/01/06 – 31/03/06	15/05/06	Non retrouvé
	T11	01/04/06 – 30/06/06	14/08/06	03/10/06
	T12	01/07/06 – 30/09/06	14/11/06	23/11/06
AN 4	T13	01/10/06 – 31/12/06	14/02/07	Signé Sans date
	T14	01/01/07 – 31/03/07	15/05/07	Signé Sans date
	T15	01/04/07 – 30/06/07	14/08/07	09/10/07
	T16	01/07/07 – 30/09/07	14/11/07	21/02/08
AN 5	T17	01/10/07 – 31/12/07	14/02/08	03/05/08
	T18	01/01/08 – 31/03/08	15/05/08	04/07/08
	T19	01/04/08 – 30/06/08	14/08/08	29/10/08
	T20	01/07/08 – 30/09/08	14/11/08	07/10/09
	T21	01/10/08 – 31/12/08	14/02/09	07/10/09 Période du 01 – 31/01 /09 non rapportée

Cette situation montre quelques anomalies qui se résument ainsi qu'il suit :

- 04 rapports n'ont pas été élaborés
- 01 seul a été signé dans les délais
- 01 présente deux versions signées mais couvre des périodes différentes
- 02 signés mais non datés

Les rapports seraient généralement élaborés dans les délais, mais le retard proviendrait du fait de l'absence du LFA à Bangui. Avant leur transmission, ces rapports doivent être validés par le LFA puis signés.

4.6. Les Décaissements.

La soumission signée prévoit un financement pour la période du 1er Octobre 2003 au 30 Septembre 2005, et l'achèvement du programme au 30 Septembre 2008. Lors de la deuxième phase de mise en œuvre du programme, le financement devait se faire sur la base des plans annuels et les requêtes après la transmission des rapports trimestriels. La situation est présentée dans le tableau ci- après.

Tableau 12 : Situation des décaissements

N°d'ordre	Dates de décaissement	Montant en USD
1	18 Septembre 2003	1 382 341
2	19 Avril 2004	1 579 209
3	9 Juillet 2004	816 489
4	12 Novembre 2004	1 581 792
5	18 Mai 2005	1 664 046
6	8 Décembre 2005	1 747 924
7	9 Janvier 2006	3 674 934
8	22 Décembre 2006	1 743187
9	**21 Décembre 2007**	**409 461,5**
10	3 Avril 2008	853 085,6
11	20 Juin 2008	1 125 777
12	14 Août 2008	3 450 580
13	20 Novembre 2008	2 937 866
	Total	**23.056.692**

L'examen de ce tableau montre que le programme a été exécuté sur treize (13) décaissements pour un montant total de 23 056 692 USD. Il ressort ainsi que le pays a perdu 1.847.960 USD qui ne peuvent pas être décaissés. Cela peut être les conséquences du non respect des délais de transmissions des différents rapports, dans la mesure où il prolonge la date de décaissement alors que celle de la clôture ne recule pas. En plus les capacités d'absorption limitées des acteurs constituerait une autre explication. On note en plus à travers ce tableau que durant l'année 2007, un seul décaissement a été effectué au dernier mois de l'année, alors que pour l'année 2008, quatre décaissements ont été effectués pour un montant total de 8.367.308,78 USD soit plus du tiers des montants décaissés au cours du programme (36,9%). Cette situation pourrait entrainer la suspension des activités pour une période plus ou moins longue.

4.7. L'IMPACT DU PROGRAMME

A la période de la soumission, les estimations de la situation et les objectifs fixés se résument dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13: Prévisions pour l'atteinte du but du round 2

Indicateurs d'impact	**Base**	**Objectif chiffré** (dernière année de la proposition)
	Année: 2002	**Année: 2008**
Pourcentage de décès pour cause de l'infection à VIH/SIDA (données hospitalières)	**83%**	66%
Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives mises sous chimioprophylaxie et qui sont eux-mêmes infectés	**11%**	9%
Taux d'hospitalisation pour cause de l'infection à VIH/ SIDA dans les Structures sanitaires ciblées	**70%**	56%

Les études programmées pour évaluer le niveau d'atteinte du but sont :
- Une enquête sur l'impact du programme sur la morbidité et la mortalité ;
- Une étude sur l'impact du programme sur la transmission mère enfant du VIH.

Ces deux études ont été réalisées et les conclusions sont les suivantes :
La première étude a aboutit à la conclusion suivante : « malgré les contraintes et les limites, notre étude a néanmoins permis de mettre en évidence une stagnation du pourcentage d'hospitalisation due au VIH au service de cardiologie et de médecine de l'hôpital communautaire. Le principal impact observé concerne la diminution très significative du taux de décès, due à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique par l'accès aux ARV des PVVIH » [17].
Selon la deuxième étude « il est apparu que le bénéfice obtenu lors du projet pilote n'a pu être pérennisé eu égard à la remontée du taux de transmission du VIH durant la période de l'opérationnalisation du programme PTPE du VIH » [16]. Comme expliqué plus haut, cette remontée a été constatée après l'accouchement, il s'agirait donc de la transmission par l'allaitement. Cependant, il faut souligner qu'après le projet pilote, le programme PTME s'est heurté à des difficultés quant au passage à échelle, ce qui expliquerait également cette remonté de la prévalence de la transmission mère enfant du VIH.

Enfin, notons que ces deux études ne pouvaient pas mesurer l'impact du programme dans son ensemble du moment où elle n'a pas pris en compte un échantillon représentatif de toute la zone d'intervention de celui-ci.

V. LES GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET LES INCOHERENCES

Le programme de renforcement de la prise en charge globale des PVVIH Round 2 a contribué à accélérer la prise en charge des PVVIH tant en termes de personnes mises sous ARV qu'en termes d'extension et de décentralisation de cette prise en charge. On notera cependant que des situations ont certainement constitué des goulots d'étranglement dans la mise en œuvre de ce programme. On pourrait citer :

- L'absence de LFA à Bangui, qui a contribué à la prolongation des délais de transmission des rapports ;
- Le manque d'information sur le round 2 : Certains acteurs ont pensé que « le round 2 était un projet de PNUD et se sont parfois abstenus de s'exprimer »
- Le CCM ne semble pas avoir joué pleinement son rôle : cette attitude ne permet pas au Fonds Mondial de disposer d'interlocuteur national responsable de la mise en œuvre du programme ;
- L'implication insuffisante de certaines structures nationales clés ne favorise ni leur appropriation du programme, ni leur préparation à assumer l'éventuel rôle de Principal Récipiendaire. C'est ce qui a conduit certains acteurs à déclarer que « c'était la cellule de gestion qui faisait tout » ;
- Certains Sous Récipiendaires étaient membres du CCM, ce qui pourrait créer des conflits d'intérêt d'une part et d'autre part créer des frustrations des Sous Récipiendaires non membres du CCM.
- Les insuffisances des ONG/OAC dans les domaines de planification et de gestion des ressources allouées n'a pas permis d'attendre l'objectif N°5 assigné au partenariat avec ces organisations dans la mise en œuvre du programme.

La mise en œuvre du programme a donné l'occasion de noter quelques incohérences dans la requête parmi lesquelles ont peut citer:
- Le manque de précision dans la formulation de certains objectifs ;
- Certains indicateurs qui ne permettent pas d'évaluer vraiment l'atteinte de quelques 'objectifs ;
- Le mode de calcul de certains indicateurs ne renseigne pas leur niveau de réalisation ;
- L'appartenance de Sous Récipiendaires au CCM sont deux rôles incompatibles ;
- Les sites d'implantation des CDV n'ont pas respecté la formulation de l'objectif y relatif, mais au regard des explications fournies, on se demande si cela n'a pas permis une plus grande utilisation des sites de Bangui et contribuer ainsi au dépistage d'un nombre important de personnes ?

VI. LEÇONS TIREES

La mise en œuvre du round 2 du Fonds Mondial constitue une première aussi bien pour le Principal Récipiendaire, pour l'administration Centrafricaine impliquée, pour les sous récipiendaires que pour les acteurs du terrain. Aussi, malgré toutes les difficultés rencontrées, l'unanimité est faite autours de l'apprentissage que cela a été pour tous. En termes de leçons nous pouvons citer:
- La gestion basée sur les performances permet d'obtenir rapidement des résultats et est très formatrice comme beaucoup l'ont reconnu.
- La motivation a contribué à braver les obstacles qui pouvaient empêcher la bonne mise en œuvre du programme VIH round 2.
- La collaboration des différents acteurs à différents niveaux a permis d'obtenir un résultat supérieur à la somme des résultats individuels. Il faut cependant signaler que la forte implication des acteurs d'exécution constitue le principal moteur de ces résultats.
- L'importance du rôle des acteurs communautaires dans la lutte contre le Sida.
- Le renforcement des capacités des structures nationales et leur suivi constituent la clé d'une bonne mise en œuvre des programmes basés sur la performance.

- L'appui du Fonds Mondial a permis de « booster » la prise en charge globale des PVVIH en RCA. Cela a été confirmé par beaucoup d'acteurs et comme l'a dit une PVVIH, *« avec le Round 2 qui a effectivement rendu disponibles les ARV, beaucoup de PVVIH sont revenues à la vie »*
- Le manque d'informations a fait dire que le programme VIH Round 2 était un projet du PNUD, cela aurait freiné l'appropriation par certains acteurs.
- La plus grande leçon vient de Monsieur le Représentant Résident Adjoint du PNUD qui dit : *« si c'était à refaire, je le ferai, mais autrement »*.

VII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette évaluation quelques recommandations dont la prise en compte pourrait contribuer à améliorer l'exécution des futurs programmes.

Au Fonds Mondial

- Désigner un LFA résident à Bangui ;
- Faciliter les décaissements pour éviter l'arrêt périodique des activités ;

Au CCM

- Assurer effectivement le suivi de la mise en œuvre du programme et apporter diligemment les solutions aux difficultés susceptibles d'avoir des conséquences néfastes sur le bon déroulement du programme.
- Veiller à l'implication effective des structures nationales incontournables dans le processus selon leur niveau de responsabilité.

Au Principal Récipiendaire

- En collaboration avec le CCM, veiller à une plus grande implication effective des structures nationales et à différents niveaux du processus.
- Prendre les dispositions utiles pour respecter les principes de gestion du Fonds Mondial surtout dans les rapportages, cela faciliterait les décaissements en faveur du pays.
- Responsabiliser le niveau central des structures en réseau pour l'implication de leurs membres au niveau décentralisé, ce qui contribuerait au renforcement des capacités de ces derniers. C'est l'approche « learning by doing ».

Aux sous récipiendaires et aux acteurs de terrain

- Respecter le système de rapportage du Fonds Mondial pour éviter les retards qui pénalisent l'ensemble des bénéficiaires.
- Renforcer leurs capacités en matière de gestion et de management, ce qui leur permettra de continuer à bénéficier des ressources du fonds mondial pour mieux contribuer à la lutte contre la pandémie.

CONCLUSION

L’obtention d’un financement du Fonds Mondial constitue un grand motif de satisfaction et traduit les mérites de l’équipe de rédaction d’un pays. Gérer efficacement cette subvention est encore plus important car pourra conditionner les subventions ultérieures. Le programme VIH Round 2 a été un test pour la RCA et l’obtention d’autres rounds en cours d’exécution actuellement dans le pays témoigne de la qualité de la mise en œuvre du programme. Lors de nos entretiens, une PVVIH disait « lorsque le PNUD sentait un risque de rupture, on ne sait pas comment il faisait, mais la situation se réglait au moment où tout semble perdu ». Cela signifie que la bonne gouvernance constitue un atout important pour la gestion des subventions du fonds mondial, mais aussi avoir une grande capacité d’anticipation.

Au terme de cette mise en œuvre, on note avec beaucoup de satisfaction que les objectifs ont été largement atteints pour la grande majorité malgré les multiples difficultés susceptibles d’empêcher la bonne mise en œuvre du ce programme. Les conclusions de l’étude sur l’impact du programme sur la mortalité et la morbidité, bien que réalisée seulement à Bangui constituent une preuve que le programme VIH round 2 devait arriver. Ses acquis doivent être renforcés avec les prochains rounds car la lutte contre la pandémie reste pour l’instant un travail de longue haleine.

REFERENCES

1. **Bicaba A, Ouambeti C, Guifara G**: Evaluation à mi-parcours du Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2006-2010.
2. **Comité de Coordination Multisectoriel du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme en RCA :** Programme de Renforcement de la Prise en Charge Globale des PVVIH en RCA, Juillet 2002.
3. **GFATM, PNUD :** Accord de subvention du round2, phase 1
4. **GFATM, PNUD :** Accord de subvention du round2, phase 2
5. **PNUD:** Rapports techniques et financiers des trimestres 2 ; 5 à 9 et 11 à 21
6. **PNUD:** Rapport annuel technique et financier, année 2007.
7. **PNUD:** Rapport annuel technique et financier, année 2008.
8. **PNUD, CGP :** Plan de travail budgétisé de la phase 2.
9. **Rehle T, Tobi S, Mills S et al. :** Evaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA (Prévention, soins, Assistance) dans les pays en développement. Family heath international, 2001, version française 2003.
10. **République Centrafricaine, Comité National de Lutte contre le Sida :** Cadre stratégique national de lutte contre le Sida 2006-2010, juin 2006.
11. **République Centrafricaine, Comité National de Lutte contre le Sida :** Plan cadre stratégique national de lutte contre le Sida 2002-2006, Avril 2002.
12. **République Centrafricaine, Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la lutte contre le Sida :** Directives nationales pour la prise en charge par les ARV, Juillet 2005.
13. **République Centrafricaine, Ministère du Plan, de l'Economie et de la Coopération Internationale :** Enquête à Indicateurs Multiples couplée à la sérologie VIH et l'anémie. Bangui, 2006.
14. **République Centrafricaine, Ministère du Plan, de l'Economie et de la Coopération Internationale :** Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté. Bangui, 2007.
15. **ONUSIDA :** Le point sur l'épidémie mondiale Sida, 2006.
16. **Université de Bangui :** Impact du programme d'accès au traitement antirétroviral sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, Février 2009**.**
17. **Université de Bangui :** Impact du programme d'accès au traitement antirétroviral sur la mortalité et la morbidité dues au VIH, Mai 2009.

ANNEXES

Programme des Nations Unies pour le développement

République Centrafricaine

Termes de référence pour la mission d'évaluation finale du programme «Renforcement de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) en RCA » CAF-202-G01-H-00

1. Historique et contexte

La République Centrafricaine a soumis et obtenu du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme une subvention pour mettre en œuvre un programme visant au « Renforcement de la prise en charge globale des PVVIH en RCA ».
Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a été désigné par le Comité de Coordination Multisectorielle (CCM) de RCA comme Récipiendaire Principal pour gérer la subvention d'un montant de 24.904.652 USD. L'accord de subvention a été signé le 15 août 2004 pour une durée de 5 ans scindés en deux phases de 2 et 3 ans. La mise en œuvre a démarré le 1er octobre 2004. La clôture initialement prévue le 30 septembre 2008 a été repoussée de 4 mois à la demande du CCM-RCA. Au 31 janvier 2009 date de clôture du programme, un montant de 23.056.692,00 USD a été décaissé dont 8.198.921 USD pour la première phase et 14.857.771 USD pour la seconde.
Le but général recherché à travers ce programme est de réduire de 20% les taux de morbidité et de mortalité liées au VIH/SIDA dans les 16 districts sanitaires du pays ainsi que dans la ville de Bangui
De façon spécifique le programme devait contribuer à l'atteinte des objectifs suivants :

- Créer au moins un centre de dépistage volontaire dans chaque chef-lieu de préfecture ;
- Développer les activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans 36 maternités autour des centres de dépistage d'ici 2008 ;
- Assurer la prévention et le traitement corrects des infections opportunistes (IO) dans les formations sanitaires (FOSA) autour des centres de dépistage volontaire ;
- Assurer l'accès aux traitements antirétroviraux à au moins 7500 personnes vivant avec le VIH ;
- Développer un partenariat actif avec au moins cinq (05) ONG/OAC autour des centres de dépistage et de prise en charge.

La mise en œuvre a été faite en collaboration avec des sous- récipiendaires publics et des organisations de la société civile.

Conformément aux règles et procédures de programmation du PNUD et aux directives du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, il est envisagé de procéder à l'évaluation finale du programme dans le cadre de sa clôture.
A cet effet, le PNUD se propose de recruter un consultant international pour conduire cette évaluation. Il sera assisté localement par un consultant national.

2. Objet de l'évaluation

Objectif général : Evaluer la mise en œuvre du programme et tirer les leçons apprises pour la consolidation des acquis du programme, la conception et l'exécution de futurs programmes.

Objectifs spécifiques :

a. Analyser les objectifs du programme en relation avec les moyens disponibles chez les exécutants,

b. Analyser les résultats obtenus,

c. Identifier les principaux goulots d'étranglement et les incohérences dans :

- La formulation des propositions (phases 1 et 2),
- La capacité de mise en œuvre et les besoins de développement de capacités,
- Les capacités effectivement créées,
- Les modalités d'exécution du programme avec les sous récipiendaires,
- L'implication des niveaux périphériques de la pyramide sanitaire,
- Le rapportage,
- Les structures de supervision (internes au SR, au PR et au CCM),
- Le rôle des partenaires locaux.

d. Formuler des recommandations susceptibles d'aider à la conception et à l'exécution de futurs programmes

3. Portée de l'évaluation et objectifs

De manière pratique, l'évaluation devra se concentrer sur les capacités de mise en œuvre du programme par les différents acteurs, les goulots d'étranglement et les incohérences rencontrées. Il s'agit notamment de savoir :

i. Quels sont les principaux goulots d'étranglement et les incohérences dans la formulation des propositions (phases 1 et 2) ?,
ii. Si les moyens disponibles chez les exécutants (PR, SR) ont été en adéquation avec les objectifs du programme ?,
iii. Quels sont les principaux goulots d'étranglement et les incohérences dans les capacités disponibles et les besoins de développement de capacités au niveau du PR et des SR ?,
iv. Quels sont les principaux goulots d'étranglement et les incohérences dans les capacités effectivement créées lors de la mise en œuvre du programme ?,
v. Quels sont les principaux goulots d'étranglement et les incohérences dans l'implication des niveaux périphériques de la pyramide sanitaire dans la lutte contre le VIH/SIDA ?,
vi. Quels sont les principaux goulots d'étranglement et les incohérences dans le rapportage,
vii. Quels sont les principaux goulots d'étranglement et les incohérences au niveau des structures de supervision (internes au SR, au PR et au CCM),

viii. Quels sont les principaux goulots d'étranglement et les incohérences dans le rôle des partenaires locaux.

4. Questions relatives à l'évaluation

L'évaluation pourra fournir des réponses aux questions suivantes :

- Après 5 ans de mise en œuvre, est-ce que le programme VIH a atteint les objectifs fixés ? Quels sont les impacts du programme par rapport à la situation initiale et quels sont les facteurs qui y ont contribué ?
- Quels sont les goulots d'étranglement et les incohérences dans la formulation des propositions (phases 1 et 2) qui ont entravé la mise en œuvre du programme ?,
- Quels sont les goulots d'étranglement et les incohérences au niveau des capacités de mise en œuvre des acteurs (PR, SR) et des besoins de développement de capacités ?
- Quelles sont les capacités effectivement créées au niveau national, les éventuels goulots d'étranglement et les incohérences ?
- Quels sont les goulots d'étranglement et les incohérences en termes d'implication des niveaux périphériques de la pyramide sanitaire dans la lutte contre le VIH/SIDA ?,
- Quels sont les goulots d'étranglement et les incohérences au niveau du rapportage des activités par le PR et les SR ?,
- Quels sont les goulots d'étranglement et les incohérences des interventions des structures de supervision (internes au SR, au PR et au CCM) ?,
- Quel est le rôle joué par les partenaires locaux et quels sont les goulots d'étranglement et les incohérences des interventions ?
- Quelles sont les leçons apprises (bonnes et mauvaises pratiques) ?

5. Méthodologie

L'évaluation finale du programme permettra de mieux comprendre les efforts fournis par les différents acteurs, les progrès réalisés en matière de lutte contre le VIH/SIDA, les goulots d'étranglement et les incohérences de la mise en œuvre, les leçons apprises en termes de bonnes et mauvaises pratiques. Elle tiendra compte du cadre, des plans de travail budgétisés, du cadre de performance du programme et des moyens mis en place pour apprécier les performances du programme.

L'évaluation sera participative et concernera les principaux acteurs et partenaires impliqués dans la mise en œuvre du programme ainsi que les bénéficiaires. Elle doit contenir un plan de travail détaillé étape par étape, précisant les méthodes à adopter pour la collecte des informations permettant de répondre aux questions sur l'évaluation, ainsi que les méthodes à suivre pour l'analyse des données, l'interprétation des conclusions et le rapport des résultats.

La méthodologie suivie par l'équipe d'évaluation sera définie au début de la mission, de commun accord avec la cellule de gestion des programmes financés par le Fonds Mondial et le comité de suivi-évaluation du CCM. Elle doit inclure, entre autres :

i) Une revue de la documentation du projet,

ii) Une revue des résultats / impacts obtenus dans le cadre de la mise en œuvre du programme y compris les renforcements des capacités (ressources humaines, équipements et autre matériels etc.),

iii) L'organisation de groupes de discussions et des questionnaires d'interviews ciblant les acteurs de la mise en œuvre, les bénéficiaires et les autres parties prenantes ;

iv) Une consultation avec toutes les parties prenantes du programme : PR, SR, CCM, Autorités en charge de la santé publique, organisations du SNU (ONUSIDA, OMS, UNICEF, UNFPA, HCR, PAM, Banque Mondiale), coopération bilatérale (France, USA), organisations de la société civile, bénéficiaires y compris les réseaux de PVVIH, etc.

v) Des visites sur le terrain en vue de s'enquérir de l'impact du programme.

6. Produits d'évaluation (prestations)

L'évaluation du projet devra fournir les produits suivants :

Un rapport initial d'évaluation –
Un rapport préliminaire préparé par l'équipe d'évaluation et présentant la méthodologie et le plan de travail indicatif de l'équipe avant le début de la mission. Ce rapport détaille la compréhension de l'équipe par rapport aux éléments qui seront évalués et pour quelle raison ils vont être évalués, en indiquant comment chaque question de l'évaluation obtiendra une réponse à l'aide de : méthodes proposées, sources proposées de données et procédures de collecte des données. Le rapport initial doit inclure un programme détaillé des tâches, activités et prestations, en désignant un membre de l'équipe qui aura la responsabilité de chaque tâche ou produit. Le rapport initial offre au chargé du programme et aux évaluateurs une opportunité de vérifier qu'ils partagent la même compréhension au sujet de l'évaluation et également de clarifier tout malentendu au départ.

- **Evaluation des notes d'informations et autres éléments de connaissance** ou participation dans les évènements de partage des connaissances. Opportunité de vérifier que tous les partenaires partagent la même compréhension au sujet de l'évaluation et également de clarifier tout malentendu au départ.
- **Projet de rapport d'évaluation** – Le chargé du programme et les principales parties prenantes dans l'évaluation doivent réviser le projet de rapport pour veiller à ce que l'évaluation réponde aux critères de qualité requis.
- **Rapport d'évaluation final**.

7. Composition de l'équipe d'évaluation et compétences requises

L'équipe d'évaluation sera composée d'un consultant international, chef de l'équipe, et d'un consultant national. La distribution des tâches entre les différents membres de l'équipe sera faite en début de l'exercice, mais la responsabilité du rapport final de la mission incombe au chef de l'équipe d'évaluation.

7.1. Rôles et responsabilité des membres de l'équipe

- *Un consultant international avec une formation universitaire supérieure de troisième cycle en santé publique, en sciences sociales, sciences économiques et/ou en organisation ou tout autre domaine pertinent*

- Supervise l'équipe d'évaluation,
- Initie et finalise la méthodologie de concert avec le consultant national,
- Conduit l'exercice de collecte (interview, questionnaires, collecte de documents etc;) d'analyse des données et fournit les produits de l'évaluation,
- Veille à la bonne exécution de la mission d'évaluation,
- Elabore le draft et le rapport final en français,
- Prépare et produit une restitution sous forme d'une présentation PowerPoint,

- *Un consultant national avec une formation universitaire supérieure de troisième cycle en santé publique, en sciences sociales, ou tout autre domaine pertinent*

- Participe à l'élaboration de la méthodologie par le consultant international,
- Collecte la documentation du programme,
- Joue le rôle d'interface entre l'équipe chargée de l'évaluation et les différentes institutions /structures / personnes impliquées dans la mise du programme,
- Assiste le consultant international dans la collecte des informations,
- Participe à l'élaboration des rapports,
- Prépare l'atelier de restitution de l'évaluation en collaboration avec le chargé du programme,

7.2. Qualifications du chef d'équipe

- Expérience avérée d'au moins 5 ans dans le domaine du suivi et de l'évaluation des projets de développement similaires, plus particulièrement les projets de santé, de préférence en Afrique subsaharienne,
- Bonne expérience dans la mise en œuvre des programmes financés par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le paludisme,
- Maitrise de l'outil informatique,
- Bonne connaissance du français avec des capacités rédactionnelles,
- Connaissance de l'anglais est un atout

7.3. Qualifications du consultant national

- Expérience avérée d'au moins 3 ans dans le domaine du suivi et de l'évaluation des projets de développement similaires, plus particulièrement les projets de santé, de préférence en République centrafricaine,
- Bonne expérience dans la mise en œuvre des programmes financés par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le paludisme,
- Maitrise de l'outil informatique,
- Connaissance du système de santé de la RCA est un atout.

8. Ethique d'évaluation

La présente évaluation est conduite conformément aux principes mis en avant dans les **« Directives éthiques pour l'évaluation »** de l'UNEG. Elle décrit les problèmes essentiels abordés dans l'élaboration et l'exécution de l'évaluation, y compris l'éthique d'évaluation et les procédures permettant de sauvegarder les droits et la confidentialité des personnes fournissant les informations, par exemple : mesures pour garantir la conformité avec les codes juridiques régissant les zones telles que les dispositions pour collecter et rapporter les données, particulièrement les autorisations nécessaires pour interviewer ou obtenir des informations au sujet des enfants et des adolescents ; dispositions permettant de stocker et de garder la sécurité des informations collectées et protocoles permettant de garantir l'anonymat et la confidentialité.

9. Modalités d'exécution

Le Comité de quatre membres dont deux de la Cellule de Gestion des Programmes et deux du comité suivi-évaluation du CCM assure la supervision générale de l'évaluation. Il valide les termes de référence de la mission, fournit des orientations stratégiques et valide les produits (rapport provisoire et rapport final). Le Coordonnateur des Programmes Fonds Mondial au PNUD met à la disposition de l'équipe de l'évaluation, les documents relatifs au programme (lettres d'accord, plans de travail budgétisés, plan de suivi évaluation, rapports trimestriels, rapports annuels, inventaire des équipements, rapports de missions et la liste des parties prenantes. Il convient du calendrier de travail avec l'équipe d'évaluation, fournit des moyens logistiques (l'espace bureau, les fournitures, l'équipement et les matériaux), facilite la tenue de la réunion de validation.

L'équipe d'évaluation exécute les activités conformément au calendrier et fournit les produits dans les délais requis. Il se réfère aux normes contenues dans le **« Manuel d'opérations du PNUD pour les projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme »** ainsi qu'aux « **Directives éthiques pour l'évaluation** »

10. Echéancier

Activités	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Responsables
1.Etudes sur dossier																															
2. Instructions aux évaluateurs																															
3. Finalisation de l'élaboration des méthodes d'évaluation et préparation du rapport initial détaillé																															
4. Mission d'évaluation interne																															
- Visites sur le terrain																															
- Entretien																															
- Questionnaire																															
5. Préparation du projet de rapport																															
6. Réunion des parties prenantes																															

7. Révision du projet de rapport (pour l'assurance qualité)																														
8. Incorporation des commentaires et finalisation du rapport d'évaluation																														

11. Durée de la consultation

La consultation s'étalera sur une période d'un mois incluant la période de préparation du rapport. Elle se déroulera à Bangui et en province.

UNDP Management Response

Evaluation des interventions du PNUD en matière de : « Programme du renforcement de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH » pour la période du 1er Novembre 2003 au 31 Janvier 2009

Date : 30 Août 2010

PREPARED BY : Abdoulaye BAGNOU	POSITION : Project Coordinator	UNIT/BUREAU : UNDP-CAR
CLEARED BY : Amadou MAIGA	POSITION : DRR	UNIT/BUREAU :UNDP-CAR
INPUT INTO AND UPDATE IN ERC :	POSITION :	UNIT/BUREAU :

Commentaire: De façon générale, ce programme qui est le premier, financé par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, a été bien exécuté dans son ensemble malgré les difficultés rencontrées. Les résultats enregistrés constituent des motifs de satisfaction de l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise œuvre du programme. Les incohérences et les goulots d'étranglements relevés s'expliquent par la mauvaise formulation de certains objectifs et de certains indicateurs lors de l'élaboration de la proposition, le délai mis par le PNUD pour préparer la mise en œuvre du programme, l'absence de sous-récipiendaires lors de la première phase de mise en œuvre d'un programme qui est complexe, les difficultés en matière de passation des marchés du fait de la non maitrise des spécifications techniques et de l'enclavement du pays, les retards accusés par les sous-récipiendaires pour mettre en œuvre les activités et justifier les dépenses, les retards dans l'élaboration et la transmission des rapports tant au niveau des sous-récipiendaires que du PNUD et la longueur des procédures de décaissement des fonds . Les mesures correctives mises en place le Management du PNUD à partir de 2007 notamment le recrutement d'une pharmacienne local et du personnel international pour la coordination des activités du programme, sa gestion financière et la passation des marchés, ont permis d'accélérer la mise en œuvre du programme et rattraper les retards accusés dans sa mise en œuvre. En fin le programme étant déjà clôturé, la majorité des recommandations consécutives aux difficultés et aux leçons apprises lors de la mise en œuvre ont trouvé des réponses. Cependant malgré la clôture du programme, certaines recommandations restent d'actualité car pouvant contribuer à l'amélioration de la mise en œuvre des programmes en cours.

Liste des parties prenantes consultées

N°	INSTITUTIONS	PERSONNALITES	POINT FOCAL
1	**Programme des Nations Unies pour le développement**	Mr Amadou MAÏGA	Représentant Résident Adjoint
2	**Cellule de Gestion des Programmes financés par le Fonds Mondial**	Dr Abdoulaye BAGNOU	Coordonnateur
		Dr Suzanne SOBELA	Expert en gestion des programmes
3	**Ministère de la Santé Publique de la Population et de la lutte contre le SIDA**	Dr Marie-Madeleine HOORNAERT N'KOUET	Directeur Général de la lutte contre les IST, le SIDA et la Tuberculose.
			Directeur de la lutte contre la Tuberculose et le SIDA
		Dr Jean de Dieu LONGO	Responsable du programme de Prise en Charge par les ARV
		Dr Henri DIEMER	Directeur du Centre IST et de la Thérapie antirétrovirale
		Dr Marcel MBEKO	Responsable PPTE p.i
		Dr Henri DIEMER	
4	**CN/CNLS**	Dr Eucher Dieudonné YAZIPO	Responsable de l'unité technique
		Dr Marcel MASSANGA	Epidémiologiste
5	**Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA**	Dr Azara BAMBA	Conseiller en Suivi et évaluation
6	**Unité de Cession du Médicament**	Dr Bassirou SILLA	Directeur de l'UCM
7	**Institut Pasteur de Bangui**	Mme Marie Joelle MANDENG	Surveillante générale
		Mr Honoré NGBALA	Comptable
8	**Laboratoire National de Santé Publique**	Dr Wilfrid NAMBEÏ	Directeur
9	**RECAPEV**	Mr Luc NVENDO MOZIALO	Coordination du RECAPEV Bangui
		Mr Gabriel MALIYERE	, Chargé de programme
10	**Caritas groupe espoir**	Sœur Irène YANDO	
11	**Hôpital Préfectoral de Mbaïki**	Dr Jean B. MADOUNDJI	Médecin chef
		Mr Félix DOUNIA	TSL CDV
		Mme Lucie KRATOGBO	Assistante Administrative CDV
		Mr Louis Marie BABACA	Gestionnaire ARV
		Eloi Simplice NGARO	Adjt Médecin-chef

12	**Hôpital Préfectoral de Sibut**	Dr NDAMO	Médecin chef du district de la Kémo
		Mme YATONGO Marie-Hortense	Responsable PTPE
		Mr GUENGBANDA Alphonse	Gestionnaire ARV
		Mr MALESSE Aimé	RECAPEV Sibut
		Mr KOUANGOTO Edmé-Alain	Chef de centre p.i
		Mr BOYE Moïse	ONG CARORPHEV
13	**CDV Croix Rouge de Bangui**	Mme Edith NDITAR	Chef de centre
		Mlle Annie NDEPETE	Responsable IEC
		Mr MEGA Désiré	Responsable laboratoire
14	**CDV Ouango Bangui**	Mr Calixte OUAMBETI	Chef de centre
		Mme WOROMOGO Françoise	Responsable laboratoire

GUIDES D'ENTRETIEN

I. Principal récipiendaire

1. Introduction

- Le PNUD a été désigné comme PR du Round 2 de la RCA. Comment votre institution a t- elle été retenue par le CCM pour jouer ce rôle?
- En tant que PR, avez-vous des observations à faire sur la requête de la RCA au fonds mondial ?
- Quelle serait votre appréciation générale sur la mise en œuvre du Round 2 ?
- Le LFA n'est pas résident en RCA. Quelle auraient été les conséquences sur la mise en œuvre du programme?

2. Objectifs du round 2

- Quelle est selon vous le niveau d'atteinte des objectifs du Round 2 ?
- En ce qui concerne l'objectif spécifique N°1 en rapport à la création des CDV : 16/16 centres ont été construits dont 8 n'ont été rendus opérationnels qu'en 2008.Quel serait le motif de ce retard ?
- Dans le cadre de la PTPE, l'objectif a été dépassé en termes de femmes enceintes séropositives à dépister. Mais en pourcentage, la couverture en prophylaxie ARV n'a pas été atteinte. Quelles seraient les hypothèses ?
- Que diriez- vous de la prise en charge des infections opportunistes ?
- Et les objectifs quant à la thérapie antirétrovirale ? Il a été largement dépassé. Quelle serait votre interprétation ?
- Quant au partenariat avec les ONG / OAC, comment cela s'est-il réalisé

effectivement ?

3. **Efficience du round 2**

La subvention de 24 904 652 USD a-t-elle permis de mettre en œuvre le programme avec efficience ?

4. La mise en œuvre

- C'est la cellule de gestion du programme qui a assuré au quotidien cette mise en œuvre. Quelle appréciation faite vous de cette cellule tant dans sa composition que dans son fonctionnement ?
- Quelle est votre point de vue sur le rôle du CCM et des SR comme la Direction Générale de la Population, de la Lutte conte les IST, le Sida et la Tuberculose (DGPLISTST), de l'UCM, du Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique ; de l'Institut Pasteur ? Quelle est votre appréciation du rôle joué par les (ONG/OAC) ?
- Abordant la situation des rapports, les problèmes liés à la promptitude et la complétude ont-ils eu des conséquences dans la mise en œuvre ?

5. Avez-vous des motifs de satisfaction après 5 ans de mise en œuvre ? Et quelles auraient été les goulots d'étranglement qui ont entravé la mise en œuvre de ce programme ?

6. Avez-vous tiré des leçons du round 2 ?

7. **Serez-vous disponible à gérer d'autres rounds ? Si oui, quelles seraient vos suggestions pour réduire les goulots d'étranglement ?**

8. Avez-vous un dernier mot ?

JE VOUS REMERCIE

II. A l' intention des sous récipiendaires et des gestionnaires de programmes.

1. **Introduction** :
   - De manière générale, quelle est votre niveau de connaissance du programme VIH Round 2 ?
   - Quelle a été votre niveau d'implication dans la mise en œuvre du programme ?
   - Avez-vous une appréciation générale sur la mise en œuvre du Round 2
2. **Objectif du round 2**
   - Quel est votre niveau de connaissance des objectifs du programme ?
   - D'une manière générale, l'atteinte de ces objectifs a-t-elle été satisfaisante ?
   - D'une manière spécifique, quelle serait votre appréciation par rapport à votre domaine d'intervention ?

3. **Mise en œuvre**

- Comment avez-vous été désigné comme SR?
- Estimez vous que les moyens mis à votre disposition sont en adéquation avec votre cahier de charge ?
- Quel a été votre degré d'implication dans la mise en œuvre du round 2 ?
- Quelles appréciations faites-vous des règles et procédures du Fonds mondial ?
- A propos du rapportage des activités, avez-vous rencontré des difficultés ?

4. **La supervision des activités**

Des supervisions conjointes CGP/MSPPLS ont été planifiées tant pour les structures du niveau central que pour les niveaux périphériques. Ont-elles été régulières ?

5. **EFFICIENCE DU ROUND 2**

- Les ressources mises à votre disposition ont-elles été en adéquation avec l'exécution des activités dans votre domaine d'intervention ?
- Que dites vous de l'efficience de la mise en œuvre du round2 ?
- Quel est votre appréciation sur le renforcement des capacités du à l'intervention de ce programme dans ce domaine en termes de ressources humaines et matérielles ?

6. **MOTIFS DE SATISFACTION ET DIFFICULTES?**

- Avez-vous un motif de satisfaction de la mise en œuvre du round 2
- Quels ont été selon vous les principaux goulots d'étranglement que vous avez identifiés lors de l'exécution de vos activités ?

7. **LEÇONS TIREES DE LA MISE ŒUVRE DU ROUND 2?**

Selon vous, y a-t-il eu des leçons (bonnes ou mauvaises) qui ont été retenues de la mise en œuvre de ce programme ?

8. **SUGGESTIONS POUR REDUIRE LES DIFFICULTES DANS LA MISE EN ŒUVRE DES PROCHAINS ROUNDS**

Aviez-vous des suggestions à faire pour améliorer les prochains rounds ?

9. **MOT DE FIN**

Quel est votre mot de la fin ?

JE VOUS REMERCIE

III. A l' intention des exécutants du programme

1. **INTRODUCTION** :

- Que savez-vous d'une manière générale du programme VIH round 2 ?
- Quel a été votre niveau de responsabilité dans votre structure par rapport à la mise en œuvre du programme ?
- Quel appréciation faites vous de l'intervention du programme dans le cadre du renforcement des capacités tant sur les plan financier, des ressources humaines et matérielles ?

2. OBJECTIFS DU ROUND 2

- Quel(s) objectif(s) a (ont) t-il(s) été lié(s) à votre structure ?
- Pouvez-vous nous donner votre appréciation du niveau d'atteinte de ces objectifs depuis la fin du Round 2 ?

3. MISE EN ŒUVRE

Les moyens mis à votre disposition pour l'exécution des activités étaient elles adéquates ?

Si oui ou non, pouvez- vous nous les expliquer matériellement ?

Dans le domaine du rapportage des activités, les normes et procédures ont-elles été respectées ? Avez- vous rencontré des difficultés ?

4. MOTIFS DE SATISFACTION ET DIFFICULTES?

-Quel serait votre motif de satisfaction par rapport à ce programme ?

- Selon vous quels ont été les principales difficultés que vous avez rencontrées lors de l'exécution de vos activités ?

5. LEÇONS TIREES DE LA MISE ŒUVRE DU ROUND 2?

Avez – vous tiré des leçons (bonnes ou mauvaises) lors de l'exécution des activités de ce programme ?

6. SUGGESTIONS POUR REDUIRE LES DIFFICULTES DANS LA MISE EN ŒUVRE DES PROCHAINS ROUNDS

Pour améliorer l'exécution des activités de futurs programmes similaires, quelles suggestions feriez-vous ?

7. MOT DE FIN

Avez-vous un mot pour la fin de notre entretien ?

JE VOUS REMERCIE