



Evaluation formative et sommative du programme de lutte contre le VIH/SIDA appuyé par l'UNICEF au Cameroun (2018-2022)



RAPPORT FINAL

Décembre 2023

Evaluation commanditée par le Bureau pays de l'UNICEF Cameroun



Elaborée par une équipe de Bac-Santé

- ✓ Dr MALAM ISSA Inoussa, Évaluateur et chef d'équipe, Expert en santé publique
- ✓ Dr DIOP Cheikh Oumar, Expert en Gestion des systèmes de santé et suivi et évaluation
- ✓ Pr SOCPA Antoine, Expert en recherche qualitative
- ✓ Dr YOUMBI NGASSA Alexandra Stella, Experte en chaîne d'approvisionnement
- ✓ Dr MABONGO Daniel Offrande, Expert en gestion des programmes de VIH&SIDA

Backstopping assuré par Dr HAMED Mohamed Nedhirou, Directeur de BAC-Santé

REMERCIEMENTS

BAC-SANTE tient à remercier le Gouvernement de la République du Cameroun et l'UNICEF pour la confiance accordée à son équipe et pour les facilités de mise en œuvre de la présente évaluation.

Par ailleurs, BAC-SANTE exprime sa gratitude à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la production du présent rapport. Une reconnaissance particulière aux communautés cibles de l'évaluation pour leur disponibilité et leur participation active à la conduite de cette évaluation ; aux responsables des institutions étatiques camerounaises et des organisations internationales ; ainsi qu'aux équipes de l'UNICEF, notamment, celles du Comité de référence à Yaoundé et du Bureau régional de Dakar, pour l'accompagnement et les remarques pertinentes.

Les informations contenues dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement les points de vue et la position de l'UNICEF. La responsabilité des opinions et jugements exprimés dans ce rapport échoie à l'équipe d'évaluation et non à l'UNICEF.

Table des matières

Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vi
Acronymes et Sigles.....	vii
Résumé exécutif	1
1.1. Contexte de l'évaluation.....	6
1.1.1. Contexte Général du Pays	6
1.1.2. Aperçu général de la situation sanitaire et du VIH/SIDA	6
1.1.3. Principaux enjeux de développement liés au VIH.....	7
1.1.4. Instruments d'orientation de la riposte à l'épidémie du VIH/SIDA au Cameroun	7
1.1.5. Mécanismes de financement de la riposte au VIH/SIDA.....	9
1.2. Objet de l'évaluation	9
II. But, objectifs et portée de l'évaluation	14
2.1. But de l'évaluation	14
2.2. Objectifs de l'évaluation	15
2.3. Portée de l'évaluation.....	15
2.3.1. Portée thématique	15
2.3.2. Portée géographique	15
2.3.3. Portée chronologique.....	16
III. Critères et questions d'évaluation	17
3.1. Échelle de l'évaluation	17
3.2. Matrice d'évaluation.....	17
IV. Méthodologie de l'évaluation	18
4.1. Méthodes et outils de collecte des données	19
4.1.1. Revue documentaire	19
4.1.2. Données qualitatives.....	19
4.2. Travail de terrain (collecte)	21
4.3. Stratégie d'échantillonnage	21
4.3.1. Les trois degrés de l'échantillonnage	21
4.3.2. Échantillons des informateurs rencontrés au niveau local.....	22
4.3.3. Échantillons des informateurs aux niveaux central et régional	22
4.4. Analyse des données et triangulation	22
4.5. Considérations éthiques et principes de l'évaluation	23
4.6. Gouvernance de l'évaluation	23

4.7. Limites et stratégies d'atténuation.....	23
V. Constats et conclusions par critère	24
5.1. Pertinence et coordination des interventions.....	24
5.1.1. Pertinence du Programme VIH&SIDA soutenu par l'UNICEF au Cameroun au regard des priorités stratégiques.....	24
5.1.2. Pertinence du choix des zones d'intervention	25
5.1.3. Mécanismes de coordination au niveau central, régional et opérationnel.....	27
5.1.4 Complémentarité entre les interventions des sous-composantes sur le terrain.....	29
5.1.5. Rôle joué par l'UNICEF dans la mise en place, le pilotage et la pérennisation des mécanismes de coordination.....	30
5.1.6. Perception des bénéficiaires du rôle joué par UNICEF.....	30
5.3.1. Mobilisation et exécution des ressources	41
5.3.2. Coût et gestion des ressources humaines et de la logistique	42
5.3.3. Coût et gestion des approvisionnements en médicaments et consommables	42
5.3.4. Coût des interventions prioritaires.....	42
5.3.5. Efficacité de la chaîne d'approvisionnement.....	43
5.3.6. Rentabilité des ressources mobilisées.....	47
5.4.1. Planification de stratégies de sortie	51
5.4.2. Interventions ne nécessitant plus l'appui de l'UNICEF	51
5.4.3. Interventions restant totalement dépendantes de l'appui de l'UNICEF	52
5.4.4. Interventions restantes partiellement dépendantes de l'appui de l'UNICEF.....	53
5.4.5. Mesures ou actions non prévues et qui auraient pu minimiser la dépendance de l'appui de l'Unicef	54
5.4.6. Avantages générés par les interventions appuyées par l'UNICEF qui pourraient être soutenus par le gouvernement, les familles, les communautés et les organisations communautaires.....	55
5.5. Prise en compte des droits humains, du Genre et Equité dans les interventions du programme.....	57
5.5.1. Prise en compte du genre aux phases de conception, de planification, de mise en œuvre et de suivi du programme.....	57
5.5.2. Équité en matière de santé sociale aux différents niveaux du Programme.....	58
5.5.3. Ciblage des personnes vivant avec un handicap et des groupes marginalisés dans les dispositifs de participation communautaire	61
5.6.1. Cadre de partenariat national pour la lutte contre le VIH/Sida	63
5.6.2. Cadre formel de concertation entre l'UNICEF et les parties prenantes de la lutte contre le VIH/Sida.....	63
5.6.3. Coordination de la mise en œuvre entre l'UNICEF et les parties prenantes de la lutte contre le VIH/Sida.....	64

VI. Leçons apprises	67
VII. Matrice des conclusions et recommandations.....	68
A.1. Liste des personnes rencontrées et des localités visitées	72
A.3. Termes de référence	80
A.4. Détails sur l'échantillonnage	91
A.5. Couverture géographique du Projet.....	93
A.7. Indicateurs de suivi de la gestion des approvisionnements dans les régions de l'Est et du Sud	106
A.8. Cohérence entre le programme et le PSN.....	108
A.9. Echelle d'évaluation	112
A.10. Présentation du SYNAME	115
A.11. Détails sur la chaîne d'approvisionnement.....	116
A.12. Structures visitées.....	120
A.13. Outils de collecte des données qualitatives	122
A.14. Composition du groupe de référence de l'Evaluation	143

Liste des tableaux

<i>Tableau 1: Présentation succincte de l'objet de l'évaluation</i>	9
<i>Tableau 2: Rôles et contributions des parties prenantes</i>	11
<i>Tableau 3: Les utilisateurs et les utilisations de l'évaluation</i>	14
<i>Tableau 4 : Présentation du PETVISIDAME (CMR 1017)</i>	26
<i>Tableau 5 : Performance au niveau de l'effet et produits</i>	31
<i>Tableau 6 : Evolution des dépenses liées au VIH du projet financé par UNICEF, période 2018-2022(en USD)</i>	41
<i>Tableau 7: Montants mobilisés par composante et source de financement du projet de lutte contre le VIH/Sida (en milliers d'USD)</i>	41
<i>Tableau 8: Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la chaîne d'approvisionnement</i>	45
<i>Tableau 9 : Montants mobilisés par composante et sous composante, et source de financement du projet de lutte contre le VIH/Sida (en milliers d'USD)</i>	47
<i>Tableau 10 : Évolution des financements propres de l'UNICEF au regard de l'évolution de la file active des enfants et adolescents VVIH/Sida (données reçues des services de l'UNICEF)</i>	48
<i>Tableau 11 : Comparaison des financements dépensés par PVVIH au Niger et au Cameroun</i>	49

Liste des figures

<i>Figure 1 : Carte des zones d'intervention du programme</i>	23
<i>Figure 2 : Évolution de la dépense en matière de lutte contre le VIH/Sida (en milliers d'USD)</i>	52
<i>Figure 3 : Évolution de la part relative du montant dépensé par résultat (output) en %(Source : UNICEF)</i>	53
<i>Figure 4 : Évolution de la file active des PVVIH/Sida (données du Programme)</i>	58

Acronymes et Sigles

APS	Accompagnateur Psycho Social	HSH / MSM	Men having Sex with Men / Homme ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
ARC	Agent De Relais Communautaire	IST	Infection Sexuellement Transmissible
ARV	Antirétroviraux	MINAS	Ministère des Affaires Sociales
ASC	Agent de Santé Communautaire	MINCOM	Ministère de la Communication
BID	Banque Islamique de Développement	MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
CAMPHI A	Evaluation de l'impact du VIH sur la Population	MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieure
CBS	Chef du Bureau Santé	MINJEC	Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique
CDC	Center for Disease Control	MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
CDS	Chef de District de Santé	MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux	OBC	Organe à Base Communautaire
CHAI	Clinton Health Access Initiative	OCDE/DAC	Organisation de Coopération et de Développement Économique
CMA	Centre Médical d'Arrondissement	OCHA	Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires NU
CMPJ	Centre Multifonctionnel de promotion des Jeunes	ODD	Objectif de Développement Durable
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
COSA	Comité de Santé	ONG	Organisation Non Gouvernementale
COSADI	Comité de Santé de District	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH / Sida
COGE	Comité de Gestion	PCR	Polymerase Chain Reaction
CPD	Country Program Document	PEC	Prise En Charge
CPN	Consultation Pré Natale	PECPA	Protocole d'Examen Cognitif de la Personne Âgée
CPON	Consultation Poste Natale	PEPFAR	President's Emergency Plan for Aids Relief
CSC	Centre de Santé Communautaire	PETVISIDAME	Projet d'Élimination de la TME du VIH
CSI	Centre de santé Intégré	PF	Point Focal
CTX	Cotrimoxazole	PLMI	Programme National de Lutte Contre la Mortalité Maternelle Néonatale et infanto Juvénile
CV	Charge virale	POC	Point of care
DBS	Dried Blood Spot	PS	Personnel de Santé
DCOOP	Division de la Coopération	PSN	Plan Stratégique National
DHIS2	District Health Information System 2	PTA	Plan de Travail Annuel
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et Pandémies	PTF	Partenaire Technique et Financier
DOSTS	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire	PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
DPC	Développement Professionnel Continu	PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires	PVVS	Personne Vivant avec le Sida
DPS	Direction de la Promotion de la Santé	RENATA	Réseau National des Tantines

DROS	Direction de la Recherche Opérationnelle en Santé	SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
DSF	Direction de la Santé Familiale	SNU	Système des Nations Unies
EDS	Enquête Démographique et de Santé	SR	Santé de la reproduction
EGPAF	Elizabeth Glasser Pediatric Aids Fondation	SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
EID	Early Infant Diagnosys	SRMNIA	Santé de Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents
Emtct	Elimination of Mother-To-Child Transmission of HIV/AIDS	SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments
e-TME	Elimination de Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant	TARV	Traitement Anti-rétroviral
FEFO	First Expired First Out	TB	Tuberculose
FGD	Focus Group Discussion	TME	Transmission Mère Enfant
FIFO	First In First Out	UDI	Utilisateur de drogue injectable
FM	Fond Mondial	UNI-AIDS	United Nations Program on HIV and AIDS
FNUAP	Fond des Nations Unies pour la Population	UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
FOSA	Formation Sanitaire	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
FRPS	Fond Régional pour la Promotion de la Santé	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
GAS	Gestion d'approvisionnement et Stockage	UPEC	Unité de Prise En Charge
GASPA	Groupe d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques optimales d'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	USAID	United States Agency for International Development
GTR	Groupe Technique Régional	VAD	Visite A Domicile
HD	Hôpital de District	VIH	Virus de l'Immunoscience Humaine
HR : Régional		HCT	Harmonised for Cash Transfert

Résumé exécutif

i. Introduction

Le présent document constitue le rapport final de l'évaluation du programme VIH/SIDA financé par l'UNICEF au Cameroun au cours de la période 2018-2022. L'appui de l'UNICEF qui s'aligne sur les priorités nationales et internationales¹ devrait apporter des contributions pour faire progresser les Objectifs de Développement Durables (ODD) plus particulièrement la cible 3.3. « *D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles* »

L'accompagnement de l'UNICEF s'est renforcé au cours de la période 2018-2022 visant, d'une part, à booster la lutte contre les nouvelles infections VIH et le renforcement des soins et du traitement chez les femmes enceintes, les enfants, les adolescents et les jeunes, et d'autre part, à renforcer les capacités des acteurs clés pour planifier, coordonner, suivre et évaluer les interventions intégrées de lutte contre le VIH/SIDA fondé sur des évidences, l'égalité et l'équité entre les sexes. Le budget du programme s'élevait à 27 695 472 USD entre 2018 et 2021.

Pour accélérer la réduction des impacts négatifs du VIH, l'UNICEF et le Ministère de la santé publique aimeraient tirer les enseignements des interventions des années antérieures et ajuster celles en cours et à venir.

Les constats, conclusions et recommandations de l'évaluation seront utilisés pour (i) ajuster les stratégies et les approches de mise en œuvre afin d'améliorer les performances de la riposte au VIH/SIDA au Cameroun et (ii) mener un plaidoyer de haut niveau auprès des parties prenantes nationales (le Gouvernement central et les deux chambres du Parlement), des autorités locales et du secteur privé en faveur de la mobilisation des ressources nationales pour soutenir la riposte au VIH/SIDA.

ii. But, objectifs et portée de l'évaluation

L'évaluation a un double but : **la redevabilité et l'apprentissage**. Ainsi, l'évaluation a pour objectifs spécifiques de : (i) Fournir des preuves solides et fiables sur la pertinence de l'approche stratégique globale adoptée par le programme de pays concernant le VIH et le SIDA et le niveau de réalisation des résultats prévus par rapport aux résultats attendus; (ii) Documenter les défis et/ou opportunités imprévus qui se sont produits et comment cela a affecté l'atteinte des résultats stratégiques ; (iii) Identifier les leçons apprises ainsi que les bonnes pratiques potentielles qui peuvent être étendues ; (iv) Formuler des recommandations qui aideront le pays et ses partenaires dans l'atteinte des objectifs 95-95-95 et mettre fin au SIDA pédiatrique d'ici 2030.

Les utilisateurs des constats, conclusions et recommandations de cette évaluation sont principalement le Gouvernement du Cameroun, y compris le SP/CNPS et ses démembrements nationaux et décentralisés, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), y compris l'UNICEF, les partenaires de mise en œuvre et les titulaires de droits constitués par les communautés, les familles, enfants, jeunes et adolescents.

L'évaluation a principalement portée sur les interventions soutenues par l'UNICEF aux niveaux stratégique (révision des normes, génération des évidences/preuves, formulation des politiques/stratégies) et opérationnel (prévention, traitement et soins dans les districts et les communautés). Plus précisément, l'évaluation s'est focalisée sur le niveau de renforcement du système de santé dans les aires de santé les plus vulnérables des zones d'intervention prioritaires, notamment en appréciant la qualité des services rendus aux populations, en particulier les enfants.

La collecte des données qualitatives primaires a été faite au niveau central, régional et communautaire.

¹ Stratégie Nationale de Développement (SND30), Plan Stratégique de Développement Sanitaire 2018-2023, Stratégie mondiale d'élimination du VIH à l'horizon 2030 engagée par l'ONUSIDA

² 95% des personnes atteintes de VIH connaissent leur statut, 95% des personnes connaissant leur statut soient traitées et 95% des personnes traitées avec des antirétroviraux aient une charge virale supprimée

L'évaluation concerne les interventions menées avec l'appui de l'UNICEF Cameroun au cours de la période allant du 2 janvier 2018 au 31 décembre 2022.

iii. Critères, questions et méthodologie de l'évaluation

Conformément aux directives des termes de référence, l'évaluation a été menée sur la base de quatre critères de l'OCDE/CAD³ que sont la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité, ainsi que deux autres critères additionnels portant sur le partenariat et sur l'Équité, le Genre et les Droits Humains. Au total 48 questions ont été adressées (Cf. annexe A6).

L'évaluation a été menée de manière participative et inclusive avec toutes les parties prenantes du programme, y compris les différents titulaires de droits ayant bénéficié des interventions du programme.

L'évaluation a reposé sur une méthode mixte combinant les méthodes qualitatives et quantitatives. Les données quantitatives sont extraites principalement du DIHS2 et de rapports du Ministère de la santé publique et de l'UNICEF. Pour la collecte des données qualitatives sur le terrain, l'équipe d'évaluation a mobilisé les méthodes interactives individuelles (entretiens semi-structurés avec les informateurs clés, récits de vie) et collectives (discussions de groupe, dyades, triades), ainsi que l'observation active. Les discussions de groupe ont été menées prioritairement avec les jeunes filles et garçons tandis que les entretiens individuels semi-structurés ont été conduits auprès des personnes-ressources aux niveaux communautaire, régional et central. Dans l'ensemble du processus, le choix des informateurs a privilégié les techniques d'échantillonnage raisonné et par boule de neige.

La collecte des données qualitatives primaires s'est déroulée du 15 au 27 mai 2023 à Yaoundé et dans les trois régions (Extrême-nord, Est et Sud). Dans chaque région, trois (03) DS, ont été sélectionnés par choix raisonné en fonction des structures existantes et de la présence ou non d'autres bailleurs de fonds du Programme. Dans chaque DS, deux (2) formations sanitaires (FOSA) dont une publique et une privée, ont été sélectionnées. Au total, les interventions de l'UNICEF en matière de VIH ont été évaluées dans dix-huit FOSA.

S'agissant de la taille de l'échantillon, 312 personnes ont participé à l'évaluation dont 133 entretiens individuels (77,2% d'hommes et 22,7% de femmes) à raison de 82 au niveau communautaire et 51 au niveau central et régional ; et 20 Focus de Groupes (FG) dont 43,6% de femmes et 56,4% d'hommes ont été conduits.

Pour le traitement des données collectées, une analyse thématique a été menée par région, et ensuite pour les 18 districts de santé sélectionnés dans les trois régions. Les spécificités de chaque région ont été mises en exergue afin de distinguer et de cartographier les résultats et les goulots d'étranglement. Dans une logique d'approche méthodologique mixte et chaque fois que cela était possible, certaines informations du volet quantitatif ont été consolidées (triangulation) par les données qualitatives et vice-versa. Des précautions scientifiques et éthiques ont été prises pour le contrôle de la qualité des informations collectées en vue de s'assurer de la fiabilité des conclusions tout au long de la phase d'analyse des données.

La principale limite de cette évaluation était due aux conditions d'insécurité qui ont amené l'équipe à remplacer certains sites de l'échantillon.

iv. Principaux constats et conclusions par critère

Pertinence des interventions

Les analyses faites à partir des données primaires et secondaires collectées montrent que le Programme est entièrement aligné aux priorités des objectifs mondiaux 90-90-90 puis des Objectifs 95-95-95 portées par l'ONUSIDA. Après avoir apporté un appui sur la conception du Plan Stratégique National, le Programme s'est aussi aligné à ses objectifs et apporte une forte contribution à sa mise en œuvre. Les stratégies et interventions mises en œuvre par le Programme ont et continuent de répondre aux besoins des différentes cibles directes et indirectes. Les cadres de coordination ont également permis à l'ensemble des acteurs de jouer chacun son rôle.

³ L'Organisation de Coopération pour le Développement Economique et du Comité d'Aide au Développement (OCDE-CAD).

L'élaboration des micro-plans a permis d'adapter les interventions du Programme aux réalités techniques, socioculturelles, ainsi qu'aux capacités humaines de chacun des Districts de santé. Les mécanismes de coordination quant à eux ont permis de mieux accorder la place à tous les groupes d'acteurs. Il s'en est aussi découlé une intégration plus efficace du niveau hospitalier et du niveau communautaire. Les relais communautaires et les structures à base communautaire ont pu appuyer la recherche des cas et des perdus de vue, leur référencement et leur mise sous traitement ARV.

Sur cette base, l'équipe d'évaluation juge que le Programme a été très pertinent par rapport aux priorités stratégiques et opérationnelles nationales, régionales, mondiales et aux besoins des bénéficiaires attendus (enfants, adolescents, jeunes, femmes et hommes). Néanmoins, le programme devrait renforcer des interventions ciblant spécifiquement les personnes les plus vulnérables vivant avec handicap.

Efficacité des interventions

Au terme de l'analyse des performances au moyen des matrices de résultats, l'examen des différences positives portées par le Programme appuyé par l'UNICEF, et ses avantages comparatifs, l'on a pu constater que sans atteindre la totalité des résultats escomptés, le Programme a permis de faire des avancées significatives.

Dans le domaine des objectifs 90 – 90 – 90, bien que le Programme ait permis de faire des avancées significatives dans la mise sous traitement des enfants et des femmes, les progrès chez la cible jeune n'ont pas été à la hauteur des attentes. Bien que les jeunes témoignent d'une connaissance plus accrue des moyens de prévention du VIH/SIDA, l'adhésion de ces derniers reste encore très en deçà des attentes. D'où, la persistance des nouvelles infections parmi les jeunes. Ce niveau de performance doit s'apprécier à la lumière des contraintes qui ont émaillé la mise en œuvre du Programme. Il s'agit notamment de la pandémie à COVID-19 qui a fortement entravé la mise en œuvre de certaines interventions, notamment le dépistage de masse chez les jeunes, et la fréquentation des services de santé par les mères et les enfants. Il a en résulté l'abandon du traitement par certains malades de la file active. Dans une moindre mesure, on peut relever les déplacements internes causés par les effets des crises (naturelles et sociopolitiques).

De ce qui précède, et sur la base des critères de jugement proposés dans la section méthodologie, l'équipe d'évaluation juge le programme efficace.

Efficiences des interventions

D'une manière générale, il semblerait que malgré l'efficacité démontrée lors de l'analyse de la mise en œuvre et l'utilisation du modèle bottom-up en prenant en compte les réalités de chaque district/région, l'efficacité mérite d'être améliorée :

- ✓ L'allocation et l'utilisation des fonds mobilisés paraissent efficaces au regard de l'évolution des résultats et des montants dépensés malgré une certaine volatilité de ces dépenses.
- ✓ Le fait que les acteurs de terrain se plaignent à tous les niveaux du retard dans le déblocage de fonds malgré une planification validée avec l'équipe de l'Unicef.
- ✓ L'approvisionnement en intrants est efficace, évitant au maximum les ruptures et les péremptions qui restent limitées, à certaines zones et certains produits de santé. Il faut cependant noter la rupture en ARV de 2^e ligne (Fondation Chantal Biya et Hôpital D'Ebomé) et en préservatifs (dans les trois régions à savoir Est, Sud et Extrême-Nord) et un approvisionnement en consommables « Point of Care » avec des dates proches de la péremption. Ces ruptures proviendraient selon les prestataires du niveau national du niveau national.
- ✓ Une quasi-absence de maintenance préventive et curative des appareils entraînant parfois de longues périodes de pannes au cours desquelles les examens de laboratoires ne sont pas effectués.

Durabilité des interventions

Malgré sa pertinence, ses gains substantiels et son efficacité, il existe le risque pour la durabilité de ces acquis, une fois les apports du projet suspendus dans le cadre d'un nouveau cycle de programmation. La gratuité des intrants devrait être maintenue ainsi que la formation et le renforcement des capacités organisés pour les OBC, notamment à travers la formation des groupes de jeunes pouvant devenir des pairs-éducateurs au sein de leurs communautés.

Outre l'appui en intrants, il faudrait aussi poursuivre la dotation des structures de prise en charge et d'accompagnement des patients en matériels logistiques.

Prise en compte du genre et équité des interventions

La prise en compte du genre et de l'équité s'est systématiquement faite lors de la planification des interventions. Ainsi, il n'existe aucunement de discriminations ni de privilèges accordés à tel patient au détriment d'un autre patient. Les services sont équitablement offerts, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme à la seule différence qu'en fonction de sa nature biophysique et la mise en œuvre de la PTME, un service spécifique a été mis sur pied pour les femmes enceintes et leurs futurs bébés. Les personnes vivant avec un handicap et les personnes socialement marginalisées (personnes vivant avec un handicap) n'ont pas eu une place particulière dans le dispositif de réponse. Leur prise en compte est limitée du fait que, comme les autres personnes, ils sont exposés au VIH/Sida et donc bénéficient au même titre que tout le monde, des services de prévention – à l'exception des activités de masse – et de prise en charge adéquate en cas d'infection. Les interventions communautaires semblent les mieux adaptées pour prendre en considération les désirs des personnes à besoins spécifiques et à leur permettre d'avoir accès aux services et soins du VIH/SIDA. (Données quantitatives relatives à l'évolution et à la contribution du programme)

Le tissu associatif mobilisant les personnes à besoin spécifiques est assez présent dans les régions ciblées par la présente évaluation. L'équipe d'évaluation en constatant la présence des PVVIH dans les instances communautaires (COSADI, COSA, COGE, CODI), a découvert que ces personnes vivant avec un handicap y siégeaient en raison des compétences qu'elles avaient développées et qui sont reconnues par leurs communautés et non suite à une place spécifique qui leur est accordée.

Partenariat pour la mise en œuvre du Programme

De l'avis des interlocuteurs, il existe un dispositif de concertation et de suivi plus global qui facilite la programmation, la mobilisation des ressources et le suivi de la mise en œuvre du Programme et qui s'inscrit dans le cadre de la coopération entre le Cameroun et le système des Nations Unies.

Par ailleurs, des mécanismes formalisés de coordination ont été mis en évidence entre PTFs dont en particulier le Groupe Thématique « Santé » qui regroupe les PTFs appuyant la santé et qui constitue un cadre d'échanges mensuels impliquant les organisations onusiennes et les partenaires bilatéraux. Cependant, cette coordination reste insuffisante en ne garantissant pas la synergie totale nécessaire et ne permettant pas d'éviter les « doublons », voire les antagonismes. Plus étonnantes, trois agences onusiennes (OMS, UNFPA et UNICEF) ciblant les mêmes groupes (enfants et femmes) et engagés, dans la plupart des cas, dans les mêmes domaines et zones d'action, ne sont pas arrivées à mettre en place des mécanismes efficaces et contraignants de coordination.

v. Leçons apprises

- 1) Les innovations introduites telle que « l'initiative Jeune 3+1 » qui combine 3 plates- formes d'offre de service (scolaire, communautaire et service de santé), en plus d'une plateforme digitale permet d'accroître la demande et l'utilisation de services. Ces innovations numériques contribuent à replacer les jeunes au centre du cadre de prise des décisions. Ils sont, non plus des bénéficiaires exclusifs, mais également des parties prenantes à part entière ;
- 2) La gouvernance locale sous le leadership de la commune permet de renforcer la synergie et la coordination entre les différents acteurs et une mobilisation des ressources endogènes.
- 3) La stratégie de planification en « bottom-up » contrairement au top-down permet de renforcer l'appropriation des interventions par les acteurs depuis le niveau opérationnel, de faciliter les évaluations des besoins réels des structures de mise en œuvre et enfin d'adapter les interventions du Programme aux réalités locales;
- 4) L'affectation des personnels qualifiés dans les FOSA, combinée à l'implication des PVVIH des FEA et des jeunes permettant une fluidification des activités dans la chaîne d'approvisionnement ;
- 5) Les interventions spécifiques notamment pour les IDPs permettent de retrouver et remettre dans le circuit du système de santé les couples mère-enfant issu des zones à sécurité compromise qui étaient jusque-là perdus de vue.

viii. Recommandations

Les recommandations sont issues de la synthèse des échanges avec les différentes parties prenantes y compris le bureau Pays et le groupe de référence. Elles ont été validées au cours de l'atelier de validation du rapport organisé du 27 au 28 novembre 2023. Elles sont présentées par niveau (stratégiques et opérationnelles). Les responsables pour la mise en œuvre des recommandations ont été également identifiées. Les détails sont dans le rapport principal.

Recommandations stratégiques

- 1) Consolider et renforcer le dispositif de coordination à tous les niveaux pour optimiser l'atteinte des résultats du programme (notamment l'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant et l'accès universel au dépistage et au traitement du VIH pédiatrique) tout en mettant en place une plateforme multisectorielle de coordination des activités du VIH/SIDA/IST/VBG au niveau des communes et des DS, mais aussi en organisant des rencontres périodiques (trimestrielle) entre les acteurs de la plateforme multisectorielle d'échange sur les questions de VIH/SIDA (**MINSANTE /DROS**);
- 2) Renforcer la chaîne d'approvisionnement afin de rendre disponibles les intrants dans les FOSA par la prise en compte des besoins réels en intrant de la chaîne d'approvisionnement, la mise en place d'un mécanisme de suivi en temps réel et l'appui à la quantification annuelle et anticiper dans la commande des intrants (**MINSANTE/ DPML**) ;
- 3) Élaborer une stratégie de sortie pour tous les partenaires de mises en œuvre, qu'il soit multidimensionnel pour préparer la durabilité par le biais d'une Intégration des questions VIH/SIDA dans les propositions de projets des autres secteurs, par l'incitation des communes à mobiliser des ressources additionnelles en faveur du VIH/SIDA et par le renforcement des capacités partenaires communaux dans la planification et la mobilisation des ressources (**MINSANTE /DROS**);
- 4) Renforcer le système (santé et non sante) par l'implication soutenue des communautés affectées par le VIH/SIDA dans l'organisation, la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions afin de promouvoir l'appropriation communautaire des interventions et ne laisser personne pour compte, mais aussi par le renforcement des capacités techniques et managériales des acteurs à tous les niveaux opérationnels (**MINISANTE/DROS & CNLS**).

Recommandations Opérationnelles

- 1) Renforcer les capacités et mettre à échelle les centres de soins et de traitement du VIH et des structures d'encadrement des jeunes (OSC, OBC, CMPJ, CESO, CPFF, CMS, IMS, les établissements scolaires) pour assurer une meilleure couverture des services. Ceci en développant des actions ou des interventions spécifiques sur la base des évidences identifiées par les cibles et la Formation et ou recyclage le personnel des structures d'offre de services, de lutte contre le VIH/SIDA (**MINISANTE/DROS & CNLS**).
- 2) Actualiser la stratégie de communication en veillant à l'utilisation des outils innovants de communication adaptée à toutes les catégories de cibles (**CNLS**)
- 3) Renforcer les actions de sensibilisation ciblant spécifiquement les adolescentes (10-19 ans), les jeunes et les autres personnes vulnérables en organisant des sessions de formation ciblées et adaptées aux besoins des adolescents (10-19 ans), les jeunes et aux autres groupes vulnérables (**CNLS/UNICEF/PTFs**);
- 4) Respecter les procédures pour la mise à disposition à temps des ressources financières en renforçant les capacités des acteurs du HACT (**UNICEF**) ;
- 5) Assurer l'inclusivité des groupes à besoins spécifiques dans le dispositif de coordination de la réponse au VIH/Sida en veillant à la présence de représentants des personnes vivant avec un handicap, les travailleuses de sexe, les groupes minoritaires dans la composition des COSA et des COSADI, en organisant des sessions de renforcement des connaissances aux filles/femmes pour leur apprendre sur les life skills ; mais aussi en organisant des formations des adolescents (es) et les jeunes garçons sur la responsabilité positive, et enfin en actualisant et diffusant les outils de collecte de données désagrégées par sexe dans le cadre du programme VIH (**CNLS/UNICEF**).

I. Introduction

La présente évaluation a été commanditée par le bureau de l'UNICEF Cameroun et porte sur le programme VIH/SIDA mis en œuvre de 2018 à 2022.

L'évaluation a été menée de manière participative et inclusive avec les parties prenantes du programme et avec les différents détenteurs de droits (les enfants, les adolescents, les jeunes, les femmes et hommes).

Les constats, conclusions et recommandations de cette évaluation permettront à l'UNICEF de revoir son positionnement stratégique de programme de pays dans la riposte contre VIH/SIDA dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs partageant le mandat pour les jeunes et les enfants. Ils seront également utilisés pour ajuster les stratégies et les approches de mise en œuvre afin de réorganiser les performances de la riposte au VIH/SIDA au Cameroun. Les preuves rassemblées à partir de l'évaluation soutiendront le plaidoyer de haut niveau de l'UNICEF auprès des donateurs, des parties prenantes nationales (gouvernement central et les deux chambres du Parlement), des autorités locales et du secteur privé en faveur de la mobilisation des ressources nationales pour soutenir la riposte au VIH et accélérer l'élimination du sida pédiatrique d'ici 2030.

1.1. Contexte de l'évaluation

1.1.1. Contexte Général du Pays

Le Cameroun est situé en Afrique Centrale, au fond du golfe de Guinée. Il est limité au nord-est par le Tchad, à l'est par la République Centrafricaine, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, à l'ouest par le Nigéria.

Avec une superficie de 475.050 km², le pays est caractérisé par une diversité géo-climatique⁴. Les régions (du Centre, de l'est, du littoral, du sud et du sud-Ouest) ont un climat chaud et humide aux précipitations abondantes alors que les hauts plateaux de l'ouest (régions de l'ouest et du Nord-Ouest) sont une zone de savane et de terres volcaniques favorables à l'agriculture. Le Nord soudano-sahélien (régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une zone de savane et de steppe caractérisée par un climat tropical chaud et sec et des précipitations de plus en plus réduites au fur et à mesure que l'on se rapproche du lac Tchad. Le Pays compte 10 régions, divisées en 58 départements et 360 arrondissements. On dénombre également 360 communes.

Abritant plus de 25 millions d'habitants en 2018, le Cameroun est classé dans le groupe des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure⁵. Selon le FMI, le Cameroun fait preuve de résilience dans un contexte d'incertitude intérieure et mondiale. La croissance est estimée à 3,8 % pour 2022, soutenue par la production hors secteur pétrolier. L'inflation, en glissement annuel, est estimée à 7,3 % à la fin de 2022. Le déficit budgétaire global s'est amélioré, passant de 3 % du PIB en 2021 à environ 1,1 % du PIB en 2022, grâce à l'augmentation des recettes pétrolières et non pétrolières⁶.

1.1.2. Aperçu général de la situation sanitaire et du VIH/SIDA

Le Cameroun fait face à une épidémie mixte de VIH, à la fois généralisée et concentrée dans certains groupes de populations hautement exposés au risque. Au vu des données des EDS (2011 et 2018), la prévalence du VIH a baissé de 4,3% en 2011 à 2,7% en 2018. Les régions à forte prévalence sont le Sud et l'Est avec des prévalences de 5,8% et 5,6% respectivement ; tandis que l'Ouest et l'Extrême Nord ont des prévalences les plus basses de 1.6% et 1,1% respectivement. Au cours de cette période, il faut noter une augmentation de la prévalence chez les adolescents de 15-19 ans passant de 0,8% en 2004 à 1,4% en 2018, ce qui s'explique par le fait que la plupart des nouvelles infections surviennent chez ces jeunes âgés de 15 à 24 ans avec une incidence 9 fois plus élevée chez la jeune fille⁷. Selon les données récentes de Spectrum (2022), les régions à forte prévalence sont par ordre d'importance celles du Nord-Ouest (9,3%) de l'Est (8,5%), du Sud-Ouest (8.2%), du Centre (7,9%), du Nord (7,3%

⁴ Stratégie sectorielle santé 2016-2027

⁵ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/cameroon>; page consultée le 21/10/2023

⁶ <https://www.imf.org/fr/Search#q=donn%C3%A9es%20cameroun&sort=relevancy>; page consultée le 21/10/2023

⁷ CAMPHIA 2017

et de l'Extrême-Nord (6,7%). En revanche, les régions à prévalence relative ou faible sont celles du Littoral (3,6%), de l'Adamaoua (5,4%) et du Sud (5,2%).

Les besoins d'actions efficaces contre le VIH/SIDA, plus particulièrement chez les jeunes, filles en particulier, sont confirmés par l'analyse des données sur la prévalence et le niveau de connaissance au démarrage du Projet. Le CAMPHIA 2017 et l'EDS 2018 ont mis en évidence une faible connaissance et utilisation des moyens de prévention contre le VIH/SIDA chez les adolescents et par conséquent une augmentation de l'incidence du VIH dans cette population.

L'incidence annuelle du VIH est plus élevée chez les adolescentes de 15-24 ans avec une disparité homme-femme très prononcée. Elle est de 39,1% chez les femmes de 20-24 ans contre 33,4% chez les femmes de 15-19 ans.

Dans la population des 15-24 ans, 36 % des femmes et 33 % des hommes seulement avaient une connaissance complète des moyens de prévention du VIH dans l'EDS 2018. Une proportion plus élevée a été observée en milieu urbain qu'en milieu rural (41% vs 29% chez les jeunes femmes ; 39% vs 25% chez les jeunes hommes respectivement). La connaissance complète sur le VIH augmente avec le niveau d'instruction chez les jeunes (de 27% chez les non instruits, 47% au 2nd cycle du secondaire, 56% au niveau supérieur chez les femmes ; 9 %, 44 % et 59 % chez les hommes respectivement).

Moins de deux tiers des adolescents et jeunes garçons et filles de 15-24 ans n'ont pas de connaissance des moyens de prévention du VIH, avec un niveau d'autant plus prononcé que le sujet est jeune, d'où la pertinence des activités de sensibilisation précoce auprès de cette population.

Les cascades PTME mère/enfants exposés et pédiatriques ont relevé des faiblesses dans l'identification des cas, le lien au traitement, le suivi de la charge virale et l'identification des femmes enceintes.

Tenant compte de ce contexte, les stratégies retenues dans la composante 2 du CPD 2018-2022 ciblent particulièrement ce groupe de population avec un accent particulier sur le renforcement des connaissances des adolescents en matière de prévention du VIH et de recours aux services. Aussi dans le domaine de la prise en charge de la PTME, l'accent a été mis sur le renforcement des capacités des prestataires et des établissements de santé dans l'identification, le diagnostic et la recherche active des cas dans le cadre d'une approche efficace centrée sur la famille. Plusieurs partenaires notent que la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leurs proches a significativement régressé. Cette situation est due à une offre d'accompagnement juridique pour les victimes d'abus, discrimination et violation des droits humains. Celle-ci a été mise en place, pour s'assurer que les lois et politiques garanties par la Constitution du Cameroun s'appliquent à toutes personnes, y compris celles qui sont stigmatisées⁸.

1.1.3. Principaux enjeux de développement liés au VIH

La situation sanitaire du VIH et le contexte socio-économique du pays posent la question de l'impact du VIH sur le capital humain qui est au centre du développement économique du Cameroun. Les secteurs productifs du Cameroun portent essentiellement dans les domaines de l'agriculture, du transport, de l'exploitation minière, de la commercialisation des produits manufacturés ; lesquels occupent l'écrasante majorité de la main-d'œuvre productive. Les niveaux de forte prévalence et d'exposition au VIH de cette population constituent un enjeu et un défi importants de développement pour le Cameroun. La riposte au sida est un investissement judicieux qui a des répercussions positives sur la santé, la société et l'économie. Afin d'accélérer et de maximiser les progrès vers l'atteinte de la cible 3.3 des ODD 2030, le Cameroun doit prendre des mesures visant accélérer ses efforts d'investissement dans l'accès et l'utilisation efficace des services de prévention adaptés aux besoins des populations à haut risque d'infection par le VIH, en particulier les populations clés et vulnérables.

1.1.4. Instruments d'orientation de la riposte à l'épidémie du VIH/SIDA au Cameroun

La politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA met un accent particulier sur les interventions spécifiques à l'endroit des femmes, des hommes, des enfants, des adolescents et jeunes, et autres groupes vulnérables. En effet, l'équipe ministériel du gouvernement camerounais compte en sein des départements ministériels (MINESUP,

⁸ Revue PSN 2018-2022

MINSEC, MINAS, MINJEC, MINPROFF) en charge de ces cibles. Les interventions multisectorielles de ces ministères au côté du MINSANTE sont une stratégie d'intégration des besoins spécifiques des cibles vulnérables dans le paquet des ripostes en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

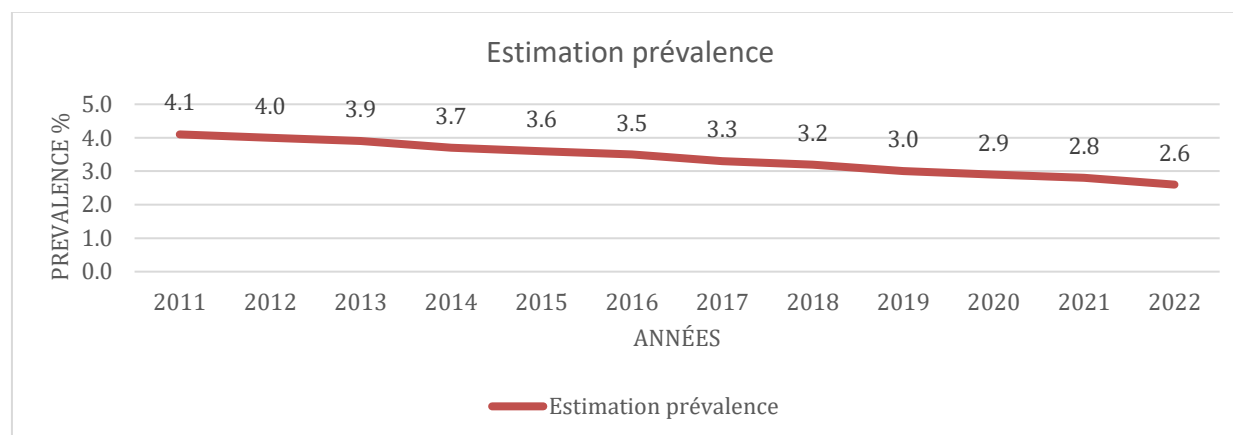
Afin de mieux organiser sa riposte, le Cameroun s'est doté d'un plan stratégique couvrant la période 2018-2023 et décliné en quatre axes d'impacts dont: 1) la réduction des nouvelles infections 2) la réduction de la mortalité, 3) l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH et 4) la qualité de la gouvernance de la réponse.

Malgré le progrès significatif dans la riposte, l'identification, le lien au traitement et le suivi des enfants sous ARV restent faibles chez les enfants et les adolescents stigmatisés⁹.

La PTME nationale a suivi les mêmes tendances, car en 2016, 17% des femmes enceintes (FE) attendues n'ont pas été reçues en CPN, 12% de celles qui sont reçues n'ont pas été testées pour le VIH (plus de 89000 FE) et 13% des FE reçues et testées ne connaissent pas leur statut VIH (plus de 96 000 FE). Parmi celles qui sont séropositives, 25% ne sont pas traitées par ARV.

La file active a connu des progrès, passant de 145 038 en 2014 à 205 382 en 2016. Parmi ces 205 382 personnes sous ARV, 4% (8 486) étaient des enfants de moins de 15 ans et 71% étaient des femmes. Ce recrutement a permis d'atteindre 91,46% de la cible (224 563) de 2017. Les régions du Centre (25%), du Littoral (20%) et du Nord-Ouest (15%) concentrent plus de la moitié de la file active nationale; l'Est (4.7%), l'Adamaoua (3.95%), et le Sud (3.8%) ont les plus faibles poids de file active. Entre 2014 et 2016, la couverture en ARV est passée de 23,8% à 33%.

Graphique 1 : Evolution de la prévalence du VIH chez les 15-49 ans entre 2011 et 2022(Spectrum 2023)



Malgré une tendance à la baisse de la prévalence globale du VIH chez les 15-49 ans entre 2011 (4,3%) et 2018 (3,4%), elle demeure élevée avec une forte disparité entre les régions du Cameroun. En effet, les régions du Sud et de l'Est restent les régions ayant les taux de prévalence les plus élevés respectivement 5,8 % et 5,6 %, et les régions les plus faibles sont l'Extrême Nord (1,1 %), l'Ouest (1,6 %) et le Nord (1,7 %)¹⁰.

L'incidence nationale du VIH est de 0,27 % dans la population âgée de 15 à 64 ans avec quatre nouvelles infections sur cinq qui surviennent chez les femmes. Chez les adolescentes et les jeunes femmes, la prévalence est estimée à 0,8 % avec un fardeau plus élevé dans la tranche d'âge des 20-24 ans (2,4 %). Elle est aussi élevée parmi les populations clés, soit 24,3 % pour les TS et 20,7 % pour les HSH âgés de 15 à 64 ans¹¹.

Le critère de choix des régions d'intervention de l'UNICEF était l'absence du Projet CDC-PEPFAR. En effet, dans le cadre de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le projet PEPFAR couvrait 4 régions à savoir Nord-Ouest, Sud-Ouest, Centre et Littoral. Le projet PETVISIDAME couvrait donc les 6 régions restantes (Extrême-Nord, Nord, Adamaoua, Est, Sud, Ouest).

⁹ Revue PSN 2018-2022

¹⁰ EDS 2011 et 2017

¹¹ PSN VIH-IST 2018-2022

Les modalités de choix des régions d'intervention ont d'abord reposé sur l'expertise et les performances acquises dans la mise en œuvre du programme précédent de l'UNICEF et la nécessité d'accélérer le progrès vers l'atteinte des objectifs des trois 90 pour inverser les tendances des nouvelles infections.

1.1.5. Mécanismes de financement de la riposte au VIH/SIDA

Dans les deux programmes 2018 – 2021 et 2022 – 2026, l'UNICEF s'est positionné sur trois axes majeurs que sont (i) l'amélioration de l'offre et la qualité des services offerts pour la prévention et la prise en charge ; (ii) l'amélioration de la demande avec un accent sur la fidélisation de cette demande ; (iii) l'amélioration du cadre stratégique et normatif de la lutte contre le VIH et le SIDA au Cameroun. Ces efforts impliquent la mobilisation conséquente des ressources.

Les ressources de la lutte contre le VIH/SIDA proviennent de divers mécanismes dont les principaux sont : 1) les initiatives globales, notamment le Fonds Mondial Contre le VIH et le SIDA, 2) les ressources domestiques provenant des allocations du budget publiques, 3) les contributions spéciales des donateurs internationaux qui financent des programmes spécifiques.

Durant les trois premières années de la période évaluée, la moisson des ressources n'a pas été assez fructueuse. Ce niveau de financement a notamment affecté le positionnement géographique des interventions du programme. Seuls 12 Districts de Santé étaient couverts par les interventions du Programme. Ce niveau de financement n'était pas suffisant pour permettre au Programme de s'attaquer aux principaux goulots d'étranglement.

Grace au projet d'appui à l'élimination de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant démarré en 2020, le budget du programme est passé de 1.635.575 en 2018 à 5.056.033 en 2022. L'objectif du projet était de contrôler la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire le taux de transmission à moins de 5% chez les femmes allaitantes, à travers l'accès au diagnostic précoce du VIH et au traitement du VIH pour les femmes enceintes dans six régions cibles. Spécifiquement, le projet visait à (i) assurer l'accès à des services innovants de VIH/SIDA et au modèle delivery, (ii) améliorer la détection précoce et le suivi des nourrissons et des femmes enceintes infectées par le VIH et (iii) promouvoir une approche communautaire innovante pour améliorer l'inscription et l'adhésion au TAR.

Les résultats clés suivants étaient attendus d'ici 2022 : **1) 95 % de tous les nouveaux clients du traitement antirétroviral parmi les femmes enceintes ont atteint la suppression virale, 2) augmentations de l'utilisation des services de diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons dans 555 établissements de santé, 3) formations de 3974 personnels de santé sur les disciplines pertinentes liées à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 4) mises en place d'un système opérationnel de surveillance des cas de VIH/sida, 5) 55 hôpitaux de district équipés de tests de charge virale et certifiés par les autorités compétentes, 6) mises en place d'un système national de surveillance de la résistance au traitement antirétroviral.**

Malgré le déblocage retardé des fonds, la couverture géographique de l'appui de l'UNICEF est passée de 10 districts dans quatre régions à 55 districts dans 5 régions (voir annexe A5). Cependant, certaines interventions planifiées n'ont commencé plus d'un an après en raison d'un manque de financements (en 2018-2019 avant de recevoir les fonds de la BID).

1.2 Objet de l'évaluation

Les interventions à évaluer sont celles relatives à la contribution de l'UNICEF à la lutte contre le VIH chez les femmes enceintes, les jeunes enfants, les adolescents et les jeunes. Le programme UNICEF était entièrement aligné sur le plan stratégique national 2018-2023 qui avait comme objectif d'assurer aux femmes, aux enfants et aux adolescents un accès durable et équitable aux services de prévention, de soins et de traitement. Le programme était également aligné au SND 30 et l'agenda 2030. Pour l'atteinte des résultats du programme, les interventions étaient organisées autour de composantes et soutenues par des stratégies qui devraient contribuer au renforcement de l'offre et de la demande des services, et l'amélioration de l'environnement propice pour la mise en œuvre du programme.

Tableau 1: Présentation succincte de l'objet de l'évaluation

Titre du projet/programme	Programme VIH&SIDA de l'UNICEF Cameroun
Pays	République du Cameroun
Sources de financement / bailleurs	UNICEF
Budget mobilisé par l'UNICEF	27 695 472 USD
Durée	2018 – 2022 ¹²
Objectif global	L'objectif global du programme de pays 2018-2021 est d'assurer aux femmes, aux enfants et aux adolescents un accès durable et équitable des services de prévention, de soins et de traitement.
Composantes (axes, effets, produits, etc.)	<p>La composante du programme VIH/sida a été conçue comme la contribution de l'UNICEF à l'effort national visant à freiner la tendance des nouvelles infections, ainsi qu'aux soins et au traitement à travers l'obtention des résultats suivants :</p> <p>Résultat 1 : Les prestataires de soins de santé ont les moyens d'identifier, de traiter et de maintenir sous traitement les enfants et les adolescents vivant avec le VIH dans les districts soutenus par l'UNICEF.</p> <p>Stratégies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Développement d'approches programmatiques innovantes pour identifier le plus grand nombre d'enfants vivant avec le VIH et les relier aux services de traitement, de soins et de soutien ARV.</i> • <i>Renforcement des capacités des prestataires de soins de santé à fournir des soins intégrés de qualité aux enfants et adolescents vivant avec le VIH</i> • <i>Promotion de nouvelles approches et de modèles novateurs pour accroître l'identification précoce des enfants vivant avec le VIH.</i> <p>Résultat 2 : Les enfants, les adolescents et leurs familles ont les connaissances et les capacités nécessaires pour rechercher des services de prévention, de soins et de traitement du VIH et rester dans le continuum de soins dans les districts soutenus par l'UNICEF.</p> <p>Stratégies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Renforcement des capacités de communication des OBC et des adolescents pour provoquer un changement d'attitude à l'égard du VIH et de son traitement par le biais d'activités de communication</i> • <i>Intensification de la prévention du VIH fondée sur des données probantes parmi les adolescents, en particulier les filles</i> • <i>Recentrage programmatique autour du ciblage des populations à risque et développement d'approches innovantes (M-Santé) Pour leur maintien aux soins.</i> <p>Résultat 3 : Les acteurs clés ont les capacités pour planifier, coordonner, suivre et évaluer les interventions intégrées de lutte contre le VIH/SIDA fondées sur des preuves, l'égalité et l'équité entre les sexes.</p> <p>Stratégies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Promotion d'une planification conjointe et de l'intégration stratégique et opérationnelle des services VIH à tous les niveaux</i> • <i>Documentation des bonnes pratiques basées sur des preuves factuelles</i> • <i>Renforcement des capacités de planification et de suivi des acteurs opérationnels</i>

¹² L'année 2022 concerne le cycle du programme 2022-2026. Pour ce programme, les interventions de lutte contre le VIH sida sont intégrées dans le programme santé

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mobilisation des ressources pour garantir la durabilité des résultats et acquis.</i>
Titulaires des droits	18 634 Enfants (0-9 ans) et 30 978 adolescents (10-19) vivant avec le VIH et 23 249 Femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH (source rapport Spectrum 2019).
Zones bénéficiaires	Les cinq six régions sélectionnées comme prioritaires par l'équipe-pays des Nations Unies (l'Est, l'Adamaoua, le Nord, l'Extrême-Nord, l'Ouest et le Sud où la prévalence du VIH (5,8 %) est le double de la moyenne nationale (2,7 %) ont été incluses sur la base de la prévalence du VIH et des goulots d'étranglement qui entravent l'offre de services par le système de santé. Le nombre de districts d'intervention de l'UNICEF est passé de 10 en 2018 à 55 en 2020 et après la mobilisation des fonds de la Banque Islamique de Développement (BID) à 61 districts en 2022 après la revue de la carte sanitaire.
Partenaires (institutionnels, de mise en œuvre)	<ul style="list-style-type: none"> • Organismes gouvernementaux : Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la promotion de la femme et de la famille, de la Jeunesse, de l'Enseignement secondaire, de l'enseignement supérieur. • Agences des Nations Unies : UNFPA, ONUSIDA, UNESCO, OMS. • Organisations communautaires, y compris les groupes de femmes, les réseaux de jeunes. • Les ONG nationales et internationales. • Les organisations internationales et les ONG : CDC/PEPFAR, CHAI, EGPAF, UNITAID, le Fonds mondial et la Banque islamique de développement, l'OMS, le FNUAP et l'ONUSIDA.

La lutte contre le VIH au Cameroun est soutenue par plusieurs entités de financement parmi lesquels l'UNICEF. Le mandat de l'UNICEF est axé sur la prévention et le traitement et conforme au cadre d'action accéléré pour mettre fin au sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes d'ici à 2020 (vision des "3-Free" : Start Free, Stay Free, AIDS Free) décrit dans la riposte de l'UNICEF au VIH pour la période 2018-2021. Selon les données financières fournies par l'UNICEF les dépenses du programme de 2018 à 2022 sont respectivement en dollars américains de 1.635.575,54 en 2018, de 1.098.040,82 en 2019, de 3.719.885,97 en 2020, de 6.085.527,59 en 2021 et de 5.056.033,87 en 2022.

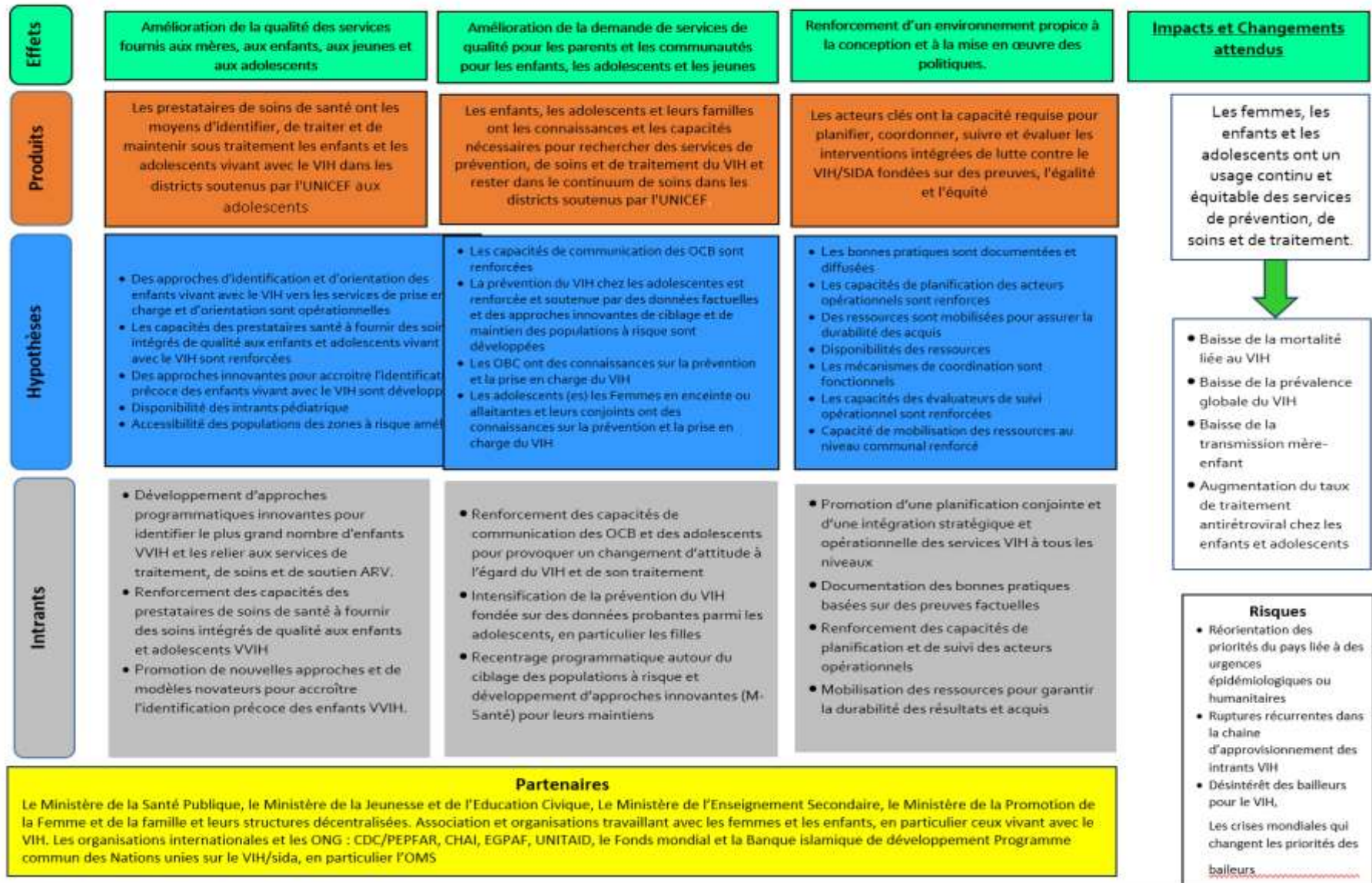
Ce programme couvre 61 districts de santé identifiés comme prioritaires dans 5 régions comprenant 1478 FOSA sur un total de 6069, soit une couverture de 24,4% (Cf. annexe A5). Au moment où 87% des FOSA offrent une PEC des PVVIH, 95,7% de la zone (5 régions) couverte par le Programme sont des sites de PEC des PVVIH. D'autres partenaires ont contribué au programme. Les principaux acteurs sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2: Rôles et contributions des parties prenantes

Parties prenantes	Description du rôle et de la contribution
UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> • Assister techniquement et financièrement les structures étatiques et communautaires pour planifier, financer, mettre en œuvre et suivre les activités de lutte contre le VIH/SIDA. • Mobiliser ses ressources budgétaires et extrabudgétaires en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA. • Exécuter ses propres ressources et certaines mobilisées auprès d'autres PTF (ex : BID). • Engager périodiquement des évaluations indépendantes des actions financées par ses ressources ou par celles dont l'UNICEF en a la charge.
Détenteurs d'obligation (Structures étatiques :	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la propagation du VIH dans la population générale et dans les groupes à haut risque par la mise en œuvre des mesures de prévention

Parties prenantes	Description du rôle et de la contribution
MINSANTE et les autres secteurs non santé)	<p>efficaces et efficientes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité de vie des PVVIH grâce à une meilleure prise en charge globale ; • Réduire l'impact socio-économique de la maladie sur les personnes vivant avec le VIH, les OEV et les autres personnes affectées • Renforcer la mobilisation sociale et l'appropriation de la lutte par tous les acteurs ; • Renforcer les systèmes de santé et communautaire en vue de pérenniser les interventions • Renforcer la disponibilité d'une information stratégique et son utilisation adéquate pour la prise de décision et l'amélioration des interventions • Renforcer la coordination, la mobilisation des ressources et la gestion de la réponse nationale.
Partenaires multilatéraux (OMS, ONUSIDA, USA CDC, UNAIDS, GLOBAL - HIV AND AIDS UNITED NATIONS MULTI PARTNER TRUST)	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter un appui technique à la mise en œuvre du plan de renforcement et de passage à l'échelle des interventions selon leur domaine d'intervention ; • Apporter un appui à la mobilisation des ressources ; • Apporter un appui technique aux entités étatiques en charge du suivi et de l'évaluation des activités.
Partenaires bilatéraux et hybrides (PEPFAR, Fonds mondial, JAPAN, USA (STATE) BPR, GERMANY)	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la quantité et la qualité des ressources humaines • Apporter un appui à l'acquisition des intrants • Contribuer au renforcement du système de santé • Renforcer la planification stratégique et le système d'information sanitaire
Détenteurs de droits (femmes, hommes, enfants, jeunes)	<ul style="list-style-type: none"> • Participer aux activités menées par les Associations de la Société Civile, par les organisations à base communautaire (OBC) ou par les agents communautaires (ASC). • Participer aux activités de dialogue communautaire menées par ces différents acteurs communautaires. • Utiliser les services préventifs et de prise en charge des cas de VIH prodigués par les différents acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux. • Sensibiliser l'entourage sur les modes de transmission et sur les moyens de prévention, ainsi que les possibilités de prise en charge.
Autres parties prenantes (OBC, ONG)	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner le renforcement et l'extension des interventions communautaires en collaboration avec le district sanitaire et les élus locaux ; • Participer aux formations des agents de santé communautaire (ASC). • Appuyer et superviser les ASC dans l'implantation des interventions promotionnelles de prévention au niveau des communautés. • Identifier et mettre en œuvre des stratégies de motivation des ASC et des agents d'OCB. • Partager les données de suivi des activités menées au niveau communautaire. • Mener les activités de « Community Lead Monitoring (CLM) » • Assurer la dispensation communautaire des ARV
Communautés (parents, caregivers, jeunes, adolescents, leaders communautaires et religieux)	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la sensibilisation de la lutte contre le VIH • Adhérer aux directives de prise en charge du VIH • Donner un feedback dans le cadre du CML • Participer à la prise en charge

Théorie du changement du programme VIH & SIDA 2018-2022



II. But, objectifs et portée de l'évaluation

2.1. But de l'évaluation

Comme souligné dans les termes de référence, l'évaluation a un double but : la redevabilité et l'apprentissage. En ce qui concerne la **redevabilité**, la présente évaluation vise à fournir aux donateurs, aux détenteurs de droits et aux détenteurs d'obligations, y compris le gouvernement et à toutes les parties prenantes une appréciation indépendante de la performance du programme 2018-2022, dans sa contribution à l'amélioration de la prévention, du traitement et des soins du VIH pour les enfants, les femmes enceintes et les adolescents au Cameroun.

En termes d'**apprentissage**, cette évaluation doit offrir un cadre d'échange à tous les partenaires d'exécution du programme autour de l'analyse de la pertinence stratégique et opérationnelle, des acquis, des forces et faiblesses, des facteurs qui ont facilité ou limité l'atteinte des résultats et tirer les leçons apprises dans une perspective de renforcement de la coordination et des interventions de lutte contre le VIH/sida au profit des populations à risque et groupes les plus vulnérables.

Le tableau suivant résume les utilisateurs et les utilisations envisagées de l'évaluation

Tableau 3: Les utilisateurs et les utilisations de l'évaluation

Utilisateurs de l'évaluation	Utilisations prévues de l'évaluation
Bureau Pays de l'UNICEF au Cameroun	<ul style="list-style-type: none">• Capitalisation des acquis du programme 2018-2022• Plaidoyer et mobilisation des ressources pour la durabilité du programme
Ministère de la Santé Publique et autres organismes gouvernementaux	<ul style="list-style-type: none">• Prise en compte des conclusions et recommandations de l'évaluation pour l'amélioration de l'efficacité et l'efficience des interventions• Développement d'un cadre de dialogue et d'intégration des responsabilités intersectorielles des actions de prévention, de traitement et des soins du VIH pour les enfants, les femmes enceintes et les adolescents.• Renforcement de la fonctionnalité des plateformes de coordination au niveau national et régional
Partenaires techniques et financiers (y compris les agences des Nations Unies, la BID)	<ul style="list-style-type: none">• Renforcement de la coordination et de l'intégration des actions de lutte contre le VIH au niveau stratégique et opérationnel.• Avoir des preuves sur les contributions des investissements la lutte contre le VIH&SIDA et la réalisation des objectifs stratégiques au Cameroun• Eclairera les décisions de continuer à soutenir l'UNICEF et le gouvernement dans la lutte contre le VIH&SIDA
Partenaires de mise en œuvre : ONGs nationales et internationales, Organisations communautaires,	<ul style="list-style-type: none">• Renforcement de la promotion, de la communication et de l'engagement communautaire• Intégrer (dans leurs pratiques quotidiennes) les bonnes pratiques identifiées au cours de l'évaluation et remédier aux faiblesses relevées au cours de l'analyse
Titulaires de droits (Communautés, parents, caregivers, enfants, adolescents, jeunes, leaders communautaires et religieux)	<ul style="list-style-type: none">• Identifier les bonnes pratiques qui améliorent l'accès, la demande et l'utilisation des services• Apprendre les leçons sur les modèles de succès• Stimuler la participation des communautés• Capitaliser sur les apports de la communauté et une meilleure appropriation par les communautés

2.2. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation a pour objectifs spécifiques de :

- Fournir des preuves solides et fiables sur la pertinence de l'approche stratégique globale adoptée par le programme de pays concernant le VIH et le SIDA.
- Fournir des preuves solides sur le niveau de réalisation des résultats prévus.
- Donner un aperçu des défis et/ou opportunités imprévus qui se sont produits et comment cela a affecté l'atteinte des résultats stratégiques.
- Identifier les leçons apprises ainsi que les bonnes pratiques potentielles qui peuvent être étendues.
- Formuler des recommandations qui aideront le pays et ses partenaires dans l'atteinte des objectifs 95-95-95 et mettre fin au VIH & SIDA pédiatrique d'ici 2030.

2.3. Portée de l'évaluation

2.3.1. Portée thématique

Étant donné que de nombreux partenaires sont impliqués dans la mise en œuvre de la riposte nationale contre le VIH&SIDA, l'évaluation se concentrera principalement sur les interventions soutenues par l'UNICEF au niveau stratégique (**révision des normes - génération des évidences/ preuves - formulation des politiques/stratégies**) et au niveau opérationnel (**prévention, traitement et soins dans les districts et les communautés**). Ainsi, l'évaluation portera sur le niveau de renforcement du système dans les aires de santé les plus vulnérables des zones d'intervention prioritaires. L'équipe d'évaluation se concentrera sur la qualité des services rendus aux populations, en particulier les enfants, et sur la manière dont l'UNICEF pourrait résoudre les principaux goulots d'étranglement systémiques, notamment dans les domaines de la gestion des partenariats et comités de coordination du secteur.

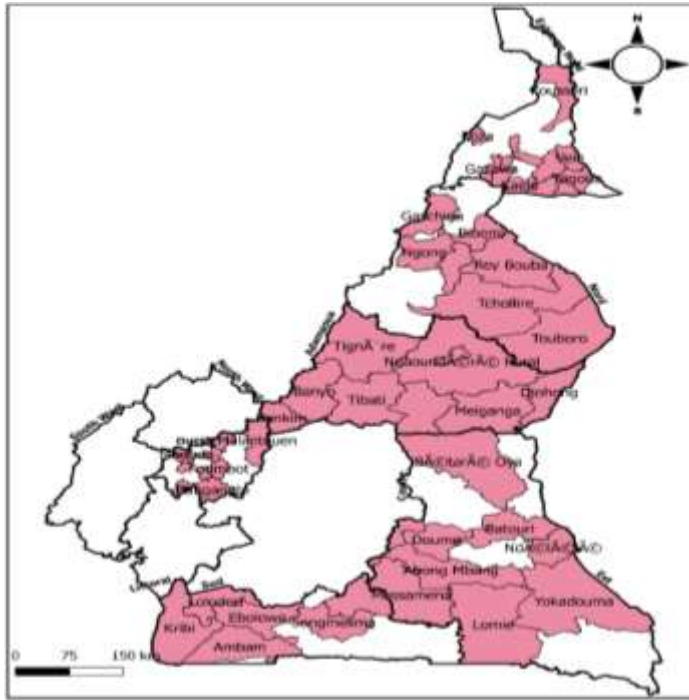
2.3.2 Portée géographique

L'évaluation a une portée nationale et a pris en compte les niveaux central et régional / périphérique. Toutefois à collecte de données primaires a été réalisée ainsi qu'il suit:

- Au niveau central à Yaoundé où les structures visitées ont été la CENAME, le Comité national de lutte contre le sida, ainsi que certaines Directions clés de plusieurs départements ministériels : MINSANTE, MINESUP, MINSEC, MINAS, MINJEC, MINPROFF.
- Au niveau régional / périphérique avec trois (3) régions administratives concernées (dont: **Est, Extrême-Nord et Sud**). Dans chaque région trois (03) Districts de santé et six (06) FOSA ont été sélectionnés, soit un total de 12 DS et 18 FOSA.

Les interventions de l'Unicef au Cameroun ont été déployées dans les sites indiqués sur la carte ci-dessous :

Figure 2 : carte des zones d'intervention du programme



2.3.3. Portée chronologique

Les travaux de l'évaluation ont couvert la période allant du 2 janvier 2018 au 31 décembre 2022. Les travaux de l'évaluation se sont efforcés à mettre en exergue la valeur ajoutée du financement du Gouvernement mis à disposition via la Banque Islamique de Développement. Bien que cette période couvre deux cycles du Programme de Coopération entre le Gouvernement du Cameroun et l'UNICEF, le choix répond à la nécessité de répondre aux questionnements des commanditaires clés de l'évaluation.

III. Critères et questions d'évaluation

Conformément aux directives des termes de référence, les analyses de l'évaluation ont été orientées par quatre principaux critères de l'OCDE/CAD que sont la Pertinence, l'Efficacité, l'Effizienz et la Durabilité. D'autres critères complémentaires ont été ajoutés. Il s'agit de l'Equité, du Genre et les Droits Humains et le Partenariat. L'examen de la performance du Programme sous chacun de ces critères est conduit par des questions. Les définitions des critères et questions par critères sont reprises dans la matrice d'évaluation sous l'annexe A6.

3.1. Échelle de l'évaluation

L'échelle d'évaluation (Cf. annexe A9) a été utilisée lors de la phase d'analyse afin d'émettre un jugement objectif sur chacun des critères d'évaluation. Plus particulièrement, des couleurs¹³ ont été utilisées pour apprécier le degré d'efficacité.

3.2. Matrice d'évaluation

À l'effet d'évaluer les besoins en informations nécessaires pour élaborer les éléments des réponses aux questions, l'équipe a procédé à la déclinaison des questions d'évaluation en question de travail. Cette déclinaison a tenu compte des éléments d'appréciation élaborés pour construire des jugements crédibles au moment de construire les conclusions et le jugement final sous chacun des critères.

Les éléments d'information tirés de la revue documentaire, notamment des rapports (donateurs, semestriels, annuels) de mise en œuvre du programme évalué ont permis à l'équipe de consultants de procéder à des ajustements des questions d'évaluation. Les questions ont été examinées et présentées selon chaque critère dans la matrice d'évaluation afin de mieux apprécier les liens logiques entre les questions d'évaluation, les informations recherchées, les méthodes de collecte, les sources de ces informations et l'analyse qui en sera faite. Par ailleurs, elle a aidé à la définition (i) des indicateurs de mesure de la performance, (ii) des informateurs clés à interviewer, (iii) des structures à observer et (iv) des méthodes de collecte les plus efficaces.

¹³ Résultat totalement atteint (vert), atteint en bonne partie (jaune), très partiellement atteint (orange) et rouge en l'absence d'évolution

IV. Méthodologie de l'évaluation

Dans le cadre de cette évaluation, nous avons opté pour une étude qualitative descriptive adossée sur la collecte des données primaires et une consultation des informations quantitatives sur les interventions en matière de VIH & Sida au Cameroun. La méthodologie de l'évaluation s'est conformée au code de conduite et aux normes et standards d'évaluation du Groupe des Nations Unies pour l'Évaluation (UNEG)¹⁴ et des principes d'évaluation de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE)¹⁵ ainsi qu'aux directives de l'UNICEF¹⁶. Plus concrètement, l'équipe d'évaluation a adhéré aux bonnes pratiques en matière d'évaluation sensible au genre¹⁷ de l'ONU- Femmes et le manuel du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation sur l'intégration des droits de l'homme et de l'égalité des sexes dans l'évaluation¹⁸. La perspective de genre a été donc prise en compte et intégrée à travers tous les critères d'évaluation en plus du critère transversal sur les droits humains, genre et équité. Par ailleurs, afin de répondre aux différentes questions d'évaluation et d'atteindre les buts poursuivis par l'évaluation, l'équipe a adopté une approche inclusive et participative basée sur la combinaison de méthodes et d'instruments qualitatifs¹⁹ et quantitatifs. La participation et la collaboration de l'ensemble des acteurs ciblés étaient un des enjeux importants pour assurer l'exhaustivité, la qualité et la robustesse des évidences et par la suite l'acceptation des conclusions et des recommandations.

Ces méthodes ont permis d'une part d'apporter des informations factuelles et mesurables, et d'autre part, des informations explicatives permettant de mieux comprendre le processus de mise en œuvre du Programme dans la diversité des conditions contextuelles des régions et Districts de Santé d'intervention. Toutes les parties prenantes ont été associées : (i) acteurs du niveau central en charge de la coordination, du pilotage, (ii) acteurs du niveau opérationnel responsables de la mise en œuvre et de suivi, et, (iii) les bénéficiaires directs et indirects

Par ailleurs, la méthodologie de l'évaluation s'est servie des critères transversaux notamment : l'approche basée sur les droits humains, le genre et de l'équité homme/femme, urbains/ruraux, jeunes/adolescents. L'évaluation a déterminé les facteurs limitant l'accès aux services de santé pour les personnes vivant avec handicap. Pour ce faire, il a fallu assurer la représentativité des groupes impliqués et donner voix à ces différents sous-ensembles, une attention particulière a été donnée à la constitution de l'échantillon et des localités à visiter.

L'évaluation s'est basée sur les données primaires pour le volet qualitatif et sur les données secondaires pour le volet quantitatif. Alors que les données quantitatives ont révélé l'ampleur des changements observés, les données qualitatives apportent des éléments d'explication nécessaires à construire les liens de causalité requis pour affirmer ou infirmer les potentiels liens reportés dans les différents rapports de suivi des performances du Programme. La démarche globale de l'évaluation tient en quatre étapes, dont une phase préparatoire, une phase de collecte d'informations, une phase d'analyse et la production du rapport.

La **phase préparatoire** a consisté d'une part à l'élaboration de la matrice générale de l'évaluation, y compris le développement des outils de collecte des données ; et d'autre part à la formation des assistants de recherche suivie d'un prétest et de la validation desdits outils.

La **phase de descente** sur les terrains pour la collecte des données s'est déroulée du 15 au 27 mai 2023, s'est déroulée (voir annexe A14). Ont été concernées les régions de l'Extrême-Nord, de l'Est et du Sud. . De façon opérationnelle, la collecte des données a été faite de manière synchronisée par deux équipes parallèles et complémentaires dont une quantitative et l'autre qualitative. Dans chaque District de Santé par exemple, la sous-équipe quantitative se chargeait de rencontrer les acteurs stratégiques et opérationnels de mise tandis que la sous-équipe qualitative collectait les données primaires au niveau communautaire.

¹⁴ Normes et Standards UNEG (2016): www.unevaluation.org/document/download/2601.

¹⁵ Les principes directeurs de l'OECD sont disponibles à : www.oecd.org/development/evaluation/2755284.pdf

¹⁶ UNICEF, 2017. UNICEF-Adapted UNEG Evaluation Reports Standards. Evaluation Office, Update June 2017.

¹⁷ <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/good-practices-in-gender-responsive-evaluations>

¹⁸ <http://www.unevaluation.org/document/download/2107>

¹⁹ Entretiens individuels, discussions de groupe, observations sur site

Lors de la **phase de l'analyse des données**, chaque sous-équipe a travaillé de manière autonome sur ses données. Cependant, lors de la phase de production du rapport, les données des deux sous équipes ont été compilées et re-analysées sous la supervision du chef de mission. La triangulation des informations des différentes sources a aussi permis de valider les principales conclusions à partir desquelles les principales recommandations ont été tirées. . Enfin, lors d'un atelier avec les parties prenantes, l'équipe d'évaluation a présenté le **rapport provisoire** aux membres du GRE à des fins de validation. Les commentaires ont alors permis aux évaluateurs d'apporter des corrections factuelles et d'affiner les constats, les conclusions, les leçons apprises et les recommandations.

4.1. Méthodes et outils de collecte des données

4.1.1. Revue documentaire

Pour mieux comprendre le contexte du programme, les interventions, les résultats, les défis et l'apprentissage, l'équipe d'évaluation a examiné plusieurs documents : les documents de planification stratégique et opérationnelle, les rapports d'activités, les travaux de recherches menées par toute partie prenante pertinente dans le domaine du VIH et du SIDA, les rapports des enquêtes auprès des ménages portant sur le VIH Sida ou qui ont inclus un module spécial sur le VIH Sida, la base des données DHIS2, etc. La revue documentaire s'est déroulée de manière continue tout au long de l'évaluation en tenant compte de la matrice d'évaluation. Les informations ainsi recueillies ont été utilisées pour répondre de manière appropriée aux questions d'évaluation, soit seules, soit avec les données primaires recueillies grâce à la recherche sur le terrain. Dans sa conception, le Programme objet de l'évaluation s'est doté d'un cadre de ressources et résultats. Chaque résultat dispose d'indicateurs de suivi de la performance.

Extraites des sources documentaires, toutes ces données ont été, au fur et à mesure, saisies dans des grilles de collecte qui ont permis de procéder aux synthèses, aux calculs et aux vérifications de cohérence. Les grilles ont été transférées dans un modèle « Excel » permettant d'avoir, dans le même outil, et sur des feuilles séparées, mais liées, les différentes informations collectées avec la possibilité d'en faire des (i) tableaux synthétiques, (ii) des tableaux croisés dynamiques et (iii) des graphiques se réactualisant au fur et à mesure de la saisie et qui ont servi de base à l'analyse quantitative.

4.1.2. Données qualitatives

Les données qualitatives ont été collectées à travers les entretiens individuels approfondis ou entretiens semi-structurés (ESS), les discussions de groupe focalisées (FGDs) ainsi que l'observation directe dans les sites d'intervention. Pour optimiser l'effort de collecte, une matrice a été construite pour croiser les informateurs clés et les informations requises. De ce croisement s'est suivie la sélection des thématiques et des questions nécessaires.

Pendant ces entretiens, l'équipe a été suffisamment attentive aux cas de dissonance. De manière pratique, à chaque fois qu'une dissonance était identifiée, il y avait un retour systématique aux informateurs pour un approfondissement. Les causes étaient identifiées et les corrections nécessaires faites pour éviter de fragiliser la fiabilité des informations ainsi que la validité des constats et conclusions.

▪ Entretiens semi-structurés

Les entretiens semi-structurés ont été menés avec les informateurs clés à différents niveaux (central, régional et communautaire). Les entretiens se sont déroulés dans des endroits qui permettaient de respecter la confidentialité des informations et sans influence de tiers extérieurs. Pour chaque entretien, l'équipe d'évaluation a veillé à s'assurer au préalable du consentement des enquêtés après leur avoir expliqué le but et la portée de l'entretien. Les guides d'entretien ont été conçus (en annexe A13) sur la base de la matrice d'évaluation (en annexe A6) et ont permis d'aborder l'ensemble des thématiques en fonction du profil de l'informateur. Les entretiens ont été conduits de manière complémentaire par l'équipe de consultants et l'équipe d'enquêteurs²⁰.

²⁰ La collecte des données a été conduite avec des outils semi-structurés. Les enquêteurs (de niveau Master et doctorant en Sociologie / Anthropologie de la santé) qui ont été formés dans le cadre de cette évaluation.

Les entretiens ont été traités progressivement (au jour le jour) afin de repérer les points de saturation (redondance des réponses); ce qui a permis d'optimiser la durée de la collecte des données. Chaque jour de collecte était marqué par une séance de débriefing au cours de laquelle les thèmes émergents étaient identifiés concomitamment avec le contrôle de l'effet de saturation. Ces données ont permis d'élaborer le rapport sur les tendances majeures qui ont été tirées des entretiens et observations sur site.

▪ **Focus groups discussions**

Le Focus Group Discussion (FGD) est une technique bien précise de collecte des données²¹, l'objectif principal des séances de FGDs dans le cadre de cette évaluation était de collecter (et comparer) les données sur les attitudes et les opinions des bénéficiaires par rapport à leur appréciation de la mise en œuvre du Programme et de son impact sur l'amélioration de leur santé.

Les populations qui sont les principaux détenteurs de droit à la santé ont pu participer à ces exercices et discuter des éléments positifs des interventions, éléments négatifs, succès, échecs, potentialités, contraintes, etc. Les focus groups (plus sous la forme de mapping social) ont facilité la triangulation des informations recueillies à travers les autres outils.

▪ **Récits de vie**

Bien que partageant le même espace de vie et des conditions quasi identiques d'accès aux services sociaux de base, notamment la santé, les enfants, les femmes, les familles et les communautés ne vivent pas les problèmes de santé de la même manière. Ainsi, toute intervention menée dans le but de résoudre ce problème partiellement ou entièrement est ressentie, appréciée et jugée différemment. Au-delà du cercle communautaire, l'équipe d'évaluation a cherché à cerner comment les interventions menées par le Programme ont influé sur la vie de certains bénéficiaires directs. Ainsi, les récits de vie cherchent à mettre en exergue et reconstruire l'historicité et la chronologie des changements positifs ou négatifs découlant des projets sur la santé des enfants, des femmes ainsi que sur les connaissances et aptitudes techniques des prestataires en services dans les aires et districts de santé bénéficiaires du Programme.

Les personnes interrogées dans ce cadre étaient identifiées pendant les entretiens ou en groupe avec divers informateurs ciblés tant dans les structures d'offre des services de santé que dans les communautés. En plus des critères de choix déjà appliqués pour les informateurs, un deuxième groupe de critères a été pris en compte à savoir, la connaissance du Programme, une durée de résidence d'au moins 5 années dans la zone d'intervention du Projet, une utilisation active des prestations offertes, le consentement à fournir les informations et l'autorisation d'utiliser ces informations dans le cadre de l'élaboration du rapport d'évaluation. Conformément aux dispositions nationales en vigueur en matière d'éthique, les sujets mineurs n'étaient pas éligibles pour les récits de vie.

▪ **Observations**

En plus des techniques de collecte des données décrites ci-dessus, l'observation a permis aux membres de l'équipe d'évaluation de se faire une opinion indépendante et plus objective sur les interventions menées dans le cadre du programme²². Cette technique a servi également de premier filtre opérationnel de la triangulation des informations.

Tenant compte de la réalité de la carte sanitaire du pays en général et particulièrement dans les Districts d'intervention, l'échantillon a été choisi de manière appropriée pour couvrir tous les types de formations sanitaires. Ceci permettait de mieux contrôler l'influence du facteur « type de formation sanitaire » sur les performances.

²¹ Cette technique est exigeante en termes de sélection des participants, de leur homogénéité, du lieu d'entretien, du nombre ou de la taille des participants, de l'exposé des questions, de la durée de l'entretien, de la dynamique du groupe sélectionné et de la différenciation des informateurs selon le sexe, l'âge, etc...

²² Cette technique avait pour but d'aider à identifier les éventuelles dissonances entre les déclarations et les réalités quotidiennes (pratiques – états des infrastructures – pratiques professionnelles),

À la demande de l'UNICEF, l'équipe a aussi visité des sites ayant bénéficié des interventions du Programme appuyé par l'UNICEF et d'autres partenaires. Ces sites ont permis d'apprécier si oui et comment les interrelations développées avec d'autres interventions ont contribué à l'atteinte des résultats.

Dans les formations sanitaires, l'observation des praticiens en situation de travail a permis de juger de l'efficacité des formations reçues et le recours quotidien aux instruments mis à disposition par le Programme. Au sein des communautés, l'observation a permis de voir les Agents de Santé Communautaires à l'œuvre. Il était aussi attendu qu'elle mette en exergue divers canaux et formes d'influence que les réalités contextuelles ont pu avoir sur les réalisations du Programme. Lors de la collecte d'information sur le terrain, l'équipe d'évaluation a visité les structures de santé retenues dans l'échantillon (l'hôpital régional, un hôpital de district et un CSI dans chaque région). Ce qui a permis d'observer l'état des infrastructures, des équipements et des stocks avec un focus sur la qualité de la gestion des intrants, en particulier ceux acquis dans le cadre du Programme santé. Une grille d'observation a été conçue à cet effet (Annexe A13).

▪ **Atelier avec les parties prenantes**

L'équipe d'évaluation a présenté le rapport provisoire aux membres du GRE à des fins de validation au cours d'un atelier de revue et validation du rapport organisé du 27 au 28 novembre 2023. Les commentaires ont permis aux évaluateurs d'apporter des corrections factuelles et d'affiner les constats, les conclusions, les recommandations stratégiques et opérationnelles.

Intégration de l'approche fondée sur les droits humains, genre et équité

L'équipe d'évaluation a adhéré aux bonnes pratiques en matière d'évaluation sensible au genre²³ de l'ONU Femmes et le manuel du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation sur l'intégration des droits de l'homme et de l'égalité des sexes dans l'évaluation²⁴. Par ailleurs, la perspective de genre a été prise en compte et intégrée à travers tous les critères d'évaluation en plus du critère transversal sur les droits humains, genre et équité.

4.2. Travail de terrain (collecte)

Du 15 au 27 mai 2023, s'est déroulée l'opération de collecte des données qualitatives. Ont été concernées les régions de l'Extrême-Nord, de l'Est et du Sud.

4.3. Stratégie d'échantillonnage

La collecte des données qualitatives s'est déroulée dans trois régions sur cinq concernées par l'intervention de l'UNICEF en matière de lutte contre le VIH & SIDA. Dans chaque région, trois (03) DS, ont été sélectionnés par choix raisonné. Le choix des informateurs a privilégié les techniques d'échantillonnage raisonné et par boule de neige.

Alors que les discussions de groupe ont été menées prioritairement avec les jeunes filles et garçons, les entretiens individuels semi-structurés ont été conduits auprès des personnes-ressources aux niveaux communautaire, central et régional (Annexe A1).

4.3.1 Les trois degrés de l'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage a suivi plusieurs degrés

1^{er} degré choix des régions

Trois régions sur les cinq ont été sélectionnées de manière raisonnée sur la base de la prévalence du VIH et la composition sociodémographique. Ainsi les régions de l'Est, Extrême Nord et Sud ont été sélectionnées.

2^{ème} degré : choix des District de Santé

²³ <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/good-practices-in-gender-responsive-evaluations>

²⁴ <http://www.unevaluation.org/document/download/2107>;

Dans chaque région, les District de Santé ont été divisés en deux groupes : DS couvert par BID et DS couvert par BID+PEPFAR. Ainsi trois (03) DS ont été sélectionnés aléatoirement dans chaque région, soit un total de neuf (09) DS. Cependant, lors de la constitution de la base de sondage, seule la Région de l'Extrême Nord possédait des DS uniquement supportés par la BID. Pour des raisons sécuritaires, l'équipe n'a pas pu travailler dans ces DS, ce qui a obligé à les remplacer par des DS avec appui conjoint.

3^{ème} degré : choix des Formations des Sanitaires

Dans chaque DS de santé, deux (02) formations sanitaires (FOSA) ont sélectionné selon le caractère public ou privé (confessionnel ou laïc) mais aussi la catégorie ainsi que la fréquentation en consultations prénatales (CPN). Ainsi 18 Formations Sanitaires ont été sélectionnées dont 9 publiques et 9 privées.

4.3.2 Échantillons des informateurs rencontrés au niveau local

Soit un total de 82 entretiens individuels approfondis au niveau communautaire dont 33 auprès des femmes contre 49 auprès des hommes. À ces entretiens individuels, il faut rajouter 179 adolescents et jeunes filles et garçons ayant participé aux FGDs, soit 78 personnes de sexe féminin et 101 de sexe masculin. Au total l'évaluation qualitative a été faite auprès de 261 informateurs dans les trois régions, dont 111 à l'Extrême-nord, 73 à l'Est et 77 au Sud.

4.3.3. Échantillons des informateurs aux niveaux central et régional

En regroupant les informateurs aux différents niveaux, 312 personnes dont 123 femmes et 189 hommes ont été rencontrées dans le cadre de cette évaluation dans 18 DS de trois régions (l'Extrême-Nord, l'Est et le Sud). Dans cet échantillon de 312 informateurs, 133 personnes rencontrées en entretien semi-structuré et 179 à travers 20 FGDs. Les participants à ces FGDs étaient constitués de 78 filles (43,6%) et 101 garçons (56,4%). Pour ce qui est des entretiens individuels, 82 ont été réalisés au niveau communautaire et 51 aux niveaux central et régional. Au niveau communautaire, il convient de relever que 33 entretiens ont été réalisés avec les femmes (soit 40,25%) contre 49 avec les hommes (49.75%).

Tableau 4 : Informateurs par groupes cibles

Principaux groupes cibles	Nombre d'informateurs		
	Femmes	Hommes	Total
Nombre d'entretiens individuels approfondis au niveau communautaire	33	49	82
Nombre d'entretiens individuels semi-structurés aux niveaux central et régional	12	39	51
Nombre d'informateurs rencontrés dans les FGD	78	101	179
Nombre total des informateurs interviewés	123	189	312

4.4. Analyse des données et triangulation

Lors de l'enquête de terrain, les entretiens avec les personnes ciblées ont été enregistrés à l'aide des dictaphones. Par la suite, ces entretiens ont été transcrits, saisis et transférés dans des matrices d'extraction des verbatim pour un traitement informatique. Une analyse thématique (tenant compte des plans de collecte et d'analyse préalablement élaborés) a été faite par région, et ensuite pour les 18 districts de santé sélectionnés dans les trois régions où l'enquête a été menée. Il s'agissait d'une analyse de contenu adossée sur trois processus successifs interconnectés fonctionnant dans un schéma triangulaire dont les principaux pôles sont la description, la catégorisation et la connexion / interprétation. Lors de la rédaction du présent rapport d'évaluation, les spécificités de chaque région ont été mises en exergue afin de distinguer et de cartographier les résultats et les goulots d'étranglement. Dans une logique d'approche méthodologique mixte et chaque fois que cela était possible, certaines informations du volet quantitatif ont été étayées par les données qualitatives et vice-versa. Lors des analyses, des précautions scientifiques et éthiques ont été prises pour le contrôle de la qualité des informations collectées en vue de s'assurer de la fiabilité des conclusions. De plus, il y a eu une triangulation des informations obtenues via différentes méthodes de collectes des données.

4.5. Considérations éthiques et principes de l'évaluation

Les dimensions ci-dessous ont été prises en compte afin de respecter les considérations éthiques et les principes de l'évaluation. L'évaluation a pris en compte les principes d'indépendance, transparence, impartialité, crédibilité, d'utilisation, de rigueur professionnelle et d'inclusivité. Les détails sur la prise en compte de ces principes se trouvent dans l'annexe A2.

4.6. Gouvernance de l'évaluation

Le processus d'évaluation a été géré par un groupe de référence composé par les représentants des structures gouvernementales, dont le Ministère de la santé et ses principaux départements (DSF, CNLS, DLMEP, UGP/CEPS-BID, DROS), l'UNICEF, l'OMS et ONUSIDA, la société civile. Les membres du groupe ont examiné et validés les différents livrables de l'évaluation.

4.7. Limites et stratégies d'atténuation

La lutte contre le VIH-Sida au Cameroun est menée par plusieurs acteurs, dont l'UNICEF sous la coordination du Comité Nationale de Lutte contre le Sida (CNLS). Le nombre d'acteurs sur le terrain implique inéluctablement une mise en commun des efforts pour la lutte contre cette pandémie. Les interventions de l'UNICEF s'inscrivant dans ce sillage peuvent potentiellement être diluées dans celles d'autres acteurs clés de la coalition nationale de lutte contre le VIH-Sida. Dans cette perspective, l'évaluation des interventions de l'UNICEF en matière de lutte contre le VIH-sida au Cameroun aurait du mal à être appréciée de manière spécifique au vu de la portée de celles-ci.

Face à cette situation, comme stratégie d'atténuation en vue d'une évaluation crédible et objective, l'équipe d'évaluation s'est concentrée sur l'évaluation des résultats des différentes activités du paquet d'interventions prévues dans le cahier de charge de chaque zone d'intervention.

Il est à noter que d'autres difficultés ont surgi sur terrain qui a conduit l'équipe à prendre des mesures d'atténuation. Il s'est agi notamment de :

- Divergence entre les districts d'implémentation de la lettre circulaire de MINISANTE de 2017²⁵ et les districts implémentant le projet sur le terrain : Ex. DS de Vélé et Gazawa (Mozogo) à l'Extrême Nord. Sur le terrain ces deux DS ont été remplacés respectivement par Yagoua et Mokolo.
- Le contexte sécuritaire lié à une attaque terroriste dans les environs de Mozogo sur la route allant vers Gazawa a obligé l'équipe à procéder à un changement de ce site dans notre échantillonnage initial avec celui de Mokolo. Ceci a eu pour impact l'impossibilité pour l'équipe des consultants de visiter un DS uniquement appuyé par le projet BID.
- L'équipe a eu à chaque fois des difficultés à récolter les données désagrégées par région, sexe et âge auprès des acteurs de terrain. Et pourtant, des fiches conçues à cet effet leur ont été remises à l'avance. Néanmoins, l'équipe de consultants a été amenée à travailler avec certains informateurs directement sur les fiches de collecte.

Il faut noter que ces quelques difficultés notées sur le terrain ont été toutes maîtrisées et n'ont pas véritablement eu des incidences négatives sur le processus de collecte et de rapportage des données.

²⁵ [EVA VIH_LETTRE CIRCULAIRE PROJET.docx](#)

V. Constats et conclusions par critère

5.1. Pertinence et coordination des interventions

EQ 1 : Dans quelle mesure les interventions de l'UNICEF sur le VIH et le sida en matière de DPC ont-elles été élaborées pour répondre aux principaux besoins des groupes de populations qu'elles étaient censées servir ? Les stratégies/paquets proposés par les Programmes conviennent-ils bien aux divers groupes ciblés ?

EQ2 : Dans quelle mesure les sous-composantes du programme sont-elles mises en œuvre dans une approche coordonnée ?



La pertinence est la « mesure selon laquelle les objectifs d’une intervention correspondent aux attentes des bénéficiaires, aux besoins du pays, aux priorités internationales et aux politiques des partenaires » (Peersman, 2014:3). Dans le cadre de cette évaluation, l’analyse de ce critère couvre le niveau stratégique au regard du contexte épidémiologique du VIH/SIDA, les priorités définies par le plan national de réponse ainsi que le niveau opérationnel. La pertinence couvre aussi la manière dont le programme a su s’adapter aux évaluations contextuelles.

5.1.1. Pertinence du Programme VIH&SIDA soutenu par l'UNICEF au Cameroun au regard des priorités stratégiques

1. Pour choisir son positionnement stratégique, l’UNICEF a pris en compte les priorités de l’Agenda Mondial avec les objectifs “90 - 90 – 90”. Ainsi l’UNICEF s’engageait à soutenir les efforts du Gouvernement contre les nouvelles infections, et le maintien sous traitement des malades de la file active.

2. La contribution de l'UNICEF à ces priorités a été élaborée dans la Note Stratégique de la Composante Programme VIH/SIDA du cinquième cycle du Programme de Coopération Cameroun – UNICEF 2018 – 2020 étendu à l'année 2021. Conformément au principe de ne laisser personne pour compte, l'appui de l'UNICEF s'est voulu holistique. D'une part, en accordant une priorité à l'inclusion des malades ; et d'autre part, en apportant des réponses à un certain nombre de goulots d'étranglement inhérents au système de santé à savoir : l'insuffisance des compétences techniques des personnels en charge de la réponse dans les structures de soins, l'insuffisance des plateaux techniques, le faible diagnostic familial et communautaire des enfants, le déficit de la chaîne d'approvisionnement, y compris les contraintes liées à la gestion des stocks d'intrants notamment la consolidation des acquis engrangés et les leçons apprises de la mise en œuvre de l'option B+ dans les régions les plus prioritaires.
3. Ce positionnement est en parfaite adéquation avec les priorités du Cameroun en matière de lutte contre le VIH/SIDA définies dans la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027 et en cohérence avec le plan stratégique national (PSN) de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2018-2022 dont les objectifs et choix stratégiques retenus ciblent : *la réduction des nouvelles infections parmi les adultes ; les adolescents(es) et les enfants ; l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; la réduction de la mortalité liée au VIH ; le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH ; le respect des droits humains ; la lutte contre toutes les formes de discrimination ainsi que l'efficacité de la gouvernance à travers une réponse efficiente*²⁶.
4. L'annexe A8 présente une analyse de la cohérence entre le Programme appuyé par l'UNICEF et les principaux cadres stratégiques nationaux, régionales et internationales de lutte contre le VIH et le SIDA. Il en ressort que le Programme objet de l'évaluation a été en parfaite cohésion avec les priorités nationales et les besoins des différents acteurs cibles de la lutte. Les trois produits du Programme couvrent l'ensemble des priorités exprimées dans les documents nationaux et corroborent avec les priorités régionales et internationales (KRC, PS UNICEF et ODDs).

5.1.2. Pertinence du choix des zones d'intervention

5. Au niveau opérationnel, le choix du déploiement géographique s'est fait sur la base des données disponibles, notamment celles tirées de l'enquête CAMPHIA. Au regard des prévalences de l'infection chez les cibles prioritaires, les acteurs du Programme ont décidé des zones bénéficiaires. Les résultats de la cartographie de la vulnérabilité réalisée de manière participative par les jeunes ont aussi été pris en compte dans les choix. Pour cette raison, la présence géographique de composante Programme VIH/SIDA ne cadre pas avec les autres composantes du Programme. Certaines régions non couvertes par le Programme ont été incluses du fait des réalités épidémiologiques. Alors que toutes les autres composantes du Programme se sont focalisées sur quatre régions prioritaires (Extrême Nord, Nord, Adamaoua, Est), le VIH est l'unique composante du Programme qui intervenait dans des régions du Sud, du Sud-Ouest, et de l'Ouest. Dans ces régions, les principaux obstacles à l'accès et d'utilisation des services identifiés justifient la priorisation des régions autres que l'Est, Adamaoua, Nord et Extrême-Nord et en particulier l'inclusion de ceux du Sud et de l'Ouest. Ceci démontre que les interventions du VIH/SIDA ont davantage ciblé les groupes de personnes les plus vulnérables. Quant aux stratégies de mise en œuvre, la note Stratégique de la Composante Programme VIH/SIDA 2018 – 2020 (extension jusqu'en 2021), cite les stratégies suivantes : (i) le renforcement des capacités (ii) les approches multisectorielles, (iii) l'innovation des approches de diagnostic précoce des enfants VIH+, (iv) la gestion du programme basé sur les évidences, (v) le plaidoyer. Ces stratégies contribuent à lever les goulots d'étranglement qui entravent l'efficacité de la réponse chez les différentes cibles.
6. À l'endroit des cibles directes, le Programme a développé et mis en œuvre **le concept de services conviviaux aux jeunes**. En faveur des mères et des enfants, on a noté **la recherche active des cas au niveau communautaire**. Les associations de femmes ont joué un rôle de premier plan pour le diagnostic et la mise sous traitement ARV des mères et des enfants VIH+. Les discussions avec les informateurs clés révèlent que des activités telles que le dépistage gratuit et volontaire, ainsi que la prise en charge des PVVIH par la

²⁶ PSN VIH/SIDA ET IST 2018-2020

dispensation des ARV ont été menées. Ces activités sont jugées nécessaires par certains détenteurs de droits qui estiment que « *les activités planifiées sont nécessaires, mais pas assez suffisantes [...] si elles participent à l'atteinte des objectifs des 3 - 90. [...] ces activités servent effectivement à sauver des vies* ». L'approche d'offre de services qui articule la communauté avec le système de santé correspond aux réalités contextuelles. Elle permet de minimiser les goulots d'étranglement tels que la stigmatisation des personnes VIH+.

7. **Le renforcement des capacités des prestataires de services.** Cette stratégie a permis l'acquisition des nouvelles compétences techniques, indispensables à l'amélioration de la qualité des services, condition essentielle de la création et de la fidélisation de la demande et l'utilisation continue des services par les PVVIH. C'est aussi un déterminant essentiel de l'efficacité du référencement couplé au maintien sous traitement ainsi qu'à la réduction des perdus de vue.
8. **Le relèvement des plateaux techniques, la disponibilité des intrants, l'extension des DS et la sensibilisation.** Avec l'appui financier de la BISD, la logistique a été renforcée dans les Districts de Santé prioritaires. L'acquisition et l'installation des "Point of Care (POC)", équipement logistique capital pour la réduction des délais d'attente entre le prélèvement des échantillons et la remise des résultats aux mères des enfants. L'appui financier de la BISD a permis de porter la couverture géographique du Programme de 10 à 55, puis à 61 districts. Selon les responsables du niveau central, le choix des districts s'est fait lors des missions d'identification des districts à faible performance à travers l'analyse des gaps programmatiques dans le domaine de la PTME, des CPN, du dépistage, du diagnostic précoce et de la mise sous traitement en particulier au niveau de la PECPA
9. Le passage à l'échelle au niveau des 61 districts grâce au projet BID a permis d'accélérer les progrès vers eTME dans les six régions ciblées en améliorant la précocité du diagnostic pédiatrique du VIH et le traitement du VIH chez les femmes enceintes. L'évaluation note que l'introduction du projet BID **n'a pas suscité une revue des objectifs programmatiques, des paquets d'intervention et des taux de couverture attendus en 2020. La revue des cibles programmatique ne devrait intervenir qu'en fin de cycle (2021).**

Conclusion - Pertinence – Question EQ1

Sur la base des analyses appuyées par les informations de sources secondaires et primaires, il ressort que le Programme est parfaitement aligné aux priorités de l'initiative mondiale 90 – 90 – 90 ainsi qu'aux priorités du Plan Stratégique Nationale 2018 – 2022. Dans son opérationnalisation, le Programme a adopté des stratégies qui prenaient en compte les besoins des différents groupes cibles. À titre d'illustration, la stratégie de dépistage familial et communautaire s'est avérée très appropriée aux conditions de certains districts de santé ou, malgré la disponibilité des services, la demande reste à des niveaux très bas. La contribution de la BISD a permis de relever le défi de l'extension des interventions dans de nouveaux Districts de Santé.

Les services de dépistage, de TARV et de suivi des FEA, des enfants et des adolescents offerts par les FOSA sont planifiés et mis en œuvre de manière coordonnée. Les activités mises en œuvre dans le cadre de l'opérationnalisation des cinq stratégies majeures cadrent avec les besoins des cibles et la résorption des principaux goulots d'étranglement.

Tableau 4 : Présentation du PETVISIDAME (CMR 2017)

Titre	<u>Projet d'Appui à l'élimination de la transmission mère-enfant (PEPVISIDAME) au Cameroun</u>
But	Maîtriser la transmission mère-enfant du VIH avec un taux TTME par l'allaitement réduit à moins de 5 %
Objectif général	Accélérer les progrès vers eTME dans les six régions ciblées en améliorant la précocité du diagnostic pédiatrique du VIH et le traitement du VIH chez les femmes enceintes

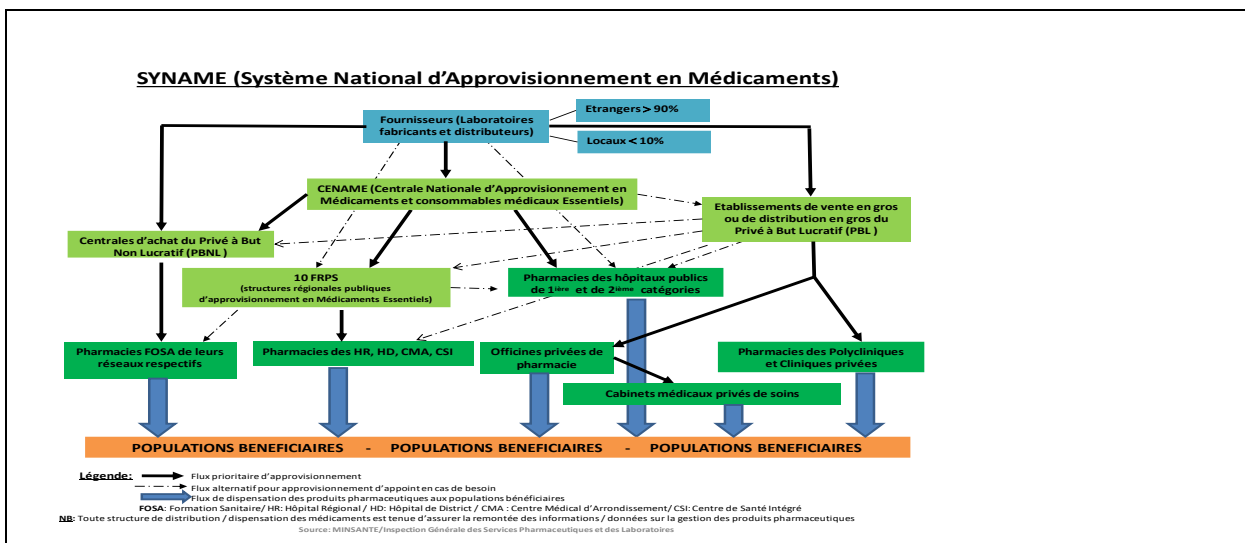
Titre	Projet d'Appui à l'élimination de la transmission mère-enfant (PEPVISIDAME) au Cameroun
Résultats clés attendus en fin 2022	<ul style="list-style-type: none"> • 3 974 personnels de santé formés sur les disciplines pertinentes liées à l'eTME ; • 55 hôpitaux de district équipés en examens de la charge virale, testés et certifiés par l'autorité compétente, • Utilisation des services de diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson (EID) améliorés dans 555 établissements de santé, • 271 051 femmes enceintes des six régions cibles ont accès à des modèles de prestation de services eTME innovants et complets. • 95 % de tous les nouveaux clients du TAR parmi les femmes enceintes ont obtenu une suppression virale, • Un système de surveillance basé sur les cas est mis en place, • Un système national de surveillance de la résistance au traitement antirétroviral mis en place.

5.1.3. Mécanismes de coordination au niveau central, régional et opérationnel

10. Selon le paragraphe # 1 de la note Stratégique de la composante VIH/SIDA 2018 – 2021, les interventions du Programme visaient à résoudre le problème ci-après : *« le Cameroun était l'un des 10 pays de la région Afrique Centrale et Occidentale qui représentait 75% de toutes les infections pédiatriques. Un fort taux de transmission mère-enfant (14%). Un très faible taux (13%) de traitement antirétroviral chez les enfants et les adolescents. Une mortalité due au VIH/SIDA en nette augmentation chez les jeunes. Exacerbation de la vulnérabilité des adolescentes causée par les violences physiques, sexuelles et les mariages précoces. Seuls 30,9% des mères VIH+ bénéficiaient d'un diagnostic précoce, et, le nombre d'enfants VIH+ ne recevant pas de traitement était encore significatif. »*
11. La résolution de ce défi nécessite l'engagement d'un grand nombre d'acteurs appartenant à plusieurs secteurs. La mise en place d'un dispositif de coordination efficace était une des conditions majeures au succès du Programme.
12. Le Programme a mis en place un mécanisme de coordination multisectoriel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (stratégique, intermédiaire et périphérique). À chacun de ces niveaux, des structures spécifiques assurent l'animation de la fonction de coordination. Il s'agit du Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le SIDA (GTC/CNLS), du Groupe Technique Régional du Comité Régional de Lutte contre le SIDA (GTR/CRLS), et du District de Santé.
13. **Au niveau central**, la fonction de coordination est assurée dans les autres sectoriels par les commissions centrales de coordination. Au niveau du Ministère de la Santé Publique, cette coordination est assurée par les principales directions en charge de la mise en œuvre des actions clés du programme (DLMEP, DSF, GTC/CNLS), en collaboration avec les autres directions techniques et programmes dudit ministère (DROS, DOSTS, DCOOP, DPML, DPS, CENAME). L'implication effective des autres sectoriels (MINJEC, MINPROFF, MINSUP, MINAS, ...) se fait sous la coordination du GTC/CNLS. L'Instance de Coordination Nationale (ICN) est un organe chargé de coordonner les représentants des pouvoirs publics, la société civile, le secteur privé et les partenaires au développement qui interviennent dans le domaine du VIH (CDC, FM et les autres agences du SNU).
14. Si tous les responsables rencontrés à ce niveau sont unanimes sur leur rôle et implication dans les choix stratégiques, la définition des rôles et l'appui au fonctionnement des structures de coordination ont connu certaines insuffisances, en particulier au niveau de la coordination dans la gestion des stocks et de l'approvisionnement. Le rôle de la CENAME est limité uniquement au stockage des intrants (selon les informateurs clés) sans réelle implication dans la chaîne de commande des produits, le faible appui technique et financier dans la gestion des stocks en particulier en ce qui concerne les intrants périmés. Dans le système

d'approvisionnement en médicament et intrants du programme CNLS, le plan de répartition desdits produits est buté à un retard de transmission dudit plan à la CENAME, ce qui a comme conséquence un retard dans la livraison des produits dans les régions. Certains médicaments sont parfois livrés sur site par le programme CNLS et ses partenaires sans passer par la CENAME qui se retrouve parfois devant des faits accomplis, ce qui entraîne une désorganisation du SYNAME. En rappel, le CNLS accuse envers la CENAME beaucoup de retard dans le paiement des frais de gestion des médicaments et intrants qui leurs sont dédiés. Il est à noter que la CENAME est un prestataire des différents programmes de santé publique, elle assure essentiellement une fonction de stockage et de distribution desdits produits moyennant des frais de gestion. Pour cette activité, elle dispose d'une moyenne de 20 jours pour mettre les produits à disposition des régions. Un retard de paiement de frais de gestion pourrait être un goulot d'étranglement dans la mise à disposition des médicaments à temps aux populations bénéficiaires.

15. Par ailleurs, certaines discordances liées au non-respect du protocole de livraison et aux plans de distribution (arrivées tardives) impactent négativement la capacité de stockage. Il s'y ajoute aussi une irrégularité des supervisions conjointes avec l'UNICEF et la faible documentation des procédures et modalités de gestion. Une évaluation exhaustive de toute la chaîne d'approvisionnement demeure nécessaire pour l'identification des goulots d'étranglement afin d'envisager des mesures correctrices à tous les niveaux.



16. Au **Niveau régional**, la fonction de coordination est assurée par les services de la Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP), le Groupe Technique Régional de lutte contre le VIH (GTR). La coordination assure l'effectivité, l'efficacité et la qualité des interventions planifiées dans divers domaines couverts par le Programme. La supervision formative est apparue comme un des principaux instruments ayant joué un des rôles les plus déterminants. Dans les régions, l'effectivité et la vigueur de la fonction de coordination ont permis d'assurer une implication accrue de l'ensemble des parties prenantes.
17. Dans les régions de mise en œuvre des interventions du Programme, la coordination a facilité le fonctionnement harmonieux de certains mécanismes indispensables notamment :

- L'implication des OBC dans la mobilisation, le conseil et la prise en charge de certaines cibles spécifiques, dont les personnes, vivant avec un handicap, les femmes, les enfants, les travailleuses de sexe, les jeunes non scolarisés, les HSH/MSM.
- La participation des acteurs du niveau opérationnel aux séances de travail afin de mener le travail technique d'identification des goulots d'étranglement qui persistent dans la lutte contre la propagation de la maladie et des épidémies. La mise en place des mécanismes communicationnels plus appropriés à la diversité des cibles ;

18. Toutefois, la coordination n'a pas intégré certaines structures comme les hôpitaux privés, qui n'ont pas été impliquées dans le processus de planification de la gestion des intrants. Par ailleurs le fait qu'elles ne reçoivent pas en quantité suffisante les stocks d'ARV a été évoqué. Par conséquent, leurs besoins n'ont pas été pris en compte dans la planification et la distribution des intrants. D'où cette observation d'un responsable d'une formation sanitaire privée qui affirme : « *Nous faisons le même travail que les formations sanitaires publiques. Mais on ne comprend pas pourquoi le district ne nous implique pas et ne nous donne pas en quantité suffisante les intrants. Vous-même regardez comment l'hôpital est plein. Il y a des PVVIH qui viennent ici et qui nous demandent d'aller chercher des ARV pour eux à l'hôpital régional annexe de Yagoua* » (Responsable Hôpital Martha Adairen Extrême-Nord)
19. **Au Niveau opérationnel.** Dans la Région du Sud, il ressort comme difficultés rencontrées, l'absence d'un organe de coordination au niveau local qui serait à même de fédérer les acteurs de lutte afin de mener les activités pour un impact optimal. De même, la collaboration entre FOSA en termes de système de référence et contre-référence est faible ; ce qui ne favorise pas la complémentarité et la synergie entre ces acteurs de terrain. D'où ce propos illustratif d'un responsable COSADI : « *Un organe de coordination, il n'y a pas parce que nous faisons juste dans la sensibilisation, on réfère et quand on réfère c'est juste de bouche. On sensibilise seulement les populations à se faire consulter dans les FOSA pour le cas des femmes enceintes et allaitantes. On les envoie juste dans les formations sanitaires, mais nous n'avons pas de feedback. Nous ne savons pas si elles sont parties ou si elles ne sont pas parties* ».
20. Par ailleurs, le Point Focal Communication à la DRSP de l'Extrême Nord affirme que les mécanismes de coordination entre l'Unicef et les acteurs communautaires avaient une portée positive et significative comme le confirme cet informateur. « *La coordination est multisectorielle [...] Chacun joue le rôle qu'il peut exercer au niveau de la communauté parce que tout ce que nous faisons c'est pousser la communauté à changer de comportement [...] Que les cas de VIH qui circulent dans la communauté soient détectés et pris en charge.* ». (KII – Extrême Nord)

5.1.4 Complémentarité entre les interventions des sous-composantes sur le terrain

21. Aussi, la décentralisation et l'implication des acteurs et prestataires à tous les niveaux dans la phase de conception et de planification du programme ne sont pas effectives. Au niveau des structures visitées, l'on note une réelle intégration des services de dépistage, de prise en charge holistique, y compris le test de la charge virale au niveau des différentes structures de santé. Néanmoins, les entretiens avec les acteurs locaux ont révélé le poids des difficultés affectant sensiblement la complémentarité et l'intégration des sous-composantes du programme.
22. Les composantes du programme appuient l'offre et la demande de services, et leur efficacité réside dans leur capacité à assurer une parfaite synergie entre ces deux déterminants en particulier dans la perspective d'atteinte des 95-95-95 Au niveau programmatique, l'appui du programme UNICEF dans le cadre du VIH est, de manière globale, en parfaite complémentarité et est bien intégré à l'offre des services au niveau des FOSA. Aussi la plupart des cibles fixées par le programme et liées à la prise en charge des enfants et femmes enceintes VIH+, et à la délégation des tâches ont été partiellement atteintes. Ceci résulte des efforts entrepris par le programme dans le cadre du renforcement des services de dépistage, de prise en charge et de suivi de la charge virale. En effet, certains constats et problèmes soulevés lors des visites et des entretiens sur le terrain dénotent l'insuffisance d'une synergie entre l'appui apporté au système de santé et celui en faveur des communautés.
23. D'abord au niveau de l'offre de service, même si des appuis importants et tangibles ont été apportés en particulier en ce qui concerne la disponibilité des intrants de dépistage et de TARV (Névirapine sirop), et de renforcement des capacités des prestataires ; il appert que les délais d'attente pour les résultats de la charge virale (CV) et les ruptures épisodiques des intrants et consommables affectent sensiblement le suivi de la file active.

5.1.5. Rôle joué par l'UNICEF dans la mise en place, le pilotage et la pérennisation des mécanismes de coordination

24. Selon les acteurs centraux, régionaux et opérationnels, UNICEF joue un rôle important dans la mise en place des mécanismes de coordination, notamment à travers : l'organisation des ateliers multisectoriels d'élaboration des micro-plans au niveau des DS, des régions et au niveau central ; le recrutement de six consultants dans les régions cibles pour le renforcement de la coordination et du suivi de la mise en œuvre des activités.
25. Les mécanismes de coordination ayant favorisé la complémentarité et la synergie entre les sous-composantes ont relativement bénéficié du lien étroit établi entre les acteurs communautaires et les responsables de l'UNICEF. « Concernant les activités menées par l'UNICEF sur le programme PETVISDAME, je pense qu'ils peuvent atteindre les 3-95 si vraiment UNICEF travaille en collaboration directe avec la communauté. Il n'y a pas vraiment une bonne collaboration entre les personnels de santé et les communautaires ; les agents de santé ne prennent pas vraiment en compte les avis des communautés. (KII-Ebolowa)

5.1.6. Perception des bénéficiaires du rôle joué par UNICEF

26. Pour recueillir les perceptions des bénéficiaires sur ce rôle joué par l'Unicef, il a fallu les situer sur les actions de cet organisme. Toutefois, il apparaît que pour les bénéficiaires, l'Unicef joue un grand rôle social à travers ce programme de santé. Et c'est à ce titre que les populations souhaitent que ces interventions se pérennisent au niveau de la prévention par la poursuite des campagnes de sensibilisation.
27. Pour la plupart des titulaires de droits interrogés à l'Est sur le rôle joué par l'UNICEF dans la mise en place, le pilotage et la pérennisation des mécanismes en matière de complémentarité et de synergie entre les sous-composantes ; il ressort globalement que des efforts ont été faits par l'UNICEF, les responsables centraux, régionaux et des Districts de Santé pour mettre en place ces mécanismes appropriés.

Conclusion – Pertinence – Question EQ2

Au niveau des FOSA, les services de dépistage, de TARV et de suivi des FEA, des enfants et des adolescents sont planifiés et mis en œuvre de manière coordonnée.

Cependant, les mécanismes de coordination se limitent aux actions et instruments de coordination au niveau central et régional. Au niveau du district, il n'a pas été mis en évidence de réunions régulières de coordination ou de missions conjointes de supervision renforçant la complémentarité et la synergie entre les sous-composantes et les interventions menées sur le terrain.

Conclusion sur le critère pertinence

Les analyses menées montrent que le Programme est entièrement aligné aux priorités mondiales des 90-90-90 portées par l'ONUSIDA. Après avoir apporté un appui à la conception du Plan Stratégique National, le Programme s'est aussi aligné à ses objectifs et apporte une forte contribution à sa mise en œuvre. Les stratégies et interventions mises en œuvre par le Programme continuent de répondre aux besoins des différentes cibles directes et indirectes. Les cadres de coordination ont également permis à l'ensemble des acteurs de jouer chacun son rôle.

L'élaboration des micro-plans a permis d'adapter les interventions du Programme aux réalités techniques, socioculturelles, ainsi qu'aux capacités humaines de chacun des Districts de Santé. Les mécanismes de coordination quant à eux ont permis de mieux accorder la place à tous les groupes d'acteurs. Il ressort également une intégration plus efficace du niveau hospitalier et du niveau communautaire. Les relais communautaires et les structures à base communautaire ont pu appuyer la recherche des cas et des perdus de vue, leur référencement et leur mise sous traitement ARV.

Sur cette base, l'équipe d'évaluation juge que le Programme a été pertinent.

5.2. Efficacité des interventions

L'efficacité du programme compare les objectifs fixés au départ et les résultats atteints afin de ressortir les écarts éventuels dans l'optique d'analyse desdits écarts. Aussi, cette section procède-t-elle à l'évaluation des différentes activités de la composante du programme VIH & SIDA de l'UNICEF en rapport avec l'atteinte des résultats escomptés pour la période 2018 – 2022. Les preuves de l'efficacité ont été obtenues à travers les réponses aux questions d'évaluations ci-dessous.

EQ3 : Dans quelle mesure les différentes activités de la composante du programme VIH & SIDA de l'UNICEF ont-elles permis d'atteindre les résultats escomptés pour la période 2018 - 2021 et jusqu'en juillet 2022 ?

EQ4 : Dans quelle mesure la manière dont les problèmes des enfants et autres groupes vulnérables sont abordés dans ces politiques est-elle différente de ce qui se passait avant le début de la mise en œuvre en 2018 ?

EQ5 : Quels ont été les avantages comparatifs et la valeur ajoutée du programme, en termes de contribution aux processus politiques nationaux, régionaux et locaux et au renforcement des capacités ?



Le tableau ci-dessous présente le niveau d'atteinte des indicateurs de l'effet et produits contenus dans la le CPD et la note stratégique de la section VIH/SIDA pour la période 2018-2021:

Tableau 5 : Performance au niveau de l'effet et produits

RESULTATS/INDICATE URS			2018		2019		2020		2021		Appréciation du Niveau d'atteinte des résultats
	Valeur de base (2017)	Cible du cycle	Cible	Valeur	Cible	Valeur	Cible	Valeur	Cible	Valeur	
Effet: D'ici à 2021, les femmes, les enfants et les adolescents bénéficieront d'un recours continu et équitable aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH/sida											
Pourcentage d'adolescents et d'adolescentes âgés de 15 à 19 ans ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire, parmi ceux qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.	61.5	90	70	68.3	80	67.6	90	71.9	90	71.9	Niveau partiel
Produit 1: D'ici à 2021, les prestataires de soins de santé seront en mesure d'identifier, de traiter et de maintenir en charge les enfants et les adolescents vivant avec le VIH dans les districts soutenus par l'UNICEF.											
Délégation ou partage des tâches pour les prestataires de soins de santé et non-en vue de l'offre des ARV.	12	58	19	58	38	58	58	58	58	58	Bonne performance
Nombre d'adolescents, filles et garçons, qui participent ou dirigent des initiatives d'engagement civique dans le cadre de programmes soutenus par l'UNICEF	100,000	150,000	120,000	-	150,000	286,216	Atteint	Atteint	Atteint	Atteint	Très bonne performance
Nombre de nourrissons et d'adolescents séropositifs identifiés par les organisations communautaires qui reçoivent un traitement ARV	4,746	16,584	10,365	-	16,584	18,830	Atteint	Atteint	Atteint	Atteint	Très bonne performance

Nombre de districts sanitaires disposant de structures communautaires impliquées dans le diagnostic des nourrissons et adolescents VIH	12	58	20	13	26	13	25	58	Atteint	Atteint	Bonne performance
Produit 2: D'ici à 2021, les enfants, les adolescents et leurs familles auront les connaissances et les capacités nécessaires pour obtenir des services de prévention, de soins et de traitement du VIH et rester dans le continuum de soins dans les districts soutenus par l'UNICEF											
Nombre d'adolescents et d'adolescentes identifiés qui bénéficient d'un ensemble intégré de services soutenus par l'UNICEF	30,000	70,000	50,000	349,800	70,000	72,202	Atteint	Atteint	Atteint	Atteint	
Pourcentage d'adolescents de 10 à 19 ans qui identifient avec précision les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH	32	70	50	55.1	60	33.4	70	37.2	70	49	Niveau faible
Pourcentage d'enfants de 0 à 9 ans qui restent sous traitement pendant l'année qui suit le diagnostic	72.5	90	75	74.9	80	72.6	90	72.6	90	78	Niveau partiel
Pourcentage d'adolescents de 10 à 19 ans qui restent sous traitement 12 mois consécutifs après le diagnostic	72.5	90	75	74.9	80	72.6	90	72.6	90	78	Niveau partiel
Pourcentage de femmes enceintes ou qui allaitent qui restent sous traitement 12 mois après le début du traitement	72.5	90	80	-	85	66.3	90	66.3	90	78	Niveau partiel
Produit 3: D'ici à 2021, les acteurs clés auront la capacité nécessaire pour planifier, coordonner, suivre et évaluer les interventions de lutte contre le VIH/sida sur la base des données probantes, de l'égalité des sexes et de l'équité											

Plan stratégique national de lutte contre le VIH/orientations en matière de soins et de traitement alignés sur les objectifs mondiaux et les recommandations les plus récentes de l'OMS en matière de soins et de traitement des enfants, des adolescents et des femmes enceintes ou allaitantes.	Pas d'alignement sur le plan stratégique national existant	Entièrement mise en œuvre	Début du processus de développement	Toutes les orientations internationales ont été intégrées dans le PNS 2018-2022.	Adopté et mis en œuvre	Entièrement mise en œuvre	Entièrement mise en œuvre	Entièrement mise en œuvre	Atteint	Atteint	Bonne performance
Nombre de districts sanitaires mettant en œuvre des plans de riposte au VIH fondés sur des données probantes et tenant compte de l'équité	0	55	8	10	40	13	10	55	Atteint	Atteint	Bonne performance
Nombre de régions dotées de plans de suivi des plans opérationnels des districts	0	6	4	0	2	4	0	6	Atteint	Atteint	Bonne performance

Source : Bureau pays UNICEF Cameroun (INSIGHT/RAM)

28. La quasi-inexistence de données d'enquête, la faible disponibilité des données des systèmes d'information nationaux n'a pas permis de renseigner les progrès annuels ; ce qui rend difficile l'établissement d'évidences sur l'évolution des indicateurs clés de lutte contre le VIH/sida. De plus, il y a lieu de noter des discordances entre les activités, les résultats et les indicateurs de performance (*revue documentaire*).
29. Pour contribuer aux indicateurs d'Effet, l'appui de l'UNICEF a permis l'extension de l'offre des services de PTME à travers les formations sanitaires des secteurs public et privé. En 2018, 84% de formations sanitaires offraient les services de PTME, notamment l'option B+ (mise sous traitement systématique des femmes enceintes dépistées VIH+). A travers l'implication des associations du niveau communautaire, des réponses appropriées ont été apportées à l'important goulot d'étranglement que constitue la stigmatisation. En plus de cela, les femmes enceintes VIH+ ont reçu un appui psychosocial. La faible volonté des hommes (5%), partenaires des femmes VIH+ a constitué un frein et augmenté le risque de voir des femmes VIH- à la conception, terminer la gestation étant déjà VIH+.
30. Chez les jeunes, le Programme s'est surtout investi pour accroître le niveau d'acceptation du test, le changement de comportements en matière de pratiques sexuelles. En plus des campagnes de test de grandes masses, notamment pendant les périodes d'interruption des classes, le Programme a contribué activement au succès des initiatives telles Vacances sans SIDA, les jeux scolaires et universitaires pour tester, informer et outiller les jeunes avec des connaissances essentielles pour éviter l'infection. Pour ceux qui étaient VIH+, le Programme a mis en place des centres d'information soutenus par un mécanisme de référencement vers les centres pour une prise en charge dans les points offrant des services conviviaux aux jeunes.
31. Toutefois, l'on peut conclure que les actions menées par le Programme à lui seul n'ont pas suffi à endiguer complètement la progression des nouvelles infections. Les nouvelles données au du rapport du spectrum²⁷ montre une progression, la progression de nouvelles infections démontre que les actions de sensibilisation demandent à être renforcées et complétées par d'autres interventions pour briser la vigueur de l'infection en milieu jeunes.
32. En 2018, les contraintes de disponibilité de ressources financières ont fortement affecté le lancement du Programme. Ainsi, au lieu de 55 Districts de Sante ciblés, le Programme n'a été présent que dans 10, atteignant une couverture de 18% de sa cible initiale. En plus de la faible couverture géographique, le Programme souffrait d'une faible qualité des services offerts, du fait de l'insuffisance des ressources humaines qualifiées compétentes en matière de prise en charge du VIH pédiatrique. De plus, l'on note des délais d'attente des résultats des tests très longs (3 mois minimum) ainsi que le recours à de nouveaux prélèvements quand les échantillons étaient soit perdus, soit alors dégradés pendant le transport.
33. Avec l'arrivée des fonds mis à disposition par le Banque Islamique de Développement (BISD), le Programme a résorbé la quasi-totalité des goulots d'étranglement. Les acteurs du niveau central ont ainsi pu mener des sessions de renforcement de capacités des prestataires, suivies des supervisions formatives dans les centres de prise en charge. L'acquisition des « Points of Care » (POC) a révolutionné le test des enfants. Les délais d'attente des résultats sont passés de 90 jours à quelques heures seulement, à la grande satisfaction des mères. Ces POC ont aussi contribué à accroître le niveau de rétention des enfants sous traitement ARV. Ces actions de renforcement de la qualité des services offerts ont porté les résultats attendus grâce à l'engagement des structures du niveau communautaire. Ces dernières ont renforcé la recherche active des cas et le référencement et la prise en charge des enfants immédiatement après les résultats du test. Un jeune participant à une discussion de groupe affirme : « *Je crois que lors de leur sensibilisation dans les quartiers, ils ont les tests qu'ils partagent [...] il y'a U-Report un autre service dans la communauté auquel on peut faire recours ou aller vers eux pour avoir des informations sur le VIH* » (FGD-Jeune garçon-Région de l'Est).

²⁷ Rapport du Spectrum 2023, CNLS

34. En effet, la sensibilisation menée lors des séances de CPN paraît efficace si l'on prend en compte le fait que l'offre PTME dans tous les DS cibles ainsi que l'acceptabilité des FE avoisine les 100%. Cette situation atteste d'une évolution très favorable de la cascade PTME sur la voie de l'atteinte des 3-95.
35. Pour s'assurer qu'aucun enfant VIH+ ne soit laissé pour compte, le Programme a mené un plaidoyer de grande envergure pour la délégation des tâches avec l'ambition de permettre aux Agents de Santé Communautaire de distribuer les ARV dans les communautés. Cette stratégie permet de rendre rapidement disponible le traitement des enfants qui en ont besoin.

Dans l'ensemble, les interventions du Programme auraient porté de bien meilleurs résultats au niveau du produit #2 si certaines pesanteurs psychologiques n'avaient pas limité le recours au traitement et l'utilisation durable des services comme témoigne cet acteur pendant les discussions. *« Parfois, moi-même la question du VIH ça m'énerve[...] parce que quelqu'un se rend facilement en pharmacie pour acheter le Bimaril qui soigne le palu, mais si on a les ARV qui sont en pharmacie, ils ne vont pas venir, c'est offert gratuitement par nos programmes, mais les gens ont du mal à venir [...] Or dans le cas du PEV, c'est UNICEF qui assume véritablement la communication et pourquoi dans le cadre du VIH ce n'est pas UNICEF qui assume véritablement la communication ».* (Dyade-Chef de district et Gestion de Données-Région de l'Est).

36. La mise en œuvre des stratégies retenues s'est effectuée tant dans les structures du système de santé qu'en milieu communautaire. Les acteurs du Programme ayant compris que l'efficacité de la lutte passait forcément par la maîtrise des nouvelles infections en milieu jeune. Aussi, le rôle des Associations (société civile et communautaire) s'est trouvé fortement renforcé. Le couplage avec les activités de recherche active des enfants malnutris au sein des communautés, plus de 10,000 enfants ont ainsi été diagnostiqués et mis sous traitement. Pour soutenir le maintien sous traitement, le Programme a aussi renforcé le système de gestion des ARV ; ce qui a permis d'aboutir au rééquilibrage de la demande et du positionnement des intrants. Chaque région a été servie en fonction de sa file active. Ainsi, les cas où l'on rencontrait avant des ruptures de stock dans une région ou un district, de même que la péremption des ARV dans bien d'autres cas ont été entièrement résorbés.
37. Pour les informateurs interrogés, les services de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA sont effectivement disponibles. La sensibilisation se fait au sein de la communauté et les personnes sensibilisées se rendent dans les unités de prise en charge et les Fosa pour le dépistage. *« Oui, les services sont disponibles ... Pour la sensibilisation, elle est forte. Nous faisons la sensibilisation et beaucoup de personnes partent dans les formations sanitaires se faire dépister ».* (Responsable COSADI-Ebolowa)

Conclusion - Efficacité – Question EQ3

Les analyses faites ci-dessus montrent qu'après des débuts timides marqués par la force de la contrainte financière, la capacité du Programme à atteindre les résultats poursuivis a été boostée par l'entrée en jeu du financement de la BIsD. Les interventions du Programme ont permis de couvrir plus Districts (100,1%) que planifiés initialement. La fréquence et l'effectivité des supervisions formatives a accru la qualité des services et donc, la fidélisation des enfants et des femmes VIH+.

L'implication des Associations a aussi joué un rôle de premier plan dans les performances du Programme L'alignement des interventions du Programme aux réalités contextuelles : Jeunes comme moins jeunes, les pairs éducateurs ont su convaincre à l'aide d'un discours homogène et plus adapté aux spécificités contextuelles. Il en est résulté une meilleure fidélisation de la demande.

La continuité du TARV, 12 mois après sa mise en œuvre chez les enfants, les FEA et chez les adolescents est efficace avec des résultats dépassant les cibles fixées. Ceci démontre une réelle efficacité atteinte dans l'offre des services de prise en charge, en particulier du counselling, et de la qualité de la prise en charge offerte, adaptée aux besoins des femmes et des adolescents.

38. Sur la base des évidences, notamment celles tirées de diverses sources (revue périodiques, enquêtes, dialogues avec les acteurs, études spécifiques), le Programme a, dès sa conception intégrée, le concept de populations clés. Au sein de ces groupes, la dynamique de l'infection, le recours et l'accès au traitement posaient des problèmes spécifiques. Pour des facteurs contextuels, ces groupes faisaient l'objet de discrimination couplée à de multiples autres barrières.
39. Au terme des analyses causales approfondies, le Programme a développé des normes, des standards de qualité, des directives spécifiques destinés à faciliter l'accès au traitement. Ainsi, pour les jeunes, la peur du regard des adultes les maintenait loin des centres de prise en charge. En réponse à cette problématique, les centres conviviaux ont été créés pour permettre aux jeunes d'accéder aux informations et conseils utiles pour renforcer leur protection contre le VIH. Saisissant l'opportunité des TIC, le Programme a capitalisé la plateforme U-Report Cameroun pour diffuser des messages, conseiller, orienter et répondre aux besoins des jeunes en matière de VIH & SIDA. Avec près de 500,000 jeunes inscrits, cette plateforme a été un instrument de première importance pour les jeunes.
40. Une attention particulière portée aux discriminations a été efficace. En effet, aucune discrimination n'est observée dans l'utilisation équitable des services de prévention, de soins et de traitement du VIH/sida par les femmes, les enfants et les adolescents, les personnes vivant avec un handicap et autres minorités cibles. Il n'existe pas de stratégie particulière de prévention et de prise en charge particulière d'une cible spécifique. Chaque individu dans le besoin a accès au même niveau et avec le même intérêt aux services offerts. Pour les personnes vivant avec un handicap et autres minorités à l'exemple de certains groupes qui n'ont pas facilement accès aux FOSA, la distribution à domicile constitue la stratégie généralement utilisée par les agents communautaires. Un Agent de Santé Communautaire participant à une discussion de groupe affirme : « *Il y'a le point focal APS qui se bat parce qu'on lui donne peut-être un moyen pour aller dans chaque communauté distribuer ces médicaments à une personne qui ne peut pas marcher parce que c'est ce qu'il fait souvent d'habitude. Donc, il connaît que telle personne ne peut pas venir, il prend son médicament et part en communauté le distribuer et il rentre. C'est un peu comme ça* ». (ASC-Région de l'Est)
41. L'élaboration du programme VIH de l'UNICEF a coïncidé avec celui du PSN VIH-IST 2018-2022 qui présente la situation du VIH dans le pays ainsi que les niveaux de performance des programmes de dépistage et de prise en charge. Ainsi, selon les résultats de l'analyse de la situation en 2016, la prévalence moyenne du VIH chez les femmes enceintes dans les 60 sites sentinelles est passée de 8,1% en 2006 à 7,8% en 2012 puis à 5,75% en 2016 et la séropositivité chez les femmes enceintes testées en CPN et en salle d'accouchement évolue en dents de scie entre 2014 et 2016 allant respectivement de 6,1% à 4,1% et à 4,9%. Le taux de séropositivité chez les enfants de 0 à 12 mois pour le diagnostic précoce du VIH est passé de 8,9% en 2010 à 5,6% en 2014 puis 5,2% en 2016. Les régions du Sud, de l'Est et du Centre sont celles où les taux de séropositivité sont restés élevés. Les données disponibles ne sont pas désagrégées pour pouvoir ressortir les taux de séropositivité dans la tranche d'âge de 2 à 14 ans.

Encadré 2 : Plan Opérationnel d'élimination de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant 2021- 2023

Au Cameroun, la PTME est intégrée à la Santé de Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SRMNIA) et offre un paquet intégré de services au cours des activités de consultation prénatale (CPN), d'accouchement et de suivi post-natal (CPoN) du couple mère et enfant. Ce paquet de services comprend entre autres : le conseil dépistage du VIH et de la syphilis pour les Femmes Enceintes (FEC)/allaitantes, les enfants et leurs partenaires, la mise sous traitement antirétroviral et/ou antibiotiques pour les FEC/allaitantes, les enfants et leurs partenaires dépistés séropositifs au VIH et/ou à la syphilis, la prophylaxie au Cotrimoxazole, les conseils pour l'accouchement à moindre risque et la prise en charge des enfants exposés en per et en post partum (ARV prophylactique, diagnostic précoce, etc.)

42. En matière de prévention de la transmission mère-enfant, le Programme a développé et opérationnalisé l'intégration des services. Dans les zones couvertes par le Programme, les niveaux de dépistage des femmes enceintes et leur mise continue sous ARV ont atteint des niveaux satisfaisants au regard des données. Les niveaux de couverture atteints témoignent de l'efficacité des solutions développées visant la levée des goulots d'étranglement identifiés lors du démarrage et qui empêchaient certaines femmes enceintes dans ces zones d'accéder aux services de counseling, de dépistage et de mise sous ARV des FE.
43. L'initiative jeune 3+1 a été mise en œuvre dans des régions, notamment celle de l'Est. Autour des Centres Multifonctionnels de Promotion de la Jeunesse (CMPJ), les jeunes ont été organisés pour réfléchir sur les questions liées au VIH/SIDA en milieu jeune. Organisés autour des municipalités, ces CMPJ ont mené des interventions en rapport avec la sensibilisation auprès de leurs pairs. Ce déploiement des jeunes a abouti à une plus grande acceptation du test et de la connaissance du statut sérologique.
44. Le Rapport de progrès PTME N° 13 (CNLS, 2019) relevait déjà que le nombre de formations sanitaires (FOSA) offrant les services PTME Option B+ est passé de 4 081 en 2016, à 5 143 sur 6 228 FOSA en 2019 soit une couverture géographique de 82,6%. Le nombre de sites PTME capables de prélever le DBS pour la PCR est passé de 2060 FOSA en 2018 à 2124 en 2019. Ces avancées sont redevables aux interventions de l'UNICEF et des autres parties prenantes. Néanmoins, cette couverture ne représente que 41,3% du nombre total des 5 143 sites PTME option B+ et 34,1% du nombre total (6 228) de FOSA. Ainsi, de nombreuses formations sanitaires n'offrent pas toujours les services complets de PTME).
45. Avec une offre plus accrue et adaptée aux besoins des usagers, en 2019, le taux de séropositivité des enfants exposés entre 6-8 semaines était de 4,8%. Par ailleurs, 78,5% des femmes attendues ont été reçues en CPN1 ou en salle d'accouchement et 66% des FEC attendues ont effectué le test VIH et ont retiré le résultat. Enfin, 73% des femmes VIH+ attendues ont été identifiées et mises sous TARV. Aussi en 2019, sur 939 055 femmes enceintes attendues, 737,161 (78,5%) femmes ont été reçues. Ainsi, 21,49% des femmes enceintes (FEC) attendues n'ont pas effectué la CPN. Et en 2019, parmi les 731,161 femmes reçues en CPN, 620,171 femmes ont été testées et 20,168 FEC ont été identifiées positives au VIH dont 17,046 FEC ont été mises sous ARV sur les 23,249 femmes enceintes VIH+ attendues soit une couverture populationnelle de 73,3%. La couverture programmatique des femmes enceintes VIH+ en ARV est passée de 84,9% en 2018 à 84,5% en 2019.

Conclusion - Efficacité – Question EQ4

Durant la période évaluée, les interventions du Programme appuyé par l'UNICEF ont permis de capitaliser l'ensemble des orientations globales, régionales et nationales en matière de prévention et de prise en charge des cas. Chaque groupe prioritaire est pris en charge avec ses spécificités et les déterminants de dynamique de propagation de l'infection. Aussi, bien que gardant l'approche mère-enfant, chaque cible reçoit une attention spécifique.

Des approches globales mises en œuvre étaient essentiellement cliniques, le Programme appuyé par l'UNICEF a facilité le déploiement des approches multisectorielles et multi-acteurs qui tiennent compte de la dynamique causale des vulnérabilités spécifiques des cibles. Les initiatives telles que jeune 3+1 ont contribué à replacer les jeunes au centre. Ils sont, non plus des bénéficiaires exclusifs, mais des parties prenantes à part entière. Avec leurs outils, ils redéfinissent les clés de l'exposition, définissent et mettent en œuvre les réponses les plus appropriées.

46. À l'image de l'ensemble du Programme de Coopération Cameroun – UNICEF, la composante en charge de mener la lutte contre le VIH et le SIDA œuvre dans un contexte marqué par la multiplicité d'acteurs. Alors que les autres acteurs sont très focalisés autour des projets de petite et moyenne envergure, l'UNICEF œuvre suivant une approche programme avec des interventions qui vont du niveau stratégique (développement des politiques et des stratégies) au niveau communautaire de la prise en charge au niveau le plus bas.
47. Tenant compte de la multisectorialité de la problématique du VIH/SIDA, l'UNICEF a initié et soutenu l'organisation des événements tels que le Forum National de la PTME. Cette instance qui regroupe les cliniciens, la société civile, les communicateurs, les institutions de recherche jouant un rôle de premier plan dans l'orientation stratégique, scientifique et opérationnelle de la lutte contre le VIH/SIDA. Chaque forum est

accompagné de recommandations qui actent les nouvelles orientations de la réponse. Des directives sont aussi données pour davantage d'humanisation de la réponse au VIH/SIDA.

48. Dans une perspective de renforcement de la durabilité, l'UNICEF implique les autorités municipales, traditionnelles et les leaders de la société civile. Cette grande mobilisation autour du VIH/SIDA permet non seulement de lever durablement les barrières structurelles qui entravent l'efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA dans les couches les plus vulnérables de la population.
49. Selon les acteurs de terrain, le programme a eu bien d'autres avantages, notamment l'investissement dans le développement des capacités des personnels en charge de la prévention et de la prise en charge. Les acteurs institutionnels trouvent le programme très bénéfique pour les structures sanitaires et les prestataires de santé qui y travaillent, mais aussi pour les acteurs communautaires et les autres services gouvernementaux responsables de leur encadrement et de leur accompagnement.
50. Grâce à ce programme, les services de dépistage et les capacités de prise en charge des formations sanitaires ont été renforcés. Ainsi, la capacité technique des agents, notamment dans le domaine de la PTME, a été renforcée grâce à l'organisation de formations ciblées et de supervisions formatives menées dans le cadre de la mise en œuvre des plans de travail annuels des districts de santé. La particularité de ces formations ciblées est qu'elles ont été planifiées au niveau des districts, et donc répondent à un besoin ressenti par les équipes sur le terrain.
51. Dans la région de l'Extrême-Nord, la participation au programme a débouché sur l'acquisition de nouvelles connaissances dont ont bénéficié les prestataires de santé. Ces connaissances sont dans le domaine de la PTME comme l'affirment les répondants : « *Avant, j'étais APS adulte et maintenant j'ai appris la PTME pédiatrique.* » (Responsable PTME Meskine). Il y a également les connaissances sur le counseling ayant vocation à provoquer un changement de mentalités des populations sur le VIH/Sida : « *J'ai appris beaucoup de choses avec ce programme lors des formations. Maintenant, je peux aller sur le terrain conseiller les populations. À présent je sais comment vivre avec une personne malade, une amie, les membres de la société. Dire aussi aux autres le bien-fondé de la protection* » (CMPJ Koza).
52. Dans le même ordre d'idées, un leader traditionnel affirme « *Grâce à l'UNICEF, j'ai participé à plusieurs formations, j'ai été capacité sur la gestion des cas au sein des formations sanitaires, et même dans la production des rapports puisque qu'à la fin de chaque trimestre je dois produire un rapport dans une revue sur le nombre de cas positifs mis sous traitement et ceux qui ne sont pas. C'est un acquis* » (Leader traditionnel, Koza-Extrême-nord)

Conclusion - Efficacité – Question EQ5

Grâce au Programme, des normes et standards ont été développés facilitant l'intégration de la lutte dans les structures de prestation de services. Tenant compte de la situation réelle sur le terrain, les intervenants ont bénéficié des mises à niveau et ont acquis de nouvelles compétences qui ont amélioré considérablement la qualité des services offerts aux personnes et groupes ciblés.

Conclusion sur le critère efficacité

Au terme de l'analyse des performances au moyen des matrices de résultats, l'examen des différences positives portées par le Programme appuyé par l'UNICEF, et ses avantages comparatifs, l'on a pu constater que sans atteindre la totalité des résultats escomptés, le Programme a permis de faire des avancées significatives.

Dans le domaine des 90 – 90 – 90, bien que le Programme ait permis de faire des avancées significatives dans la mise sous traitement des enfants et des femmes, les progrès chez la cible jeune n'ont pas été à la hauteur des attentes. Bien que les jeunes témoignent d'une connaissance plus accrue des moyens de prévention du VIH/SIDA, la réponse reste encore très en deçà des attentes. D'où, le progrès des nouvelles infections parmi les jeunes.

Ce niveau de performance doit s'apprécier à la lumière des contraintes qui ont émaillé la mise en œuvre du Programme. Il s'agit notamment de la pandémie à COVID-19 qui a fortement entravé la mise en œuvre de certaines interventions, notamment le dépistage de masse chez les jeunes, et la fréquentation des services de santé par les mères et les enfants. Il en a résulté l'abandon du traitement par certains malades de la file active. Dans une moindre mesure, les déplacements internes causés par les effets des crises (naturelles et sociopolitiques).

De ce qui précède, et sur la base des critères de jugement proposés dans la section méthodologie, l'équipe d'évaluation juge le programme Efficace.

5.3. Efficience des interventions

Il s'agit ici de l'analyse du coût des opérations par rapport aux résultats obtenus permettant d'analyser les avantages non valorisables par un calcul direct ou par approximation, et de se concentrer sur les coûts par unité d'avantage et les comparer aux coûts similaires constatés par ailleurs.

Les réponses aux questions d'évaluation ci-dessous permettront d'estimer le degré d'efficience du programme :

- EQ6** : Quel a été le coût des ressources humaines et de l'approvisionnement ainsi que les coûts d'interventions similaires dans les zones cibles identifiées ?
- EQ7** : Dans quelle mesure la gestion de la chaîne d'approvisionnement était-elle efficace ?
- EQ8** : Dans quelle mesure les ressources mobilisées ont-elles été converties en produits en temps opportun et de la manière la plus rentable ?

53. La qualité de l'évaluation de l'efficience dépend fortement de la qualité des données financières et de gestion rendue disponible. Force est de constater que l'équipe d'évaluation n'a pas pu obtenir pour exploitation, suffisamment de données financières en termes de planification, de mobilisation et d'exécution des ressources financières, humaines et matérielles engagées dans ce programme. Les données rendues disponibles ont permis de dégager quelques conclusions pouvant donner des éléments de réponse aux questions d'évaluation relatives à l'efficience du Programme.

5.3.1. Mobilisation et exécution des ressources

54. Le projet objet de cette évaluation a bénéficié d'un double financement de l'UNICEF et de la Banque Islamique de Développement (BID). Les tableaux ci-dessous récapitulent les montants mobilisés et exécutés sur la période.

Tableau 6 : Evolution des dépenses liées au VIH du projet financé par UNICEF, période 2018-2022(en USD)

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Total par an	3 446 837	2 232 587	10 128 647	6 636 291	5 251 110	27695 472

55. L'UNICEF a mobilisé et exécuté sur ses propres fonds un montant total de 27,7 millions de dollars des Etats Unis (USD) durant la période 2018-2022. Parallèlement, l'UNICEF a été chargée par le Gouvernement du Cameroun et la BID de l'exécution d'un financement de plus de 41 millions d'USD couvrant la période 2018-2023. Ce niveau élevé de mobilisation démontre les capacités de l'UNICEF en matière de plaidoyer et de mobilisation des ressources.

Tableau 7: Montants mobilisés par composante et source de financement du projet de lutte contre le VIH/Sida (en milliers d'USD)

	BID	Gouvernement	Total
Montant mobilisé par source	37 740	3 510	41 250

56. L'analyse de l'exécution de ces financements de la BID n'a pas pu être menée par manque de détails sur la disponibilité d'informations financières relatives à la dépense sur ces fonds.

57. Ce financement entre dans le cadre du financement global de la réponse nationale dont l'analyse permet de dégager des conclusions indirectes quant à l'efficience dans l'utilisation des ressources du Programme.

58. Malgré la forte augmentation de la dépense en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA entre 2019 et 2020 (plus de 55% d'augmentation) a été possible grâce au décaissement des fonds BID mobilisés dans le cadre du projet

« Support of Elimination of Mother-To-Child Transmission (eMTCT) of HIV/AIDS », les acteurs rencontrés déplorent que, faute de moyens financiers, certaines activités ne peuvent pas être réalisées. À titre d'exemple, l'insuffisance des moyens financiers ne facilite pas le déploiement de certaines activités en périphérie des villes ou en zone rurale ; le dépistage se concentre ainsi dans les grandes villes, et devient de moins en moins productif en termes de « recrutement » des cas. « *Les difficultés financières font que les activités sont concentrées dans le centre urbain. Si on avait plus de moyens, ça nous permettrait d'aller par exemple dans les périphéries où on peut même avoir plus de cas que dans le centre. Donc, on a ces limites financières qui font en sorte qu'on ne peut pas se déployer dans les périphéries où on pourrait peut-être maximiser en termes de résultats.* » (Pair Educateur, Kribi-Sud)

5.3.2. Coût et gestion des ressources humaines et de la logistique

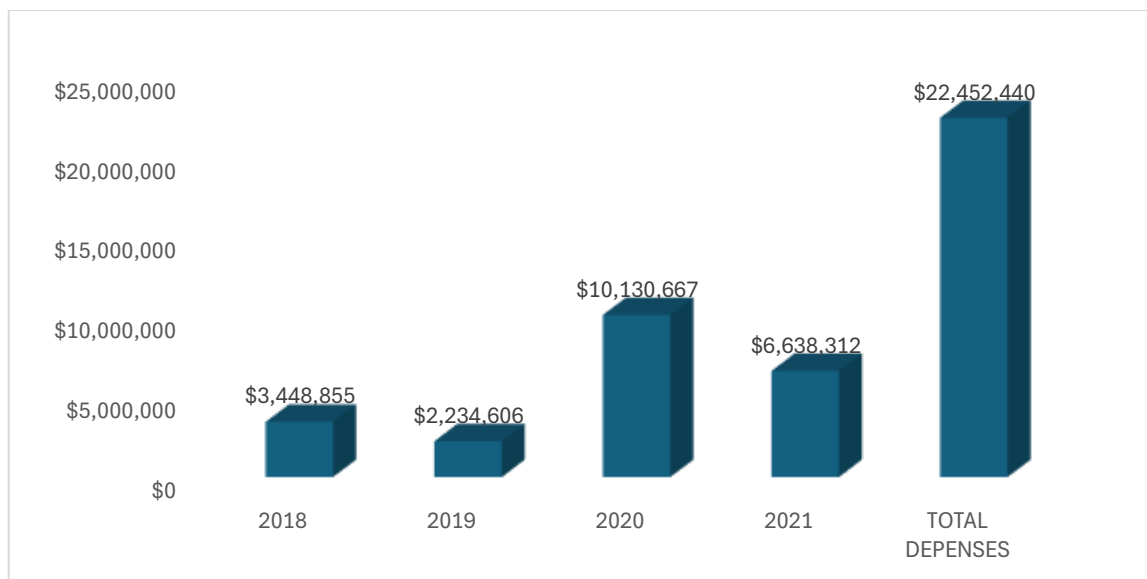
59. L'équipe d'évaluation ne dispose pas de données financières suffisantes pour analyser les coûts de gestion des RH et de la logistique.
60. Les agents relais communautaires qui mettent en œuvre les activités au niveau communautaire ne reçoivent, très souvent, aucune rétribution. Ce sont généralement des hommes et des femmes choisis au sein de la communauté qui est formée et qui servent d'interlocuteurs entre le personnel de santé et les patients. Ils sont par exemple en charge de retrouver les perdus de vue, et de rappeler les dates des rendez-vous aux patients qui le désirent.

5.3.3. Coût et gestion des approvisionnements en médicaments et consommables

61. De même l'équipe d'évaluation ne dispose pas de données financières sur le coût des médicaments et consommables pour mener cette analyse.

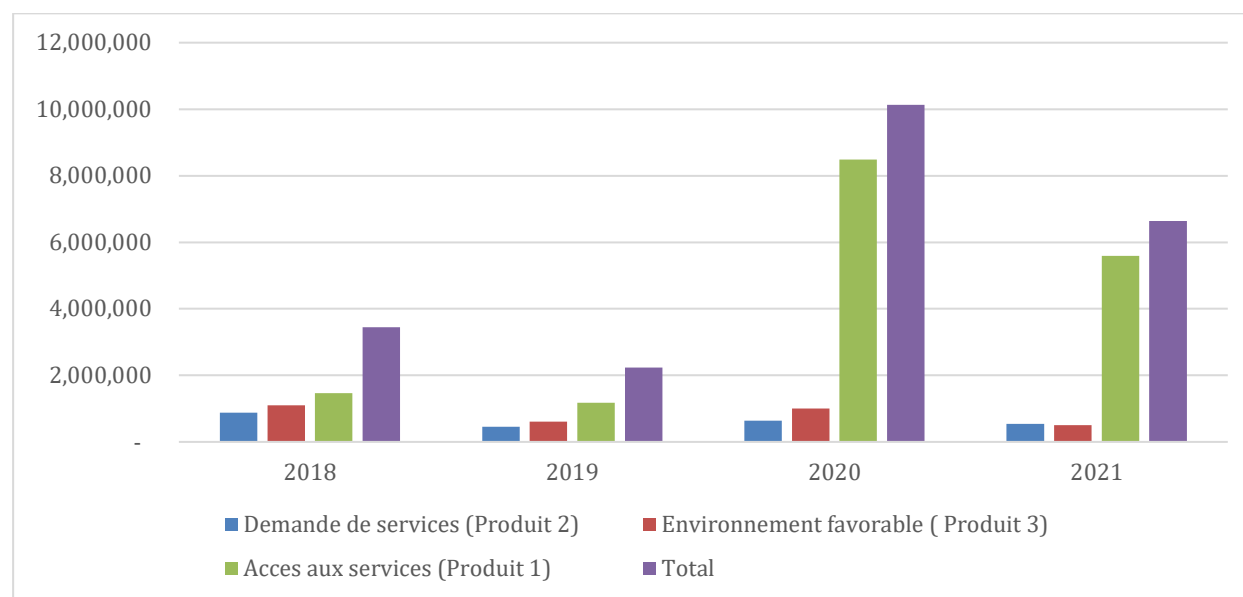
5.3.4. Coût des interventions prioritaires

Figure 2 : Évolution des dépenses globales en matière de lutte contre le VIH/Sida (en milliers d'USD)



62. L'UNICEF et ses partenaires internationaux ont pu mobiliser un montant conséquent pour la lutte contre le VIH/Sida. En l'absence d'informations sur les montants réels planifiés et ceux mobilisés, il n'a pas été possible d'analyser l'efficacité dans l'exécution des ressources financières allouées à la lutte contre le VIH/SIDA.
63. L'analyse de l'évolution du financement global a montré une certaine volatilité de ce financement n'évoluant pas de manière uniforme, voir régulière. Ainsi, nous notons une importante augmentation du montant exécuté en 2020 avec un triplement du montant (+354% par rapport au niveau de 2019) suivie d'une baisse quasi-régulière sur les deux années suivantes (2021 et 2022).

Figure 3 : Évolution du montant dépensé par résultat (output) UNICEF en USD (Source : UNICEF)



64. L'évolution de la dépense annuelle en fonction du résultat visé montre que l'augmentation des ressources dépensées entre 2019 et 2020 a particulièrement bénéficié à l'accès aux soins VIH/Sida (avec un accroissement de plus de 600%) alors que la demande des services et l'environnement de la réponse n'ont pas connu un évolution similaire en 2020.
65. Ainsi, la part relative de ressources dépensées pour l'amélioration de l'accès aux services – en termes d'acquisition d'équipements, de dispositifs et de normes – est passée de 52,6% en 2019 à 84% environ entre 2020 et 2022.
66. L'absence de données désagrégées des dépenses en matière d'accès aux services (de prévention, de prise en charge, de PTME, ...) n'a pas permis une analyse du coût moyen des interventions prioritaires qui aurait pu être analysé dans le temps et en comparaison avec d'autres Pays de niveau proche.

Conclusion – –Efficience – Question EQ6

L'absence d'informations suffisamment désagrégées sur le budget et les dépenses n'ont pas permis l'analyse approfondie quant aux points spécifiques abordés dans cette question d'évaluation ; seuls des aspects globaux de financements ont pu être abordés.

L'analyse partielle de cette évolution des financements alloués au projet, objet de l'évaluation, a montré une certaine volatilité de ce financement avec une importante augmentation du montant exécuté en 2020 suivie d'une baisse quasi-régulière sur les deux années suivantes (2021 et 2022). La part relative de ressources dépensées pour l'amélioration de l'accès aux services est passée de 52,6% en 2019 à environ 84% entre 2020 et 2022.

5.3.5. Efficacité de la chaîne d'approvisionnement

67. Le Cameroun s'est doté d'une Politique Nationale Pharmaceutique qui a pour but d'améliorer l'accès aux soins de santé de qualité en mettant à la disposition de l'ensemble de la population, des produits pharmaceutiques, efficaces, de bonne qualité et à un prix abordable tout en assurant leur usage rationnel en toute sécurité. À cet effet, l'approvisionnement du Cameroun en produits pharmaceutiques est régi par le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SYNAME) qui comprend plusieurs acteurs œuvrant pour la mise à disposition des médicaments de qualité aux populations.

Les structures du SYNAME s'apparentent à la pyramide sanitaire du système de santé national, en effet nous avons :

- La Centrale Nationale d'Approvisionnement et Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CENAME) qui est la porte d'entrée des approvisionnements des produits pharmaceutiques du secteur public. C'est la tête de proue des approvisionnements pharmaceutiques du secteur public et donc des produits des programmes de santé. Elle contribue à la mise en œuvre de la Politique Pharmaceutique Nationale en matière d'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux essentiels. Elle est chargée de :
 - Assurer la disponibilité, la permanence et l'accessibilité des médicaments et des dispositifs médicaux essentiels sur toute l'étendue de territoire national ;
 - Garantir la qualité des médicaments et des dispositifs médicaux essentiels qu'elle distribue conformément aux normes de qualité prescrites par la réglementation en vigueur ;
 - Approvisionner les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) en médicaments et dispositifs médicaux essentiels au meilleur rapport qualité/prix ;
 - Mener toutes les opérations complémentaires ou connexes pouvant se rattacher à son objectif social.
- Les Fonds Régionaux pour la promotion de la Santé (FRPS) qui jouent un rôle de relais entre les formations sanitaires et la CENAME. A ce titre, ils ont pour rôle de :
 - Préparer les commandes à adresser prioritairement à la CENAME et accessoirement à d'autres fournisseurs agréés dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur ;
 - Réceptionner et stocker les produits en provenance de la CENAME et des Partenaires Techniques et Financiers ;
 - Assurer la gestion des stocks des médicaments et intrants des programmes de santé ;
 - Approvisionner les pharmacies des formations sanitaires en médicaments, dispositifs médicaux et réactifs de laboratoire ;
 - Contrôler et superviser le système régional d'approvisionnement.
- Les formations sanitaires, qui à travers les points de dispensation ont pour rôle de mettre les médicaments à disposition de la population.

La tendance observée de fournitures des intrants notamment de dépistages et de surveillances avec des dates proches et parfois très proches de péremption (une semaine) évoquée au niveau de toutes les régions et districts visités n'est pas en faveur d'une efficience dans l'utilisation des ressources allouées aux produits de santé.

68. L'on note une implication insuffisante des structures centrales spécialisées comme la CENAME en amont dans la quantification et la répartition des intrants et ceci malgré l'existence d'un engagement avec l'UNICEF. Par ailleurs, il existe une coordination insuffisante avec le CNLS dans la répartition et la distribution des intrants. Les tableaux en annexe A7 présentent les indicateurs de suivi de la gestion des approvisionnements dans les régions de l'Est et du Sud.
69. La livraison des médicaments dans les formations sanitaires suit un circuit dont l'interface immédiat de celle-ci est le district de santé de rattachement. En d'autres termes, les formations sanitaires adressent leurs bons de commande aux districts de santé qui livrent en fonction de la quantité disponible. Ce circuit officiel peut parfois être évité par les formations sanitaires pour une raison quelconque.
70. Par ailleurs, certaines FOSA privées cachent mal leur déception par rapport à la mise en retrait dont elles sont parfois victimes de la part du service de district en ce qui concerne la livraison des ARV. Un comportement peu professionnel qui contraint ces FOSA à solliciter directement les services de l'hôpital régional, ce qui améliore substantiellement la qualité de l'offre des services de santé.
71. Pour les acteurs de terrain, la mauvaise gestion de la chaîne d'approvisionnement est un handicap dans l'atteinte des résultats dans la mesure où elle occasionne des ruptures de stock, lesquelles entravent la qualité de la prise en soins des patients.

72. La logistique du transport et de la manutention des intrants de la CENAME jusqu'à la formation sanitaire constitue aussi un goulot d'étranglement.
- « D'abord première difficulté, c'est d'abord la logistique et les moyens de transport. Nous avons un partenaire qui nous aide dans ce sens-là, au moins c'est très bien maintenant... On ramène quand même les résultats du terrain ; on essaie de mener un paquet d'activités en communauté pour essayer de noyer le VIH mais en réalité c'est le VIH qui nous amène. » (Responsable UPEC-Région du Sud)*
73. Les DS sont approvisionnées par les FRPS, ce qui facilite l'approvisionnement des FOSA via les DS. Mais les commandes ne respectent pas l'approvisionnement à temps des FOSA. On observe des retards et des discontinuités dans l'approvisionnement des intrants et médicaments : *« Elle n'est pas continue, c'est du genre on peut avoir aujourd'hui et demain on n'a plus rien, après ils arrivent encore un jour après ils n'arrivent pas (KII-Est)*
74. Ces retards dans l'approvisionnement sont aussi dus à l'envoi tardif des rapports d'inventaire des stocks. Bien plus, la quantification des intrants commandés n'est pas toujours en adéquation avec la quantité des intrants nécessaires pour l'offre de services durant la période d'utilisation de ces intrants. Par ailleurs, il se pose aussi un problème d'adéquation entre la quantité commandée et livrée et la quantité de produits utilisés. La demande des populations en intrants n'étant pas toujours définie, il devient donc difficile de déterminer la quantité réelle des intrants à commander. Ce qui a comme conséquence la péremption non négligeable des produits qui représente un important goulot d'étranglement dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement en intrants.
75. Quant à la distribution, il est constaté qu'elle n'est pas faite de manière équitable dans la mesure où toutes les FOSA ne sont pas approvisionnées équitablement. Raison pour laquelle les acteurs de mise en œuvre impliquée sur, à propos de ces interventions, estiment qu'un partage équitable est nécessaire.
- « Que l'UNICEF fasse vraiment l'effort pour qu'il y ait la distribution à toutes les formations sanitaires qui ont la possibilité de prendre en charge les patients parce que j'ai l'impression ... qu'il y a certaines FOSA qui sont privilégiées parce qu'il y a certaines qui ont des intrants et d'autres pas. » (Responsable TPMS Laboratoire-Région de l'Est)*
76. Sur le terrain, l'UNICEF apporte un appui remarquable dans l'approvisionnement des intrants et dans la logistique notamment en dotation en équipements de locomotion aux DS et FOSA et même aux acteurs communautaires. Ceux-ci ont permis le transport des intrants des DS vers les FOSA surtout celles qui sont éloignées lorsque le FRPS n'effectue pas le déplacement pour les livraisons auprès des DS et FOSA.
77. Ceux qui pensent que la chaîne d'approvisionnement des médicaments n'est pas efficace estiment que les livraisons ne tiennent pas compte des besoins contenus dans les commandes émises par les FOSA. Avec la fiche de répartition des intrants émise par le fond régional, les commandes ne sont pas respectées alors qu'avant 2018, les livraisons se faisaient sur la base des commandes émises par les structures sanitaires. Avant 2018 justement, l'approche de livraison était « bottom-up », aujourd'hui, c'est l'approche « top-down ».
78. Dans cette livraison de produits qui se font généralement sous forme de « push », il arrive que les structures reçoivent des dispositifs médicaux dont l'utilisation est inconnue par ceux-ci, c'est le cas d'un énorme stock de « finger stick » et d'auto-test de dépistage du VIH disponible dans la région de l'Est mais non utilisé.
79. L'analyse détaillée des capacités techniques et de stockage, des ruptures et de leurs causes, du circuit logistique et de l'analyse des données sont disponibles dans l'annexe A7. En synthèse de cette analyse, le tableau ci-dessous résume les forces, faiblesses, opportunités et menaces de la chaîne d'approvisionnement.

Tableau 8: Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la chaîne d'approvisionnement

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité constante des ARV PTME et pédiatrique dans les FOSA ; 	<ul style="list-style-type: none"> Non-respect par l'UNICEF du circuit national d'approvisionnement des médicaments, notamment le CENAME qui met en collaboration les acteurs de la chaîne d'approvisionnement avec comme conséquence une

<ul style="list-style-type: none"> • Baisse considérable du taux de rupture des ARV dans les FOSA durant l'année 2022 ; • Amélioration de la chaîne logistique par la dotation de véhicule à plusieurs DS permettant d'intégrer les supervisions des activités GAS dans les activités de la région ; • Dotation de « point of care » à plusieurs FOSA permettant de raccourcir les délais de rendu des résultats de PCR et CV ; • Existence d'un groupe virtuel sur réseau social dans chaque région permettant le redéploiement rapide des intrants dans les FOSA en fonction des besoins et des dates de péremption ; • Existence de la stratégie de livraison au dernier kilomètre permettant de livrer les médicaments sur site. 	<ul style="list-style-type: none"> • non-maîtrise des stocks nationaux réels par le régulateur ; UNICEF approvisionne les FOSA enrôlées dans le Projet en intrant sur site, sans passer par la CENAME ni par les FRPS ; • Faible qualification du personnel impliqué directement dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement au niveau des formations sanitaires ; • Absence de manuel de procédures pour le stockage et la manutention des produits dans la majorité des FOSA • Insuffisance de supervision de la chaîne logistique aussi bien au niveau central qu'aux niveaux intermédiaire et opérationnel ; • Redéploiement non flexible des intrants, UNICEF ; seul l'UNICEF et les personnes impliquées dans le programme PETVISIDAM sont autorisés à procéder à un redéploiement de ces intrants, les points focaux GAS ou de la DPML n'ont pas cette prérogative ; • Rupture fréquente, voire permanente, des cartouches des « point of care », des ARV de deuxième ligne et des préservatifs masculins ; • Non-respect des délais d'approvisionnements des intrants dans les FOSA (approvisionnement par « push ») parfois rapproché entre deux livraisons et ne prenant pas en compte le stock disponible dans la FOSA avec comme conséquence, un sur stockage de certains intrants ; • Approvisionnement des intrants des « point of care » avec des dates de péremption généralement proches avec comme conséquence une faible consommation de ces produits ;
<ul style="list-style-type: none"> • Opportunités 	<ul style="list-style-type: none"> • Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une politique nationale de renforcement de la chaîne d'approvisionnement ; • Présence dans les régions des autres partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH SIDA pour un travail en synergie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non implication de la CENAME, des FRPS et des points focaux GAS au démarrage du projet PETVISIDAM (ces trois entités sont étrangères audit projet) ; • Privilèges accordés aux FOSA impliquées dans le projet au détriment des FOSA non enrôlées dans ledit programme ; • Absence de maintenance préventive et curative des « points of care » ; • Destruction des intrants quasi inexistantes dans la majorité des FOSA, car ne disposant pas d'incinérateur, avec comme conséquence une mauvaise utilisation des espaces de stockage occupés par ces produits périmés.

Conclusion – Efficience – Question EQ7

L'approvisionnement des FOSA suit un circuit dont l'interface immédiate est le district de santé de rattachement qui, cependant, approvisionne les FOSA, non pas toujours en fonction de leur demande, mais plutôt en fonction du stock disponible à son niveau. L'amélioration de la disponibilité des personnels qualifiés (pharmaciens) pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement dans les FOSA est à l'origine d'une meilleure fluidification de la chaîne d'approvisionnement, ainsi qu'une diminution de la fréquence des ruptures des ARV, excepté pour les ARV de deuxième ligne. L'insuffisance de coordination de la chaîne d'approvisionnement d'une part, et l'approvisionnement par un système dit de « push » d'autre part, demeure des goulots d'étranglement sur la voie d'un approvisionnement efficace et efficient des FOSA. Cet approvisionnement par un système de « push » pousse parfois les structures à recevoir des dispositifs médicaux dont l'utilisation est inconnue par le personnel ; c'est le cas des « finger stick » et des auto-test de dépistage du VIH disponible dans la région de l'Est mais non utilisés. Par ailleurs, il faut noter qu'une bonne partie des espaces de stockage existants est occupée par des produits périmés en attente de destruction depuis plusieurs années (08 ans en moyenne) avec une partie des FOSA ne disposant pas d'incinérateur fonctionnel.

5.3.6. Rentabilité des ressources mobilisées

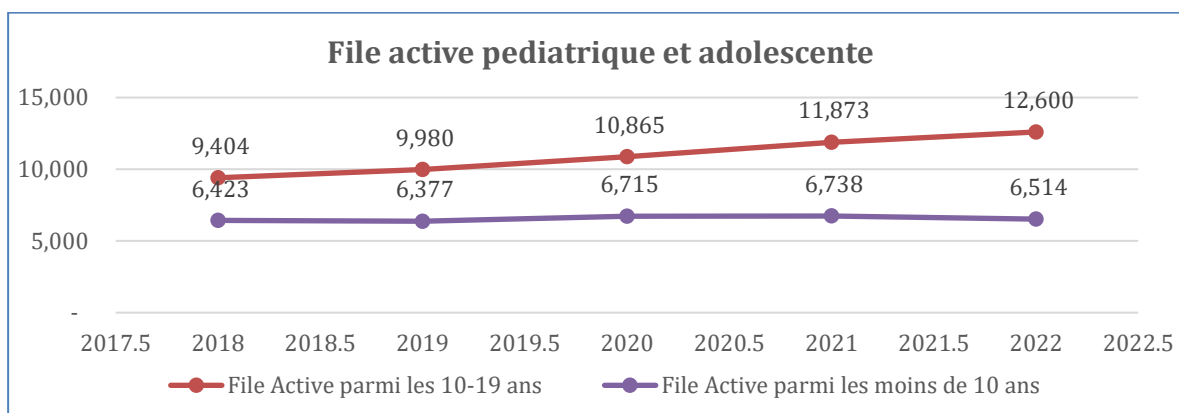
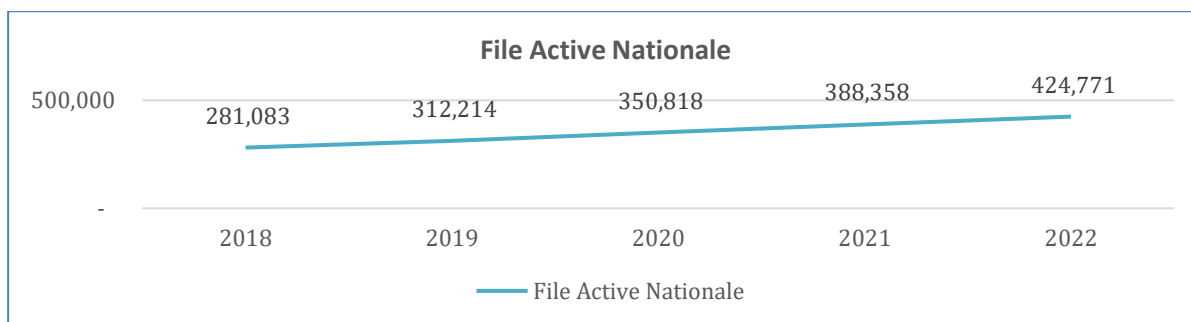
80. Sur le montant total de 27,7 millions de dollars des États Unis (USD) mobilisé durant la période 2018-2022, plus de 70% de ce financement a servi au renforcement de l'accès aux soins VIH alors que le renforcement de la demande a bénéficié de moins de 10% du financement, avec un accroissement tous les deux ans (en 2018 et en 2020).
81. Parallèlement, l'UNICEF a été chargé par le Gouvernement du Cameroun et la BID de l'exécution d'un financement de plus de 41 millions d'USD couvrant la période 2018-2023.

Tableau 9 : Montants mobilisés par composante et sous composante, et source de financement du projet de lutte contre le VIH/Sida (en milliers d'USD)

Composantes et sous composantes	BID	Gouvernement	Total	%
Diagnostic précoce et soins de l'enfant et de la mère	21 730	3 120	24 840	60,2%
Renforcement du système (personnel, SIS, GAS)	1 730	920	2 640	6,4%
Équipement pour le diagnostic précoce enfant et mère	13 420	1 450	14 870	36,0%
Implémentation/coordination des services d'eTME	6 580	750	7 330	17,8%
Etablir un cadre opérationnel pour la surveillance basée sur les cas de VIH et la surveillance des résistances	2 290	-	2 290	5,6%
Surveillance basée sur les cas de VIH	560	-	560	1,4%
Système de surveillance de la résistance aux ARV, assurance qualité dans les laboratoires et certification	1 730	-	1 730	4,2%
Développer des modèles innovateurs de service communautaire pour accroître la PTME et la rétention des patients sous traitement	12 820	296	13 110	31,8%
Éradiquer le VIH dans les villes	1 410	116	1 520	3,7%
Renforcer les capacités des communautés	2 240	-	2 240	5,4%
Renforcer la rétention en soins et le suivi des absents/perdus de vue (approche innovatrice m-Health)	9 170	180	9 350	22,7%
Gestion du projet	910	100	1 010	2,4%
Ressources humaines	550	10	560	1,4%
Coûts opérationnels	360	90	450	1,1%
Total cout de base	37 740	3 510	41 250	100,0%

82. Une part importante de ce financement (60,2%) a été destinée au diagnostic précoce chez l'enfant et à la prise en charge de la mère et de l'enfant, au moment où un tiers environ (31,8%) est alloué au développement de modèles innovateurs de services communautaires pour accroître la PTME et la rétention des patients sous traitement. Cette allocation au dépistage et à la prise en charge des femmes et des enfants dans le cadre de la PTME répond à une réelle priorité dans le cadre de la réduction des nouvelles infections. L'orientation du reste du financement (31%) du projet aux actions communautaires innovantes en faveur de plus de demandes de services par les communautés.
83. L'analyse de l'exécution de ces financements de la BID n'a pas pu être davantage poussée par manque de disponibilité d'informations financières relatives à la dépense sur ces fonds.

Figure 4 : Évolution de la file active des PVVIH/Sida (données du Programme)



84. En rapportant l'évolution de cette dépense en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA à l'évolution de la file active – qui a certes continué à augmenter à la faveur du dépistage renforcé – on constate une volatilité de cette dépense moyenne par enfant ou adolescent suivi durant la période 2018-2022 avec des montants moyens variant par individu de 136 USD en 2019 à 576 USD en 2020 avec une moyenne annuelle de 317 USD.

Tableau 10 : Évolution des financements propres de l'UNICEF au regard de l'évolution de la file active des enfants et adolescents VIH/Sida (données reçues des services de l'UNICEF)

Indicateur	2018	2019	2020	2021	2022
File Active Nationale	281 083	312 214	350 818	388 358	424 771
File Active parmi les 10-19 ans	9 404	9 980	10 865	11 873	12 600
File Active parmi les moins de 10 ans	6 423	6 377	6 715	6 738	6 514
File A. > 19 ans	265 256	295 857	333 238	369 747	405 657
Ratio FAN / FA<10	43,8	49,0	52,2	57,6	65,2
Évolution Ratio FAN / FA<10		11,9%	6,7%	10,3%	13,1%
Ratio FA10-19 / FA<10	1,5	1,6	1,6	1,8	1,9
Évolution Ratio FA10-19 / FA<10		6,9%	3,4%	8,9%	9,8%
Ratio FA>19 / FA 10-19	28,2	29,6	30,7	31,1	32,2
Évolution Ratio FA>19 / FA 10-19		5,1%	3,5%	1,5%	3,4%
Montant total dépensé sur fonds propres de l'UNICEF (en milliers d'USD)	3 446,8	2 232,6	10 128,6	6 636,3	5 251,1
Montant total dépensé sur fonds propres de l'UNICEF par enfant ou adolescent suivi (en USD)	218	136	576	357	275

85. Les ratios du nombre d'enfants de moins de 10 ans en rapport, d'une part, avec le nombre dans la file active nationale (FAN), et d'autre part, le nombre d'adolescents dans la file active des 10-19 ans (FA 10-19 ans) sont en diminution régulière sur la période. L'efficacité de la riposte développée avec le nombre d'enfants dépassant l'âge de 10 ans et entrants dans la FA 10-19 ans supérieur au nombre de nouveaux enfants dépistés et intégrant la file active des moins de 10 ans. Cette explication est peu plausible vu la quasi-similitude entre les tendances d'évolution de la FA > 19 ans et de la FA 10-19 ans (évolution du ratio faible et en baisse), ce qui dénote d'un recrutement proportionnellement similaire de nouveaux cas au sein des deux tranches d'âge. Nous serions donc plus devant une situation de stagnation du recrutement de nouveaux enfants VVIH et qui est en corrélation avec les difficultés constatées dans le développement du diagnostic précoce.
86. Il est noté un retard dans la mise en place de certains fonds et une augmentation importante des niveaux de dépense au cours de l'année 2020 secondaire aux investissements importants opérés au cours de cette année, et de manière concomitante ; ce qui, en soi, est en faveur de plus de synergie dans l'utilisation des équipements et des capacités, et donc en faveur de plus d'efficacité.
87. L'acquisition des véhicules et motos pour les structures impliquées dans la mise en œuvre ainsi que les différents équipements de dépistage et de surveillance constituent des investissements à long terme très appréciés par les acteurs de terrain. Il s'agit d'un renforcement efficace des capacités des structures vu la forte externalité de ces résultats. En effet, ces moyens logistiques et ces équipements peuvent servir à l'offre et à l'accès de plusieurs services en plus de ceux spécifiquement liés à la lutte contre le VIH/SIDA.

Tableau 11 : Comparaison des financements dépensés par PVVIH au Niger et au Cameroun

	2021	2022
Budget Niger (USD) par PVVIH	285	660
Dépense Niger (USD) par PVVIH	119	273
Dépense Cameroun par PVVIH (USD)	357	275
Ratio Dépense Moyenne Niger / Dépense Moyenne Cameroun	0,34	0,99

88. Sur les deux dernières années 2021 et 2022, la dépense moyenne a plus que doublé au Niger alors qu'elle a connu une baisse d'environ 40% au Cameroun permettant à la dépense moyenne par PVVIH au Niger de rattraper celle du Cameroun alors qu'elle n'en représentait que le tiers en 2021.

Conclusion – Efficacité – Question EQ8

En raison du manque de disponibilité d'informations financières détaillées, la transformation des ressources mobilisées en produits n'a été mise en évidence que sous les trois angles suivants :

- *La file active a continué à augmenter à la faveur du renforcement du dépistage et on note une certaine volatilité de la dépense moyenne par enfant ou adolescent avec des montants individuels moyens variant de 136 USD en 2019 à 576 USD en 2020 avec une moyenne annuelle de 317 USD.*
- *L'acquisition des véhicules et motos pour les structures impliquées dans la mise en œuvre ainsi que les différents équipements de dépistage et de surveillance constituent des investissements bien appréciés par les acteurs de terrain avec une forte externalité de leurs apports pour tout le système de santé.*
- *Cependant, la stagnation, voire la baisse de recrutement de nouveaux enfants vivant avec le VIH serait liée aux difficultés constatées dans le développement du diagnostic précoce et le développement de modèles innovateurs de services communautaires pour accroître l'accès et l'utilisation de la PTME.*

Conclusion sur le critère efficacité

D'une manière générale il semblerait que malgré l'efficacité démontrée lors de l'analyse de la mise en œuvre et l'utilisation du modèle bottom-up en prenant en compte les réalités de chaque district/région, le projet semble démontrer d'une certaine efficacité qui mérite d'être améliorée :

- ✓ *L'allocation et l'utilisation des fonds mobilisés paraissent efficaces au regard de l'évolution des résultats et des montants dépensés malgré une certaine volatilité de ces dépenses.*
- ✓ *les acteurs de terrain se plaignent à tous les niveaux du retard dans le déblocage de fonds malgré une planification validée avec l'équipe de l'UNICEF constitue un frein à l'efficacité*
- ✓ *L'approvisionnement en intrants est efficace, évitant au maximum les ruptures et les péremptions qui restent limitées à certaines zones et certains produits de santé. Il faut cependant noter la rupture en ARV de 2^e ligne et en préservatifs et un approvisionnement en consommables « Point of Care » avec des dates proches de la péremption.*
- ✓ *Une quasi-absence de maintenance préventive et curative des appareils entraînant parfois de longues périodes de pannes au cours desquelles les examens de laboratoires ne sont pas assurés.*

5.4. Durabilité des interventions du Programme

89. La durabilité d'un programme vise à déterminer la viabilité ou la pérennité des acquis du programme et leur poursuite après son arrêt. Cette section interroge la manière dont les interventions de l'UNICEF ont été conçues de telle sorte que leur mise en œuvre puisse garantir la pérennisation de la lutte contre le VIH-SIDA au terme du programme en cours. Le degré de durabilité du programme sera mesuré à travers les réponses aux questions d'évaluation ci-dessous :

EQ9 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles été conçues de manière à ce que leur mise en œuvre puisse se poursuivre sans le soutien de l'UNICEF une fois le cycle du programme terminé ?

EQ 10 : Quels avantages (le cas échéant) générés par les interventions soutenues par l'UNICEF pourraient être soutenus par le gouvernement, les familles, les communautés individuelles, les organisations communautaires ?

90. Les effets positifs du projet sont bien visibles durant la période de mise en œuvre des interventions, mais ne garantissent pas une poursuite de ces interventions après l'appui des partenaires. La contribution de l'État camerounais n'est pas très visible et il est difficile d'évaluer la capacité de son système de santé à poursuivre ces interventions sans appui extérieur.
91. Le caractère conjoint de l'appui des interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA rend difficile l'évaluation du degré de dépendance du Cameroun en matière de l'appui de l'UNICEF. Néanmoins, l'approvisionnement en intrants a été identifié comme étant un élément de dépendance presque totale du système de santé de l'appui de l'UNICEF en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

5.4.1. Planification de stratégies de sortie

92. Le processus de planification, de mobilisation des ressources et de mise en œuvre ne présente pas de caractéristiques particulières visant en particulier la préparation du Pays et de ses entités centrales, régionales ou opérationnelles à assurer une pérennisation des acquis en termes de résultats, de produits et de renforcement institutionnel.
93. En effet, la planification des interventions de lutte contre le VIH/SIDA par l'UNICEF n'a pas prévu de réelles mesures devant permettre au système de santé camerounais de pouvoir poursuivre ces interventions sans son appui une fois le programme terminé. Ainsi, il n'a pas été mis en évidence, au niveau des documents de référence et de planification du Programme, des stratégies de transition dédiées à la préparation de l'arrêt du financement extérieur, de mobilisation pérenne de ressources et de pérennisation des acquis après l'arrêt de l'appui financier et technique des Partenaires.

5.4.2. Interventions ne nécessitant plus l'appui de l'UNICEF

94. La pérennité des interventions de l'Unicef en matière de lutte contre le VIH-Sida passe par des mesures importantes telles que l'appropriation par la communauté d'un certain nombre d'actions qu'elle continuera de mettre en œuvre après le projet.
95. Dans la région de l'Extrême-Nord, ces actions concernent l'éducation des populations sur l'existence et la menace du VIH-Sida. Il s'agit concrètement de continuer à sensibiliser dans les quartiers et localités reculées des districts de santé de la région. En fait, selon les informateurs, plusieurs personnes ont de fausses croyances sur le VIH-Sida.

« On doit revoir la manière de sensibiliser, on doit venir à la maison pour sensibiliser davantage de gens. Il faut organiser les séminaires dans les villages, organiser les séminaires de sensibilisation des jeunes qui vont informer les autres filles du quartier. On forme deux fois par an et peut être au quartier où les gens

qui sont déjà formés vont se débrouiller pour former[les autres] à leur niveau ». (FGD jeune fille-Extrême Nord).

96. Dans la Région de l'Est, il a été relevé que l'appui de l'UNICEF engendre une certaine dépendance de l'État camerounais et de tout le système de santé en matière de lutte contre le VIH, et même dans d'autres domaines d'interventions. Néanmoins, certaines interventions pourraient être menées même en l'absence de l'UNICEF. Par exemple, les activités de prévention comme la sensibilisation et le dépistage du VIH/SIDA. Même dans ces conditions, il est quasi certain que la mise en œuvre de ces activités n'aura probablement plus la même ampleur, et ne bénéficiera plus des mêmes dispositifs. De ce fait, l'efficacité et l'impact escomptés ne seront pas évidents. *« Ce que l'on pourrait encore faire, c'est peut-être les dépistages parce que les autres services vont devenir chers et je ne sais pas si les patients seront capables de les payer. Donc la sensibilisation et le dépistage, ça pourra se faire, mais au niveau du suivi, ce sera difficile. ».* (Responsable TPMS Laboratoire-Région de l'Est)
97. Par contre, d'autres acteurs communautaires dans la Région de l'Est estiment que sans motivation, les acteurs communautaires ne seront pas en mesure de mener des activités en l'absence de l'UNICEF ou des autres partenaires d'appui. Les activités de prévention, identifiées par certains informateurs comme étant les seules interventions pouvant être menées même en l'absence de l'appui de l'UNICEF, n'auront probablement plus la même ampleur, et ne bénéficieront plus des mêmes dispositifs. De ce fait, l'efficacité escomptée n'est plus évidente et l'impact est faiblement ressenti.
98. Cependant, dans la région du Sud, la majorité des informateurs sur le terrain avouent qu'il n'existe pas de projet qui ne nécessiterait plus l'appui de l'Unicef. La raison avancée est celle selon laquelle – à titre d'exemple - la ville de Kribi est une métropole émergente notamment avec un accroissement chaque jour plus important du nombre de personnes qui viennent s'y installer au quotidien. En plus, le Projet a habitué les populations à la gratuité de tout. Or cette situation ne pourra pas durer en l'absence de cet appui du Projet UNICEF à moins qu'un appui similaire vienne d'un autre partenaire.
99. *« Le CTA va fonctionner ce qui est sûr, c'est une structure qui existait avant l'UNICEF. Mais le problème c'est la culture qu'on aura laissée au patient. Il est là, il vient, on lui donne tout, il ne fournit plus d'efforts. C'est cette culture-là que je n'apprécie pas. Or le patient doit faire des efforts, vous voyez un peu. Mais je dis, si demain ils [les PTFs] ne sont plus là, il faut mettre quelque chose de pérenne. Il y a d'autres programmes qui n'ont rien et qui fonctionnent. La TB fonctionne, ils n'ont pas plus de ressources que le VIH mais la TB fonctionne... [...] Je pense que nous serons à mesure de poursuivre les activités puisqu'avant le partenaire, nous étions là et on gérait les patients. Il est bien vrai que le partenaire nous appuie, mais je ne pense pas que cela devrait vraiment impacter sur notre travail parce que nous sommes là avant le partenaire. Le partenaire est juste là en appui. »* (Responsable service de Pharmacie-Région du Sud)

5.4.3. Interventions restant totalement dépendantes de l'appui de l'UNICEF

100. Le programme de l'Unicef sur le VIH/Sida comporte deux volets. Un volet préventif et un autre qui a trait à la prise en charge des PVVIH. Comme signalé plus haut, sur le plan communautaire, la survie et la pérennité de ce programme s'assurent par le fait que les activités relatives à la sensibilisation en vue d'un changement de comportement tant en ce qui concerne les comportements sexuels sans risque que la non-stigmatisation des personnes infectées peuvent être rétrocédées aux communautés.
101. En revanche, un certain nombre d'activités devrait être approprié par la communauté. Il s'agit par exemple des activités techniques qui relèvent exclusivement du domaine du Ministère de la Santé Publique, accompagné par des partenaires. Les acteurs rencontrés souhaitent que l'Unicef continue d'appuyer les formations sanitaires en les dotant intrants (ARVs et tests de dépistage) d'une part et d'autre part, que soit poursuivie la formation des prestataires de santé sur le Sida en vue d'actualiser leurs connaissances et renforcer leurs capacités opérationnelles.
102. Plusieurs informateurs ont laissé entendre que si l'appui de l'UNICEF venait à prendre fin, de nombreux PvVIH n'auraient plus accès aux différents services de la PEC. Dans les trois sites de l'évaluation, le retrait

de l'UNICEF est craint telle une épée de Damoclès : « ... Si UNICEF part maintenant là ; même les stocks il n'y aura plus même la main-d'œuvre, l'approvisionnement en médicament, s'il n'y en aura pas, si il y en aura plus, on fera donc comment ? Est-ce que les FOSA ont ces moyens d'aller s'approvisionner ? » (KII-Doumé-Est)

103. Raison pour laquelle les acteurs souhaitent que le programme de l'UNICEF les prépare à être moins dépendants, voire autonomes : « On a une leçon apprise, on ne doit pas être dépendant du programme, ça, c'est vraiment, la leçon la plus importante à retenir. Et si le programme veut nous aider, que le programme nous apprenne nous-mêmes à fournir les intrants dont nous avons besoin. Nous avons déjà la ressource humaine même si elle n'est pas suffisante, elle est déjà capacité [rodée]. L'étape comme il l'a dit, on a déjà la possibilité de recruter localement, mais imaginez-vous on a le personnel, on a l'hôpital, on a la voiture, on a la moto et on n'a pas les ARV l'intrant... Le malade va partir du village et on n'aura pas le test, il arrive il n'y a rien. Ou alors il fait le test et on lui dit que vient dans 2 semaines prendre ton médicament, vous voyez, on aura échoué ». (Chef de district-Région de l'Est)
104. Dans la Région de l'Extrême-Nord, outre les formations et les dotations matérielles en intrants, le domaine qui doit exclusivement dépendre de l'Unicef si elle décide de continuer ce programme est la supervision des activités. Faute de quoi, rappellent les informateurs, le programme pourra échouer : « La supervision nécessite des moyens et toutes les ressources proviennent des Partenaires. Or une activité sans supervision ne sert à rien. Moi je pense que l'Unicef doit continuer à financer les supervisions » (Point focal communication-Extrême Nord)
105. Somme toute, dans les trois régions, la majorité des interventions sont fortement dépendantes de l'appui des PTFs, notamment de l'UNICEF, sur plusieurs aspects. Sur le plan financier, ces interventions sont fortement dépendantes de l'appui financier de leurs différents PTFs, compris de l'UNICEF au regard de la faiblesse du budget national alloué à la réponse nationale à la pandémie et en l'absence de stratégie claire de relèvement par les fonds nationaux, publics et privés.

5.4.4. Interventions restantes partiellement dépendantes de l'appui de l'UNICEF

106. Les données collectées dans la Région de l'Extrême-Nord indiquent que dans le cadre de ce programme, les activités dépendant partiellement de l'Unicef sont les questions de motivation des sensibilisateurs. Pour ce programme, ce sont les pairs éducateurs qui ont été formés. Mais compte tenu du fait que ce sont les jeunes qui avaient été identifiés par les CMPJ et formés, l'on constate que certains pairs éducateurs sont partis de leurs localités. Pour pallier ce départ de ces pairs et puisque le programme a vocation à s'inscrire dans la durée, associer les agents de santé communautaire polyvalents peut être une option à ne pas négliger.
107. En tout état de cause, qu'il s'agisse des pairs éducateurs ou des agents de santé communautaire polyvalents, la question de la motivation est un domaine que l'Unicef devrait garder, même partiellement. En effet, la démotivation des sensibilisateurs sur le terrain provenant dans nombre de cas du bénévolat « fatigant », l'Unicef peut, chaque fois que c'est possible, récompenser financièrement ou matériellement les agents de santé ou les pairs éducateurs engagés dans la sensibilisation communautaire continue. « J'étais formateur des ASP. on les a formés dans le but que la communauté prenne un engagement de les motiver que ce soit en nature ou en argent. On avait même proposé un paiement direct de 100 FCFA par ménage. Mais ça ne s'est jamais fait. C'est seulement lorsqu'il y a des campagnes qu'on les motive. Ça là l'Unicef peut continuer de faire ». (Point focal communication-Extrême Nord)
108. Dans la région de l'Est, les activités de prévention se poursuivent, avec celles de la prise en charge des interventions essentielles dépendant partiellement de l'appui de l'UNICEF dans la mesure où elles sont mises en œuvre de manière conjointe. Bien que le gouvernement n'y contribue pas assez, les autres partenaires tels que George Town sont un acteur majeur dans la lutte contre le VIH/SIDA. Cette organisation parmi tant d'autres apporte un appui remarquable dans la lutte contre le VIH/SIDA dans la région de l'Est.

« Vous savez, au fur et à mesure que les années passent, c'est comme ça que la file active augmente. Donc on aura toujours besoin de l'accompagnement de ces ONG-là, on a beaucoup besoin parce qu'au fur et à mesure il y'aura la demande et il va falloir vraiment d'accompagnement ». (Responsable UPEC et PTME-Région du Sud)

« Non, l'appui de l'Unicef a son importance... à notre niveau, les visites à domicile, la recherche des perdus de vue, la sensibilisation ». (Agent de santé communautaire-Région du Sud)

5.4.5. Mesures ou actions non prévues et qui auraient pu minimiser la dépendance de l'appui de l'Unicef

109. À cette question, il est important de reconnaître qu'il n'y a pas eu de réponses à proprement parler des informateurs rencontrés. La raison étant que les interventions de l'Unicef dans le cadre de ce programme sont confondues aux activités du gouvernement. En clair, sauf à avoir été impliqué en amont dans l'élaboration du programme, il est difficile sur le terrain de pouvoir distinguer les actions étatiques de celles portées ou accompagnées par les organisations internationales. Le cas de l'Extrême-Nord est encore plus illustratif dans la mesure où les interventions de plusieurs partenaires se chevauchent.
110. Face à cette forte dépendance de l'appui externe, il n'a pas été mis en évidence de mesures visant à minimiser cette dépendance. Les acteurs de mise en œuvre estimant que tous ces partenaires ne pourront pas mettre fin à leur appui de manière simultanée de sorte que, si l'un n'est plus là, un autre poursuivra à coup sur cet appui. Cependant, d'autres acteurs ont pensé à une nécessité d'envisager la pérennisation de ces interventions par des directives à proposer aux PTFs : « Si on a la formation, il faudrait qu'on ait les intrants pour travailler ; vous savez Unicef nous aide à avoir accès aux intrants et si on ne nous donne pas les intrants, on ne peut rien faire ; les tests, c'est UNICEF qui a mis une pression. Pourquoi Unicef ne peut pas installer une usine au Cameroun pour que nous même on fabrique nos tests, les médicaments, les ARV [...]. L'UNICEF doit agir à travers le système et non en dehors du système. » (Chef de district et bureau de santé-Région de l'Est)
111. Donc, pour que le système de santé camerounais soit moins dépendant de l'aide extérieure ou de l'appui des PTFs, il s'agit pour l'UNICEF et pour les autres PTFs de lui apporter un appui pouvant non pas le rendre dépendant de leur appui, mais plutôt le capaciter à pouvoir poursuivre ces interventions de lutte contre le VIH/SIDA même en leur absence.
112. Mais ces mesures peuvent être prises autant par les PTFs que par le gouvernement camerounais. Elles consisteront à renforcer les activités de communication au niveau communautaire en mettant à profit les points focaux pour la communication, et les ARC/ ASC qui sont le socle de réussite de toutes interventions, surtout en matière de levée des barrières sociales et socioculturelles, et de demande des services et soins de santé en travaillant en parfaite synergie entre le niveau stratégique et le niveau communautaire.
113. *En définitive, il est à noter que l'inexistence d'une cartographie des ressources mobilisées pour la mise en œuvre des interventions ne permet pas d'avoir une bonne visibilité sur la part de ressources mobilisées par les différentes parties prenantes. Cependant, il a été souligné dans la région de l'Est une forte dépendance du niveau opérationnel à l'appui des PTFs, et dont l'arrêt de certains appuis risquerait de paralyser toutes les interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit donc d'orienter les interventions vers des stratégies permettant au système de santé camerounais de prendre en charge les problèmes de santé de la population, notamment l'exposition et l'infection au VIH/SIDA.*
114. *« Bon, je pense que la seule chose qui peut garantir la pérennité c'est le financement. C'est-à-dire, à défaut d'avoir les bailleurs de fonds qui viennent, on doit pouvoir mettre sur pied un mécanisme pour impliquer les collectivités locales. C'est-à-dire que, si à Kribi par exemple, on a RENATA qui peut être financé dans une activité par la communauté urbaine, par le port autonome de Kribi par exemple qui est une entreprise locale, on est sûr que si aujourd'hui tel bailleur ne finance plus, la riposte au VIH peut continuer [...] Donc ce qui peut garantir la pérennité de la riposte, c'est que les acteurs locaux – collectivités et entreprises locales – participent activement au financement des intrants et des activités.». (Informateur-Kribi)*

Conclusion – Durabilité – Question EQ9

Les acquis du projet sont bien visibles durant la période de mise en œuvre des interventions. Cependant, les acteurs de la mise en œuvre semblent dubitatifs quant à la pérennisation des interventions supportées par l'UNICEF une fois le cycle du programme terminé. En effet, les processus de planification, de mobilisation des ressources et de mise en œuvre ne semblent pas être de nature à « capaciter » les principales parties prenantes nationales à assurer une pérennisation des acquis en termes de résultats, de produits et de renforcement institutionnel.

5.4.6. Avantages générés par les interventions appuyées par l'UNICEF qui pourraient être soutenus par le gouvernement, les familles, les communautés et les organisations communautaires

115. Il ressort de ce qui précède que la pérennité des acquis en termes d'accès et d'utilisation des services de prévention (sensibilisation, dépistage) et de prise en charge des femmes, des adolescents et des enfants VVIH/Sida nécessite que les principaux acteurs nationaux (Gouvernement, OBC, ...) appuient de manière complémentaire ces différentes interventions en s'appuyant sur un système de santé performant et une organisation communautaire solide.
116. Les informateurs pensent que la distribution gratuite des ARV aux patients déjà initiée par le gouvernement doit continuer d'être soutenue. « *L'État du Cameroun ne doit jamais cesser de subventionner les ARV pour les formations sanitaires publiques ou privées afin de garder un accès total des PVVIH au TARV.* » (Responsable hospitalier)
117. Dans la même perspective, le renforcement des capacités appuyé par l'UNICEF dans certaines régions est une intervention dont l'impact peut être observé dans le court, moyen et long terme. De ce fait, la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH implique que les acteurs de mise en œuvre disposent de quelques connaissances à la fois théoriques et surtout pratiques en matière de lutte contre le VIH. L'émergence de nouveaux protocoles de soins et de nouvelles stratégies et approche d'intervention et la forte mobilité du personnel obligent à chaque fois d'organiser des renforcements des capacités des acteurs de mise en œuvre surtout du niveau opérationnel. La bonne qualité des services de santé ne peut être offerte aux populations que si le personnel a été capacité ; il ne peut y avoir une meilleure gestion des approvisionnements et des stocks que si les capacités de leurs gestionnaires ont été renforcées. Par conséquent, c'est une intervention appuyée par l'UNICEF et d'autres PTFs qui devrait aussi être appuyée par le gouvernement en apportant son appui technique et financier dans la formation des personnels de santé et des acteurs communautaires.
118. Il faut aussi noter le renforcement des capacités organisé par les OBC, notamment à travers la formation des groupes de jeunes pouvant devenir des pair-éducateurs au sein de leurs communautés.
119. À l'exception du renforcement des capacités, l'appui de l'UNICEF en matière d'approvisionnement en intrants et matériels roulants est une action dont l'efficacité et l'impact sont certes immédiats, mais à condition que la chaîne d'approvisionnement soit largement renforcée, ce qui permettra de réduire les ruptures de stock qui entravent l'efficacité des interventions. L'appui de l'UNICEF s'inscrit également dans la vision de la politique nationale de renforcement de la chaîne d'approvisionnement. Il revient donc au gouvernement d'analyser l'appui apporté par l'UNICEF dans le but de renforcer sa chaîne d'approvisionnement et de promouvoir la production locale des intrants.
120. Enfin, la multisectorialité qui est une approche appuyée par l'UNICEF est un véritable atout quant à la coordination des interventions des différentes parties prenantes de cette lutte contre le VIH/Sida.
121. Les interventions pouvant être assurées par les acteurs communautaires sont de deux types : celles pouvant être assurées par les acteurs de mobilisation communautaire et celles pouvant être assurées par les familles.
122. Dans la région de l'Extrême-Nord, ces actions concernent l'éducation des populations sur l'existence et la menace du VIH-Sida. Il s'agit concrètement de continuer à sensibiliser dans les quartiers et localités reculées des districts de santé de la région.

123. Les activités pouvant être menées par les points focaux communication et les ARC/ASC sont les actions ayant le plus de chances d'être réalisées en l'absence d'un appui extérieur. En effet, ces actions communautaires sont à la base de toutes les interventions de santé. Ce sont elles qui donnent vie à la demande de service en permettant de lever les barrières autour de la demande et de l'utilisation des services. Selon les informateurs, ces acteurs devraient être des acteurs privilégiés de toute intervention en matière de lutte contre le VIH, au moment où ils sont négligés et parfois mis à l'écart par les autres acteurs.
124. Sur le terrain, un bon nombre d'acteurs communautaires apprécie massivement la sensibilisation qu'ils peuvent assurer et tenir sur moyen, voire même le long terme. « Si l'UNICEF n'est plus là, on peut toujours continuer à sensibiliser, nous sommes des relais polyvalents, on peut toujours continuer à sensibiliser » (Point focal communication-Région de l'Est)
125. **Au niveau des familles**, l'activité de sensibilisation par les membres de la famille est retenue comme la principale activité qui peut être menée. Mais, il a été souligné une faiblesse des bénéficiaires, notamment les jeunes, en matière de sensibilisation sur le VIH/SIDA et autres questions de santé au sein des familles. De ce fait, les seuls à avoir eu accès à une approche de sensibilisation par la famille sont ceux dont au moins un des membres est un acteur de mise en œuvre, soit un personnel de santé, soit un acteur communautaire.

Conclusion – Durabilité – Question EQ10

La pérennisation des acquis en termes d'accès et d'utilisation des services de prévention et de prise en charge requiert que les principaux acteurs nationaux apportent un appui substantiel pour rendre plus performant le système de santé en matière de riposte contre le VIH. Par ailleurs, les actions de renforcement des capacités des acteurs au niveau communautaire et de sensibilisation au sein des familles constituent une base de pérennisation des efforts de prévention et de dépistage, et de demande des services de prise en charge.

Conclusion sur le critère Durabilité

Malgré sa pertinence, ses gains substantiels et son efficacité, l'équipe d'évaluation souligne le risque de durabilité de ces acquis une fois les apports du projet suspendus dans le cadre d'un nouveau cycle de programmation. La gratuité des intrants devrait être maintenue ainsi que la formation et le renforcement des capacités organisées par les OBC, notamment à travers la formation des groupes de jeunes pouvant devenir des pair-éducateurs au sein de leurs communautés. Outre l'appui en intrants, il faudrait aussi poursuivre la dotation des structures de prise en charge et d'accompagnement des patients en matériels logistiques.

5.5. Prise en compte des droits humains, du Genre et Equité dans les interventions du programme

La méthodologie, les méthodes et les outils utilisés ainsi que des techniques d'analyse des données dans le cadre de cette évaluation ont été sensibles au genre. De plus, les constats, conclusions et recommandations de l'évaluation reflètent une analyse de genre.

Cette section interroge la manière dont les droits humains et les questions des droits humains, d'égalité entre les sexes ainsi que les autres iniquités liées à la santé sociale ont été abordées et promues par le programme dans sa réponse au VIH/SIDA aux niveaux systémique, opérationnel et communautaire sous-tendant l'engagement à respecter le principe des ODDs : « personne n'est laissé pour compte ».

Cette prise en compte est appréciée à travers les réponses aux questions d'évaluation ci-dessous :

EQ11 : Comment les égalités entre les sexes et les autres iniquités liées à la santé sociale ont-elles été abordées par le programme dans sa réponse au VIH/SIDA aux niveaux systémique, opérationnel et communautaire ?

EQ12 : Les personnes handicapées et autres personnes socialement marginalisées ont-elles été expressément ciblées dans les mécanismes participatifs communautaires ?

5.5.1. Prise en compte du genre aux phases de conception, de planification, de mise en œuvre et de suivi du programme

• Conception et Planification

126. Lors de la conception du Programme, la question du genre ne se posait pas vu que la cible principale est la femme, enceinte ou allaitante, plus vulnérable physiologiquement et socialement à l'infection par le VIH. Cependant, il n'a pas été mis en évidence de prise en compte particulière des adolescentes-mères par rapport aux autres adolescents malgré leur vulnérabilité aux complications de la grossesse et de l'accouchement, et à l'infection par le VIH en particulier.
127. Par ailleurs, et malgré leur influence sur les décisions relatives à la santé des femmes, des enfants et des adolescents, le programme n'a pas mis en évidence de stratégies spécifiques prévues pour l'implication effective et engagée des pères et des grands-mères dans la mobilisation et le suivi de la prise en charge de leurs femmes, filles, enfants exposés ou porteurs de VIH. Cependant, l'évaluation a cependant noté que certaines zones ont planifié des stratégies de prise en charge du couple afin de capter les hommes qui ne vont pas le plus souvent vers les FOSA.

• Mise en œuvre

128. Il en est ressorti des propos des informateurs qu'il n'existe aucunement de discriminations ni de privilèges accordés à tel patient au détriment d'un autre patient. En effet, tous les patients enregistrés sont soumis à un traitement et sont servis dans la confidentialité et l'anonymat. « La prise en charge des patients est impartiale. On n'a pas besoin de savoir que le patient est de tel sexe ou de tel autre. Il n'y a pas de discrimination dans ce sens » (Informateur cle-Extrême Nord)
129. Il n'y a que la PTME qui est une intervention spécifique aux femmes enceintes et aux futurs bébés. La PTME permet donc d'assurer un accès équitable à toutes les femmes, jeunes filles et adolescentes testées séropositives et portant une grossesse, au vu de sa gratuité et de sa disponibilité dans pratiquement la plupart des FOSA, ainsi que l'existence d'unités de santé de reproduction dans les FOSA.

« Disons que les femmes enceintes qui font les visites prénatales au niveau des FOSA sont testées et celles qui sont testées positives sont prises en charge dans ces FOSA. À ma connaissance, la prise en charge est

gratuite. Oui, et pour les enfants, quand ils naissent, on les teste après deux semaines, ceux qui sortent positifs, on les met sous Niverapine ». (Responsable COSADI-Région de l'Est)

« Dans le cas du VIH, les femmes et les enfants sont particulièrement surveillés. Ça signifie qu'au niveau des formations sanitaires qui font les visites prénatales, toutes les femmes sont testées à l'entrée, et les mamans qui sont séropositives sont directement prises en charge jusqu'à deux ans après l'accouchement, et ainsi on suit aussi pour voir si elle n'est pas en difficulté. » (Agent de santé polyvalent-Région du Sud)

130. Par ailleurs, l'attractivité des populations étrangères vers certaines villes et certaines zones rurales conduit à un risque de propagation du virus chez les jeunes filles. Lorsque les étrangers arrivent dans ces zones, les jeunes filles sont attirées par une vie « dite de rêve », avec ces étrangers qui sont parfois des porteurs du VIH, et c'est, en partie, par ce canal que le taux de prévalence au VIH /SIDA connaît une ascension. C'est pourquoi pour ces jeunes filles, le moyen le plus efficace pour qu'elles soient protégées est l'utilisation du préservatif. A cet effet, le programme a non seulement insisté sur la sensibilisation de ces jeunes filles, mais a aussi facilité l'accès aux préservatifs. « Depuis qu'on parle de préservatif féminin, ça ne va jamais arriver ce que on parle de jeunes parce que bon si un étranger parce qu'elle se serait protégée parce que au moins il y'a pour nous les hommes 100 francs vous allez envoyer les cartons, mais ce sont les femmes elles vont se protéger ». (Focus group discussion-jeune garçon-Région de l'Est)
131. S'agissant de l'offre équitable de services, les services sont équitablement offerts, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme à la seule différence qu'en fonction de sa nature biophysique et la mise en œuvre de la PTME, un service spécifique a été mis sur pied pour la femme enceinte et son futur enfant. Il faut souligner le fait que la stratégie de prise en charge du couple a été mise sur pied pour pouvoir capter les hommes qui ne vont pas le plus souvent vers les FOSA. Mais la demande de ce service demeure très faible chez les hommes et ne devient satisfaisante chez la femme que lors de la grossesse. En effet, même lorsque le couple est invité à venir à la FOSA pour les examens ou le suivi, l'homme est toujours celui qui désiste : « Parce que, lorsqu'on demande même à la femme d'emmener son partenaire, le partenaire ne se présente pas ». (KII-Région de l'Est)

5.5.2. Équité en matière de santé sociale aux différents niveaux du Programme

L'équité renvoie au principe fondamental de justice dans les processus décisionnels et leurs résultats. Pour l'UNICEF, cela implique que tous les enfants aient le droit de survivre, de se développer et de s'épanouir pleinement sans faire l'objet de discriminations, de préjugés ou de favoritisme, en conformité avec la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), qui garantit les droits fondamentaux de chaque enfant indépendamment du sexe, de la race, des croyances religieuses, du revenu, des attributs physiques, de la situation géographique ou de tout autre statut.

A travers l'implication des associations du niveau communautaire, des réponses appropriées ont été apportées à l'important goulot d'étranglement que constitue la stigmatisation. En plus de cela, les femmes enceintes VIH+ ont reçu un appui psychosocial. Enfin, le Programme a réussi à associer les hommes, partenaires des femmes VIH+. La faible volonté des hommes (5%), partenaires des femmes VIH+ a constitué un frein et augmenté le risque de voir des femmes VIH- à la conception, terminer la gestation étant déjà VIH+.

Au niveau systémique

132. La multisectorialité a été une approche bénéfique pour toucher des cibles vulnérables (handicapés, enfants orphelins, femmes, veuves « du sida »), et les inciter à l'utilisation des services disponibles.
133. Dans le processus de prise en compte des minorités dans ces interventions, l'approche multisectorielle a également été bénéfique dans la mesure où, à travers les structures d'encadrement du MINAS, la mobilisation de ces communautés est plus aisée et donne plus de résultats en termes du nombre de personnes qui adhèrent aux activités menées. Ces secteurs apparentés et certains OBC et OSC permettent aussi de toucher d'autres cibles telles que les enfants et les jeunes marginalisés. Et selon les informateurs, la mise en œuvre commune des interventions a eu un impact positif dans la lutte contre le VIH/SIDA. « Il y a des jeunes qui sont

particulièrement exposés au VIH. Le MINAS [et les autres ministères clés] peuvent identifier un certain nombre de personnes et nous les référer pour qu'on puisse les tester, et si nécessaire les prendre en charge. Il y a le projet Kids qui, avec le CNLS, porte actuellement ; je me souviens quand ils sont arrivés, on avait 100 enfants perdus de vue ; avec leur méthodologie, le tracking...on avait retrouvé 60 enfants qui étaient dans un mauvais état de santé, pour la plupart avec malnutrition, souvent ce sont des orphelins [...].(KII-Région de l'Est)

134. Sur la satisfaction des bénéficiaires, en l'occurrence les personnes vivant avec le VIH-Sida, leur particularité sociale - faisant d'elles des personnes « cachées » - n'a pas facilité leur rencontre. En conséquence, il a été difficile de savoir ce que ces personnes pensent des interventions spécifiques de l'Unicef en rapport avec leur prise en charge. Néanmoins, les hommes et les femmes, membres de la communauté vivant avec les PVVS, expriment leur satisfaction de toutes les actions mises en œuvre dans le cadre de cette lutte. Cependant, ne connaissant pas véritablement l'entité dont relève ce projet, les bénéficiaires le considèrent tout simplement comme une activité relevant du devoir régalien de l'État du Cameroun.

Au niveau opérationnel

135. Les services sont disponibles pour toutes les couches vulnérables, mais leur demande et utilisation demeurent problématiques. La stratégie de testing automatique aux portes d'entrée des services dans les FOSA fut relevée par certains acteurs de mise en œuvre comme étant une stratégie primordiale dans le processus de mobilisation des cibles vers les services. « Le testing, c'est traquer, tester, traiter, ça se résume à ça en fait. Maintenant, ce qui est fait, d'abord il y a beaucoup de portes d'entrée pour le dépistage du VIH ; le dépistage du VIH est accessible. Vu que les portes d'entrée sont accessibles à l'hôpital, tout le monde peut demander un test en pédiatrie, en consultation externe, en hospitalisation, au laboratoire, aux urgences, en consultations prénatales, en post-natale, lors de la vaccination. Une femme peut venir avec son enfant en consultation et on se rend compte que l'enfant n'est pas né dans la formation sanitaire, qu'on l'a loupé, si l'enfant est déjà à l'âge qu'on peut tester on test et on fait la PCR à l'enfant. » (Dyade-chef de district de santé et DM-Région de l'Est)
136. Dans la Région du Sud, il ressort que le genre et l'équité sont effectivement pris en compte avec un accent particulier mis sur les femmes et les enfants. Aucune discrimination n'est faite dans la mesure où tout est gratuit pour tout le monde et sans exclusive. Par exemple, pour ces deux cibles spécifiques que sont les femmes et les enfants, le travail commence dès les CPN où toutes les femmes enceintes sont testées dès l'entrée. À l'issue du test, les femmes séropositives sont immédiatement prises en charge sans discrimination. Cette prise en charge se poursuit jusqu'à deux ans après l'accouchement, et un autre protocole de prise en charge est mis en œuvre. Dans cette perspective de prise en charge gratuite pour tous, les personnes vivant avec un handicap sont incluses au même titre que les autres personnes. « *La même chose, pas de discrimination...Pour le VIH tout est déjà gratuit. Donc on ne va pas dire que la personne handicapée n'a pas peut-être de moyen financier pour pouvoir payer le traitement, tout le monde est au même niveau.* ». (Agent de santé Communautaire-Kribi)
137. À l'Extrême-Nord, les personnes vivant avec un handicap et celles socialement marginalisées n'ont pas eu une attention particulière dans le dispositif de réponse. Leur prise en compte s'est limitée au fait que, comme les autres personnes, ils sont exposés au VIH-Sida. Comme tels, ils bénéficient au même titre que tout le monde, des services de prévention – à l'exception des activités de masses – et de prise en charge adéquate en cas d'infection.
138. De l'avis des bénéficiaires de la région de l'est, sur la manière dont leurs besoins spécifiques ont été considérés et pris en compte, les activités menées n'ont pas tenu compte de leurs besoins spécifiques, notamment en termes d'accès au préservatif. En effet, la population jeune de la région de l'Est est une population sexuellement active qui a besoin de promotion du préservatif, mais il faut noter que bien que ces jeunes ont eu accès à des campagnes de sensibilisation, l'utilisation des préservatifs n'a pas suivi.
139. « Non que ce soit un service, ou l'utilisation des préservatifs ou le dépistage, les conseils ça ne passe pas. Excusez-moi, il y a les gens chargés de ça ici, mais ça ne passe pas. Ça ne passe pas parce que tous les vieux, c'est comme s'ils prennent ça pour aller se protéger eux-mêmes, ne veulent pas nous protéger. Je n'ai jamais

vu les campagnes où on effectue des dépistages dans les quartiers que UNICEF a donnés comme vous dites, je n'ai jamais vu ». (Focus group discussion jeune garçon-Région de l'Est)

140. Dans la région du Sud et pour les cibles spécifiques comme les pygmées, les Baka ou les orphelins, le mode opératoire est basé sur la « stratégie avancée ». Celle-ci permet d'aller à leur rencontre avec un paquet d'activités de routine qui sont noyées dans l'activité de dépistage. Ce paquet de services de santé que l'on trouve dans une formation sanitaire comprend les examens de laboratoire, la vaccination, la pédiatrie, la maternité, la prévention et la prise en charge des maladies comme le paludisme.

« En matière de VIH, comme je vous l'ai dit, quand nous partons en communauté, nous avons des services intégrés. Nous avons, par exemple, les Baka, les Pygmées... Quand nous partons chez les pygmées, nous organisons les activités là-bas, les activités intégrées y compris le VIH... toutes les activités qu'on peut trouver à l'hôpital. On a un orphelinat qui est à Sangmélina qui est pour les sœurs. Quand un handicapé arrive à la fondation (Chantal Biya) on tient compte de son physique, de sa vulnérabilité, de son statut physique et on lui offre les services que prévoit la maison avant même que le programme de l'UNICEF n'existe ». (KII-Région du Sud)

141. Globalement, au niveau des structures de santé, il n'a pas été mis en évidence d'actions spécifiques en vue d'alléger les goulots d'accès des handicapés et autres groupes vulnérables aux services de prévention et de prise en charge du VIH.

Au niveau communautaire

142. Dans la plupart des interventions de santé de masse, les personnes vivant avec un handicap et autres groupes marginalisés sont quelque peu mis à l'écart, car abandonnés dans les communautés. Par ailleurs, la majorité des services de santé notamment en ce qui concerne le VIH/SIDA sont concentrés dans les FOSA où ces derniers y vont difficilement.
143. Pour l'accès des personnes handicapées et les minorités, deux approches ont été priorisées notamment l'approche de la mise en œuvre des activités communautaire (sensibilisation et dispensation communautaire) et l'approche de la multisectorialité.
144. Les interventions communautaires semblent les mieux adaptées à prendre en considération leurs besoins et à leur permettre d'avoir accès aux services et soins du VIH/SIDA. Ce rôle est assuré par les ASC/ARC et les APS qui se chargent non seulement de leurs sensibilisations mais aussi de leurs dispensations en médicaments. Étant donné que l'accès aux services et soins de santé dans les FOSA n'est pas évident pour les personnes à besoins spécifiques, l'approche de la dispensation sociale est une approche bénéfique pour une offre équitable des services et soins à ces dernières. Quant aux activités communautaires sur sites, elles sont également bénéfiques parce qu'elles permettent de toucher directement et de manière globale les cibles difficilement accessibles.
145. Quant à l'approche multisectorielle, elle permet de toucher un nombre n'important de personnes à besoins spécifiques (personnes handicapées, personnes âgées, les minorités) comme en témoignent la plupart des parties prenantes rencontrés.

« Nous travaillons avec le Ministère des Affaires Sociales pour les personnes vulnérables, il y a les Baka, les Pygmées, pour les personnes défavorisées, le VIH a tendance à se multiplier dans ces niches-là, dans ces couches sociales vulnérables, parfois les orphelins » (Dyade chef de district de Santé et DM-Région de l'Est).

« Il y a des gens qui sont chargés de s'occuper d'eux, surtout pour la dispensation des ARVs. A avec l'appui de certaines OBC qui ont été sélectionnés [...]. Les handicapés sont assez bien organisés. Elles ont leur association pour que la communication en direction des handicapées passe par ce canal-là ». (Agent de santé communautaire-Région du Sud)

« Nous, on travaille avec les établissements scolaires, j'ai la liste de toutes les jeunes filles enceintes de tous les établissements scolaires de la ville. Ça marche parce que ce sont des intellectuels et elles ont le BEPC donc elles comprennent déjà un certain nombre de choses. Avec les établissements scolaires ça marche, avec les non scolarisés c'est le MINJEC, le MINPROF, le MINAS qui ont une bonne capacité de mobilisation des jeunes. Nous avons aussi le suivi de la santé de reproduction des adolescents qui marche très bien, mais il faut réactiver ça avec les heures d'écoute et les causeries avec les jeunes. » (KII-Région de l'Est)

146. Dans la Région de l'est, les approches de mise en œuvre des activités, pensées pour assurer l'accès des personnes handicapées et des minorités, rencontrent d'énormes goulots d'étranglement dans leur mise en œuvre. Il s'agit, entre autres, d'un manque de moyens financiers pour le déplacement des acteurs vers les communautés, ce qui exige de la FOSA un prélèvement dans ses recettes pour ces déplacements, car au préalable aucun budget n'était prévu pour ces activités. *« Il y a le point focal APS qui se bat parce qu'on lui donne peut-être un moyen pour aller dans chaque communauté distribuer ces médicaments à une personne qui ne peut pas marcher parce que c'est ce qu'il fait d'habitude. Donc il connaît que telle personne ne peut pas venir, il prend son médicament, il part en communauté donner et il rentre. C'est un peu comme ça ».* (Agent de santé communautaire-Région de l'Est)

147. Quant aux activités de sensibilisation communautaire, il n'existe pas d'outils spécifiques ou de messages adaptés permettant aux personnes vivant avec un handicap – visuel ou auditif – d'avoir accès aux messages de sensibilisation. L'inexistence d'un dispositif de communication et de sensibilisation adapté aux personnes à besoins spécifiques renforce la marginalisation et la discrimination subies par ces derniers dans l'accès aux services, notamment les services de santé et de lutte contre le VIH/SIDA.

« Le message sorti n'est pas pris en considération par tout le monde ; il y a tellement de gens, et ces groupes ne parviennent pas à voir le moyen d'arriver et de participer aux séances de sensibilisation. Je pense que pour avancer sur la bonne direction, il faut déjà qu'on sache comment est-ce que nous disposons pour que le message parvienne à tout un chacun pour ne pas dire plus tard combien de gens vont en parler parce qu'ils n'ont pas le moyen d'arriver là où on doit distribuer. » (Focus group discussion-Région de l'Est)

148. Quant aux minorités, les actions communautaires de prévention et de prise en charge sur site ont été menées chez les peuples Baka dans la région de l'Est. La stratégie consistait à la mise en œuvre des cliniques mobiles où les personnels soignants et les acteurs communautaires débarquaient dans ces communautés avec toute la logistique, les équipements et les plateaux techniques pour une prise en charge sur site si possible; quand cette prise en charge n'était pas possible, ils étaient référés à la FOSA la plus proche de leur lieu de résidence.

5.5.3. Ciblage des personnes vivant avec un handicap et des groupes marginalisés dans les dispositifs de participation communautaire

149. Il n'a pas été mis en évidence de dispositif spécifique mis sur pied pour aider à la mobilisation et au déplacement de ces personnes aux besoins spécifiques pour les lieux de mise en œuvre des interventions communautaire. D'autres approches ont été mises en œuvre, telles que les visites à domiciles (VAD), pour la sensibilisation et la dispensation communautaire des médicaments, mais elles exigent d'énormes ressources humaines et financières difficilement supportables par les FOSA.

150. Le tissu associatif mobilisant les handicapés est assez présent dans les régions, et a constitué une opportunité d'implication active de ces groupes dans les dispositifs de participation communautaire engagés dans la mise en œuvre du Programme. Cependant, nous n'avons pas mis en évidence de processus actifs de mobilisation de ce tissu associatif ou d'implication des représentants de ces groupes marginalisés – y compris les handicapés – dans le recrutement d'ASC ou de RC pouvant ainsi faciliter l'accès aux membres du groupe.

151. Le système de santé dispose de deux types de structures participatives à savoir le Comité de Santé du District (COSADI) et le Comité de Santé (COSA). Ces structures sont respectivement rattachées au District de Santé et aux FOSA périphériques (Centre Médical d'Arrondissement (CMA) ou Centre de Santé Intégré (CSI)). Ces

structures jouent le rôle de canal de communication entre la formation sanitaire de rattachement et la communauté. Au Cameroun, selon Nko'o Amvene (2014), le handicap affecterait 5.4 % de la population, soit plus d'un million d'individus ; les types d'handicap les plus fréquents intéressant les membres (surtout inférieurs), la vue, l'audition, et l'intellect. Les causes de ces handicaps sont en rapport avec les accidents de la voie publique, mais aussi les lésions périnatales²⁸.

152. Dans les instances communautaires (COSADI, COSA, COGE, CODI), l'équipe d'évaluation a constaté que les personnes vivant avec un handicap y siègent en raison des compétences qu'elles avaient développées et qui sont reconnues par leurs communautés. Le critère de choix qui prime donc est plus la valeur intrinsèque que le fait d'être porteur d'un handicap quelconque. L'équipe a aussi relevé que là où elles siègent dans les structures en charge des mécanismes participatifs, les personnes vivant avec un handicap protègent les intérêts des personnes vulnérables en général. Cependant, là où aucune personne vulnérable ne siège dans les structures participatives, les intérêts des groupes à besoins spécifiques ne reçoivent d'attention parfois qu'après une plainte portée par les Organisations de la Société Civile protectrices des droits des personnes marginalisées.
153. Dans les régions septentrionales, la participation des femmes et d'autres personnes socialement vulnérables dans les systèmes locaux de représentation communautaire est limitée. En cantonnant la participation de la femme à la vie publique, les normes sociales empêchent celle-ci de prendre une part active dans les instances de participation sociale. En plus des normes sociales, les textes régissant l'organisation et le fonctionnement des COSADI, COSA, COGES, CODI ne font pas explicitement obligation aux personnels en charge de veiller à la représentativité des catégories sociales à besoins spécifiques.

Conclusion sur le critère Genre et équité

La prise en compte du genre et de l'équité s'est systématiquement opérationnalisée lors de la planification des interventions. Ainsi, il n'existe guère de discriminations, ni de privilèges accordés à tel patient au détriment d'un autre patient. S'agissant de l'offre équitable de services, les services sont équitablement offerts, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme à la seule différence qu'en fonction de sa nature biophysilogique et la mise en œuvre de la PTME, un service spécifique a été mis sur pied pour les femmes enceintes et leurs futurs bébés. Les personnes vivant avec un handicap et les autres personnes socialement marginalisées et vulnérables au VIH (prisonniers, travailleurs de sexe, les autochtones, les transporteurs, les réfugiés et les déplacés internes) n'ont pas eu une place particulière dans le dispositif de réponse. Leur prise en compte s'est limitée au fait que, comme les autres personnes, ils sont exposés au VIH-Sida et donc bénéficie au même titre que tout le monde, des services de prévention – à l'exception des activités de masses - et de prise en charge adéquate en cas d'infection. Les interventions communautaires semblent les mieux adaptées pour prendre en considération les difficultés des personnes à besoins spécifiques et à leur permettre d'avoir accès aux services et soins du VIH/SIDA.

Par rapport au ciblage des personnes vivants avec un handicap et des groupes marginalisés dans le dispositif de participation communautaire, aucun dispositif particulier n'a été mis sur pied pour aider à la mobilité de ces cibles aux besoins spécifiques bien qu'au niveau communautaire, le tissu associatif d'encadrement de cette catégorie sociale est assez actif dans les régions ciblées par la présente évaluation. L'équipe d'évaluation en constatant la présence des PVVIH dans les instances communautaires (COSADI, COSA, COGE, CODI), a découvert que ces personnes vivant avec un handicap y siégeaient en raison des compétences qu'elles avaient développées et qui sont reconnues par leurs communautés et sur la base d'une place spécifique qui leur est accordée.

²⁸ Nko'o Amvene, S. (2014). Le handicap : un problème insuffisamment étudié dans nos sociétés. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 15(2). Retrieved from <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/392>

5.6. Partenariat entre les acteurs lors des interventions

Ce critère vise à définir le cadre de partenariat entre les acteurs nationaux et internationaux à tous les niveaux de mise en œuvre autour de la réalisation des objectifs communs.

EQ 13 : Dans quelle mesure le programme a-t-il établi un partenariat avec les homologues nationaux, régionaux, locaux et internationaux du développement, les organisations de la société civile, la famille des Nations Unies et le secteur privé pour soutenir le système de santé et la prestation de services ?

154. L'atteinte des objectifs de lutte contre le VIH implique une diversité de parties prenantes avec la mise en œuvre conjointe des interventions de lutte contre le VIH/SIDA appuyées par plusieurs partenaires. Il s'agit de savoir si le programme a établi un partenariat efficace avec les autres parties prenantes (les OSCs, le système Onusien, le secteur privé, les institutions étatiques, etc.) et y a-t-il une synergie d'actions entre ces différentes parties prenantes pour soutenir le système de santé et les prestations de services.

5.6.1. Cadre de partenariat national pour la lutte contre le VIH/Sida

155. L'ONUSIDA recommande aux pays un cadre de partenariat, un plan stratégique et opérationnel unique, un financement conjoint et complémentaire, un cadre unique de concertation à tous les niveaux et un seul système de suivi et évaluation.

156. Le Cameroun dispose d'un Plan stratégique national couvrant la période 2018-2022 validé conjointement par toutes les parties prenantes sous le leadership du Gouvernement et un Comité national de lutte contre le Sida impliquant les principales parties prenantes à la réponse nationale au VIH/Sida ;

Cependant :

- Un cadre de concertation au niveau national existe, mais il est peu fonctionnel aux niveaux régional et local ;
- Les financements se négocient, s'accordent et s'exécutent en silos, c'est-à-dire sur une spécificité, sans réelle complémentarité dans l'allocation des ressources pour une plus grande rentabilité des ressources ;
- Une mise en œuvre peu coordonnée entre les différents acteurs et pour différentes cibles ;
- Les cadres de performance sont spécifiques à chaque projet sans réelle unité des indicateurs, des cibles et des méthodologies de suivi.

157. Dans ce contexte global, l'UNICEF et ses partenaires ont engagé le présent programme avec la volonté de travailler avec toutes les parties prenantes. Les activités proposées dans le cadre de ce programme viennent compléter les efforts des autres PTF œuvrant dans le cadre de la réponse nationale au VIH/Sida qui dépend fortement du financement extérieur. Le gouvernement contribue à moins de 29% à cette riposte, tous s'accordent sur la nécessité d'inverser cette tendance par la mobilisation de financements domestiques et innovants. L'insuffisance d'équité dans l'allocation des ressources entraîne de nombreuses complications liées à la grossesse et empêche de nombreuses femmes VIH+ d'accoucher dans les FOSA.

5.6.2. Cadre formel de concertation entre l'UNICEF et les parties prenantes de la lutte contre le VIH/Sida

158. UNICEF Cameroon Country Program 2018-2020 est une convention qui met en place un dispositif formel de concertation et de suivi de ce programme qui assure la programmation, la mobilisation des ressources et le suivi de la mise en œuvre du Programme. De l'avis des interlocuteurs, ce dispositif bilatéral de concertation fonctionne comme prévu, et a permis la production et la circulation des plans de travail et des rapports périodiques prévus dans le Programme de coopération.

159. Il faut signaler que ce cadre de coopération bilatérale s'inscrit dans le cadre plus global de la coopération entre le Cameroun et le système des Nations Unies. Cette coopération multilatérale utilise les rencontres régulières entre les organisations onusiennes pour renforcer leur complémentarité et la synergie entre leurs différentes interventions. Ce plan commun des Nations Unies, intégrant les différents plans des agences et

devenant de plus en plus contraignantes, favorise de plus en plus la coopération et la concertation entre l'UNICEF et ses agences « sœurs » même si la notion de « drapeau » spécifique reste assez remarquée.

160. Par ailleurs, il existe des mécanismes formalisés de coordination entre les PTFs dont en particulier le Groupe Thématique « Santé » qui regroupe les PTFs « santé » avec l'UNICEF comme membre et l'OMS comme chef de file. Ces rencontres mensuelles se tiennent avec la participation des partenaires bilatéraux. Cependant, cette coordination reste très insuffisante et ne garantit pas un niveau de synergie nécessaire. Sur le terrain, l'on constate que des partenaires différents mènent parfois les mêmes activités, dans les mêmes sites; ce qui est souvent à l'origine des antagonismes. Un exemple patent est celui des activités de l'OMS, de l'UNFPA et de l'UNICEF ciblant les mêmes groupes (enfants et femmes).
161. Enfin, lors de la validation du présent projet de lutte contre le VIH/Sida, appuyé par l'UNICEF, il a été convenu la mise en place de dispositif spécifique de concertation et de suivi avec un Comité de pilotage présidé par le Ministère de la santé et comprenant les parties prenantes nationales et internationales du Projet. Ce dispositif, qui avait des démembrements au sein des régions, a fonctionné tant bien que mal avec des rencontres peu régulières et des décisions pas toujours respectées. Au sein des régions la Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP) assure cette coordination en organisant les réunions de coordination et des supervisions multi sectorielles conjointes.
162. Au niveau régional, le Gouvernement du Cameroun a mis en place des Comités Régionaux de suivi de la riposte présidé par le Gouverneur de la région, et comprenant les différents secteurs de développement ainsi que les principaux PTFs et acteurs institutionnels de la région. Les rencontres sur le terrain n'ont pas mis en évidence d'implication effective de ce dispositif dans le pilotage régional et le suivi du présent Projet. En effet, seule la réunion initiale de présentation du projet a impliqué cette instance de coordination globale de la lutte contre le SIDA. L'absence de financement dédié au fonctionnement de ce dispositif a été la principale raison évoquée.
163. Au niveau des districts, il n'a pas été mis en évidence de dispositif formel de coordination entre l'UNICEF et les différentes parties prenantes même si la planification annuelle a constitué, à chaque fois, un cadre de concertation autour de l'évaluation de la mise en œuvre du Plan précédent et de l'élaboration du Plan de travail pour l'année N+1. Toutefois, tout comme au niveau de la Région, le District de Santé est responsable de la coordination des activités du secteur santé et des autres secteurs. Si pour le moment les réunions de coordination ne sont pas effectives, des supervisions conjointes multisectorielles ont été menées.

5.6.3. Coordination de la mise en œuvre entre l'UNICEF et les parties prenantes de la lutte contre le VIH/Sida

L'analyse de critère porte essentiellement sur la contribution du programme dans la mise en place des mécanismes de coordination en maximisant sa valeur ajoutée dans son positionnement dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA

164. Pour atteindre les résultats qu'il s'est fixés, conscient de ses avantages comparatifs dans son environnement programmatique, le Programme a développé des partenariats avec plusieurs instances étatiques : MINSANTE, MINJEUN, MINAS, MINPROFF, MINEDUB, MINESUP. Mais il est à noter une absence de coordination et de synergie entre ces différents acteurs, d'où une dispersion des énergies dans la riposte contre le VIH.
165. Le principal acteur d'exécution du Programme a été le Ministère de la Santé Publique dont les institutions ont servi d'ancrage d'opérationnalisation des interventions. Divers partenariats ont été développés tant pour accompagner la mise en œuvre des interventions sur le terrain que pour amener le Gouvernement à lever quelques goulots d'étranglement systémiques qui empêchent le progrès des différents indicateurs sectoriels.
166. Avec le Ministère de la santé publique, le Programme a agi conjointement pour renforcer le système de santé dans son ensemble et améliorer la demande des services. En plus d'avoir aidé le pays à juguler les ruptures de stock des intrants, le partenariat avec la CENAME a aidé au renforcement de la chaîne de froid par des interventions directes ainsi que par l'influence positive auprès du Gouvernement pour renforcer

l'engagement budgétaire en faveur du secteur de la santé. Ces partenariats ont surtout été orientés par les ressources financières mises à disposition par les donateurs. De tels partenariats ne se sont pas construits autour des ressources propres des différentes agences. Des formations sanitaires ont ainsi pu bénéficier du renforcement du plateau technique, de la fourniture des médicaments et autres produits essentiels à la prise en charge des PVVS.

167. Durant la mise en œuvre des interventions du Programme, l'UNICEF a mis sur pied des initiatives qui visent à renforcer la collaboration et la synergie d'action entre les différents intervenants dans la lutte contre le VIH/Sida par (i) l'organisation des formations où elles regroupent les acteurs du secteur santé et des secteurs apparentés et certains acteurs communautaires et (ii) à travers sa participation à l'organisation des réunions de coordination multisectorielle. On peut donc dire que l'UNICEF fournit des efforts visant à intégrer les acteurs nationaux à la planification et à la mise en œuvre du programme de lutte contre le VIH/Sida. Cependant, la collaboration avec les autres PTFs n'est pas visible et certains acteurs du niveau opérationnel considèrent qu'elle mène une politique de mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH/SIDA qui n'est pas en adéquation avec celle d'autres PTFs intervenant dans la même zone dont certains ont leur propre personnel et leurs propres moyens logistiques non intégrés au système public.
168. Dans la région de l'Est, l'UNICEF n'est pas l'unique partenaire à appuyer la région dans la lutte contre le VIH/SIDA. On y retrouve également Plan Cameroon, Georges Town, Banque islamique de développement qui, avec l'UNICEF, représentent les partenaires majeurs dans cette lutte contre le VIH/SIDA.
169. Pour ce qui est de la relation de collaboration de l'UNICEF avec les autres partenaires de mise en œuvre, l'UNICEF travaille en étroite collaboration avec les acteurs du niveau central, régional et opérationnel grâce à son équipe centrale et à ses bureaux au niveau des régions où elle intervient en étroite collaboration avec le MINSANTE et les autres ministères apparentés (MINJEC, MINPROFF, MINAS, MINSEC, etc.) et leurs délégations et structures d'encadrement (UPEC, CMPJ, CPFF, centres sociaux). Quant aux OSCs, aucune OSC n'a été identifiée comme OSC partenaire à l'UNICEF dans la mise en œuvre de ce Programme. « *On ne vient que lorsqu'il y a les formations : formations sur la PTME, la prise en charge des enfants et adolescents, et sur la prévention du VIH ; la dernière fois, on était sur la supervision et tout ça toujours en partenariat avec l'UNICEF* ». (DDPROFF-Région du Sud)
170. La collaboration entre l'UNICEF et différents acteurs du système de santé a été fructueuse. Grâce aux ONG et OBC impliquées dans la riposte, les interventions de l'UNICEF ont été valorisées et rendues visibles auprès des communautés. Cette collaboration difficile s'observe également au niveau communautaire où l'UNICEF n'est pas du tout connu par la majorité des acteurs communautaires dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.
171. L'UNICEF dans son appui aux interventions de lutte contre le VIH/SIDA a produit et diffusé des initiatives innovantes que sont le self-test et l'U-report. Mais, ces initiatives, bien que louables au regard de leur caractère réducteur, de la stigmatisation sociale et de leur discrétion, ne sont pas appréciées de tous qui y voient beaucoup d'handicap dans leur mise en œuvre.
172. Pour les acteurs de mise en œuvre, le self-test est louable, mais n'est pas adapté à l'état psychologique de son utilisateur, car remettre un autotest à un individu ne garantit pas son utilisation, et la découverte de son statut de séropositivité ne garantit pas non plus que l'individu s'engagera dans un suivi médical approprié, mais au contraire conduire ce dernier à faire un déni et à ne pas aller vers les services de VIH/Sida. Par conséquent, cette initiative innovante n'apporte pas sûrement la facilitation dans la mise en œuvre des interventions dans la mesure où sa réalisation exige une préparation psychologique du bénéficiaire.
173. De ce fait, le dépistage classique est plus indiqué parce qu'il est fait au terme des séances de pré-counseling et post-counseling qui préparent psychologiquement l'individu qui souhaite être dépisté. C'est pourquoi l'auto-test devrait être déconseillée pour les multiples raisons qu'évoque cet informateur : « *... l'auto test, c'est faire son test tout seul, prendre les résultats tout seul ; on apprend à faire ça... Je me teste, je vois que c'est positif, je me tais. Je pars dans un autre village, j'achète un autre test, je me teste, je ne suis pas toujours vaincu et je pars à Yaoundé. J'ai déjà consommé combien de tests avant de me décider. Est-ce*

que je suis même décidé d'aller dans une formation sanitaire ? Je pars d'abord chez les marabouts ; tu sais ce que je vais aller faire ? Donc l'auto test c'est un problème ». (KII-Région de l'Est)

174. Quant à l'U-report, c'est une plateforme numérique exclusivement réservée aux adolescents jeunes qui sont appelés à exposer de manière discrète et secrète leurs difficultés et problèmes de santé. C'est une composante de la mise en œuvre de la politique nationale de santé numérique qui, malheureusement, rencontre les mêmes goulots d'étranglement en termes d'accessibilité. En effet, la mise en œuvre de la politique nationale de santé numérique rencontre un goulot d'étranglement important lié à l'instabilité du réseau internet, d'une part et d'autre part à l'indisponibilité des outils informatiques (téléphones, ordinateurs) chez les jeunes issus des couches sociales défavorisées et installés parfois dans les zones éloignées et enclavées: « À Yaoundé, les élèves ont le téléphone ; mais vous n'allez pas investir de l'argent dans un projet dans une zone comme Abong-Mbang où les enfants n'ont pas le téléphone ». (Dyade Chef de district de Santé et DM-Région de l'Est)

175. Et d'un point de vue socio-éducatif, la politique nationale de l'éducation ne promeut pas l'utilisation de ces outils à l'âge précoce. Par ailleurs, il n'est pas certain que les parents soient à l'aise pour permettre à leurs enfants d'accéder à ces plateformes numériques susceptibles qui les exposeraient à la dépravation des mœurs. « U-report c'est quoi ? C'est une ligne qu'on a ouverte, c'est une plateforme numérique que lorsqu'un jeune a besoin des conseils il se réfère. Ça ne fonctionne pas chez nous, peut-être à Garoua Boulai, mais c'est bien. Je disais tantôt qu'il faut offrir un large éventail de choix pour accéder au service dans le cas de la dispensation des ARV, il peut venir prendre son traitement à l'hôpital ou en communauté, et donc pour la dispensation il n'y aura aucun problème. Mais il faut rapprocher l'offre de la demande. Donc si ce service permet, il faut évaluer son rapport coût efficacité, et maintenant, y a-t-il la connexion ? Les élèves ont-ils le téléphone partout ? Est-ce que les parents autorisent ? » (Dyade Chef de district de Santé et DM-Région de l'Est)

176. C'est donc une plateforme gérée par les jeunes dont l'objectif est bien louable, mais qui rencontre beaucoup d'handicap dans sa mise en œuvre et par conséquent ne peut faciliter que partiellement les interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans la mesure où elle n'est accessible qu'à une certaine couche sociale.

Conclusion sur le critère Partenariat

Initialement, l'UNICEF et ses partenaires ont engagé le présent programme avec la volonté de travailler avec toutes les parties prenantes. Cependant, la réalité sur le terrain n'a pas facilité le développement d'un partenariat efficace à toutes les étapes de la gestion du Projet et impliquant toutes les parties prenantes par niveau. De l'avis des interlocuteurs, le dispositif bilatéral de concertation entre le Gouvernement et l'UNICEF fonctionne comme prévu, et a permis la production et la circulation des plans de travail et des rapports périodiques prévus dans le Programme de coopération. Il existe un dispositif de concertation et de suivi plus global qui facilite la programmation, la mobilisation des ressources et le suivi de la mise en œuvre du Programme, et qui s'inscrit dans le cadre de la coopération entre le Cameroun et le système des Nations Unies.

Par ailleurs, des mécanismes formalisés de coordination ont été mis en évidence entre PTFs dont en particulier le Groupe Thématique « Santé » qui regroupe les PTF appuyant la santé et qui constitue un cadre d'échanges mensuels impliquant les organisations onusiennes et les partenaires bilatéraux. Cependant, cette coordination reste insuffisante et ne garantissant pas la synergie totale nécessaire et ne permettant pas d'éviter les « doublons », voire les antagonismes. Plus étonnantes, trois agences onusiennes (OMS, UNFPA et UNICEF) ciblant les mêmes groupes (enfants et femmes) et engagés dans la plupart des cas, dans les mêmes domaines et zones d'action ne sont pas arrivées à mettre en place des mécanismes efficaces et contraignants de coordination.

VI. Leçons apprises

- 1) Les innovations introduites telle que « l'initiative Jeune 3+1 » qui combine 3 plates- formes d'offre de service (scolaire, communautaire et service de santé), en plus d'une plateforme digitale permet d'accroître la demande et l'utilisation de services. Ces innovations numériques contribuent à replacer les jeunes au centre du cadre de prise des décisions. Ils sont, non plus des bénéficiaires exclusifs, mais également des parties prenantes à part entière ;
- 2) La gouvernance locale sous le leadership de la commune permet de renforcer la synergie et la coordination entre les différents acteurs et une mobilisation des ressources endogènes.
- 3) La stratégie de planification en «bottom-up » contrairement au top-down permet de renforcer l'appropriation des interventions par les acteurs depuis le niveau opérationnel, de faciliter les évaluations des besoins réels des structures de mise en œuvre et enfin d'adapter les interventions du Programme aux réalités locales;
- 4) L'affectation des personnels qualifiés dans les FOSA, combinée à l'implication des PVVIH des FEA et des jeunes permettant une fluidification des activités dans la chaîne d'approvisionnement ;
- 5) Les interventions spécifiques notamment pour les IDPs permettent de retrouver et remettre dans le circuit du système de santé les couples mère-enfant issu des zones à sécurité compromise qui étaient jusque-là perdus de vue.

VII. Matrice des conclusions et recommandations.

Les recommandations sont issues de la synthèse des échanges avec les différentes parties prenantes y compris le bureau Pays et le groupe de référence. Elles ont été validées au cours de l'atelier de validation du rapport organisé du 27 au 28 novembre 2023. Les recommandations sont présentées par niveau et classées par ordre de priorité: *haute (à réaliser dans un délai de 3 mois maximum ; moyenne : à réaliser dans un délai de 9 mois ; basse).*

Libellé	Structures Responsables
Recommandations stratégiques	
<p>1. Consolider et renforcer le dispositif de coordination à tous les niveaux pour optimiser l'atteinte des résultats du programme notamment l'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant et l'accès universel au dépistage et au traitement du VIH pédiatrique. (Haute priorité).</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Mettre en place une plateforme multisectorielle de coordination des activités du VIH/SIDA/IST/VBG au niveau des communes et des DS.</i> <i>Organiser une rencontre périodique (trimestrielle) entre les acteurs de la plateforme multisectorielle d'échange sur les questions de VIH/SIDA.</i> 	Minisante/DROS
<p>2. Renforcer la chaîne d'approvisionnement afin de disponibiliser les intrants dans les FOSA (Haute priorité).</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Prendre en compte les besoins réels en intrant de la chaîne d'approvisionnement ;</i> <i>Mettre en place un mécanisme de suivi en temps réel ;</i> <i>Appuyer la quantification annuelle et anticiper dans la commande des intrants.</i> 	MINSANTE/DPML
<p>3. Élaborer une stratégie de sortie pour tous les partenaires de mise en œuvre, qu'il soit multidimensionnel pour préparer la durabilité (Moyenne priorité).</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Intégrer les questions VIH/SIDA dans les propositions de projets des autres secteurs ;</i> <i>Inciter les communes à mobiliser des ressources additionnelles en faveur du VIH/SIDA</i> <i>Renforcement des capacités partenaires communaux dans la planification et la mobilisation des ressources ;</i> 	MINSANTE/DROS
<p>4. Renforcer le système (santé et non santé) (Moyenne priorité).</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Impliquer activement les communautés affectées par le VIH/SIDA et les organisations dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions afin de promouvoir l'appropriation communautaire des interventions.</i> <i>Renforcement des capacités techniques et managériales des acteurs à tous les niveaux opérationnels ;</i> 	MINISANTE - DROS/CNLS
Recommandations Opérationnelles	
<p>5. Actualiser la stratégie de communication en veillant à l'utilisation des outils innovants de communication adaptés à toutes les catégories de cibles (moyenne priorité).</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Mener des enquêtes épidémiologiques et socio-anthropologiques auprès des jeunes et des adolescent.e.s.</i> <i>Développer un plan de communication ciblée basée sur les résultats des enquêtes socio-anthropologiques</i> 	CNLS
<p>6. Renforcer les capacités et mettre à échelle les centres de soins et de traitement du VIH et des structures d'encadrement des jeunes (OSC, OBC, CMPJ, CESO, CPFF, CMS, IMS, les établissements scolaires) pour assurer une meilleure couverture des services (Basse priorité).</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Développer des actions ou des interventions spécifiques sur la base des évidences identifiées par les cibles.</i> <i>Former et ou recycler le personnel des structures d'offre de services, de lutte contre le VIH/SIDA</i> 	MINISANTE : DROS/CNLS UNICEF et autres PTFs

<p>7. Renforcer les actions de sensibilisation ciblant spécifiquement les filles et garçons adolescents (10-19 ans), les jeunes et les autres personnes vulnérables (Haute priorité).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Organiser des sessions de formation ciblées et adaptée aux besoins des adolescents (10-19 ans), les jeunes et aux autres groupes vulnérables</i> 	CNLS/UNICEF
<p>8. Respecter les procédures pour la mise à disposition à temps des ressources financières (Haute priorité).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des acteurs du HACT 	UNICEF/DROS/CNLS
<p>9. Assurer l'inclusion des groupes à besoins spécifiques dans le dispositif de coordination de la réponse au VIH/Sida afin de ne laisser personne pour compte (Haute priorité).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à la présence de représentants des personnes vivant avec un handicap, les travailleuses de sexe, les groupes minoritaires dans la composition des COSA et des COSADI; • Organiser des sessions de renforcement des connaissances aux filles/femmes pour leur apprendre sur les life skills; • Organiser des formations des adolescents (es) et les jeunes garçons sur la responsabilité positive ; • Actualiser et diffuser les outils de collecte de données désagrégées par sexe dans le cadre du programme VIH. 	CNLS/UNICEF

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

1. Annuaire statistique de la réponse nationale à l'épidémie du VIH/sida au Cameroun de 2015 à 2019
2. Base des données du Spectrum : 2019-2025
3. Cadre Stratégique National de la riposte au VIH/Sida 2021-2023 chez les adolescentes et les jeunes
4. Dépenses du VIH de 2018 à 2022 en USD : fichier Excel
5. Evaluation de l'impact du VIH sur la Population au Cameroun CAMPHIA 2017-2018
6. Guidance on Integrating Disability Inclusion in Evaluations and Reporting on the UNDIS Entity accountability Framework Evaluation Indicator: January 2022.
7. Health sector portfolio performance review (HSPPR) in the republic of Cameroun: October 2019
8. Integrating Human Rights and Gender Equality in Evaluations: August 2014
9. Nko'o Amvene, S. (2014). Le handicap : un problème insuffisamment étudié dans nos sociétés. HEALTH SCIENCES AND DISEASE, 15(2). Retrieved from <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/392>
10. Peersman, G. (2014:3). Critères d'évaluation, Note méthodologique n° 3, Centre de recherche Innocenti, Florence
11. Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2016-2020
12. Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2018-2022
13. Plan stratégique de l'UNICEF 2018-2021
14. Plan de suivi-évaluation du plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2021–2023
15. Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2021-2023 du Cameroun
16. Strategy Note HIV/AIDS Programme 2018-2020
17. Stratégie sectorielle de santé 2020-2030
18. Rapport de la revue à mi-parcours du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida 2018-2022 du Cameroun
19. Rapport annuel 2019, 2020 et 2021 des activités de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST
20. RRP_eMTCT_LLF_Cameroon_2018
21. Rapport analytique de la PTME/PECPA t1. 2022 dans la région de l'Adamaoua
22. Rapport mensuel de la PTME/PECPA octobre 2022 de la région de l'Adamaoua
23. Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida 2019 : Rapports d'avancement nationaux – Cameroun
24. Rapport narratifs Spectrum _2023_revue_du_14072023
25. SMR_8_oct_2019
26. Tableau des résultats de la Composante Programme VIH&SIDA 2018 – 2021
27. UNEG (2016): www.unevaluation.org/document/download/2601.
28. UNICEF, 2017. UNICEF-Adapted UNEG Evaluation Reports Standards. Evaluation Office, Update June 2017
29. UNICEF VIH Expenses
30. <http://www.oecd.org/development/evaluation/2755284.pdf>
31. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/good-practices-in-gender-responsive-evaluations>
32. <http://www.unevaluation.org/document/download/2107>

LISTE DES ANNEXES

- A.1. Liste des personnes rencontrées et des localités visitées
 - A.1.1. Liste des personnes rencontrées
 - A.1.2. Listes des localités visitées
- A.2. Considérations éthiques et principes de l'évaluation
- A.3. Termes de référence
- A.4. Détails sur l'échantillonnage
- A.5. Couverture géographique du Projet
- A.6. Matrice d'évaluation
- A.7. Indicateurs de suivi de la gestion des approvisionnements dans les régions de l'Est et du Sud
- A.8. Cohérence entre le Projet et le PSN
- A.9. Echelle d'évaluation
- A.10. Présentation du SYNAME
- A.11. Détails sur la chaîne d'approvisionnement
- A.12. Structures visitées
- A.13. Outils de collecte des données qualitatives
- A.14. Chronogramme des activités

A.1. Liste des personnes rencontrées et des localités visitées

A.1.1. Liste des personnes rencontrées

N°	Région	Noms des personnes rencontrés	Institution	Fonction	Contact
1	YAOUN DE	Dr SALIHOU SADOU	CENAME	DIRECTEUR GENERAL	699663961
2	YAOUN DE	NDJATTE HENYA YVETTE	DLM	CADRE DLM	
3	YAOUN DE	Dr ETOUNDI ADA	DPLM	SOUS DIRECTEUR	
4	YAOUN DE	Dr ATEMO MAXIME	DPLM	CADRE DPLM	
5	YAOUN DE	Dr SEKE MOUNGNOL	DPLM	CADRE DPLM	
6	YAOUN DE	Dr BILLON SERGE	MSP	EX SECRETAIRE PERMANENT	
7	EST	Dr ANDJEMBE ESSOLA	DRSP	DELEGUE	696923165
8	EST	MOHAMED ALI	BUREAU UNICEF EST	CHEF DE BUREAU	
9	EST	CLAUDIUS WANYEH	DRSP	PF PTME PECPA DRSP	699240312
10	EST	Dr MBI BIENVENU	DRSP	PF GAS /DRSP	697351115
11	EST	Dr ETAME BERNICE		PHARMACIENNE DRSP	670912572
12	EST	Dr MBOUL NKOMOM	FONDS REGIONAL	DIRECTEUR	699950777
13	EST	Dr SAMBE NPEL	GTR	RESPONSABLE	6938284
14	EST	KOUMBA CYRIL	GTR	AGENT	696199393
15	EST	MME OKOUME NICOLE	MINEJEC	PF MINIJEC	698238066
16	EST	HADJARATOU	MINIJEC	AGENT	694547128
17	EST	MME BALE VERONIQUE	MINI PROFF	PF MINIPROFF	
18	EST	MME MBOLLE ADIANA	MINASS	PF MINASS	676102994
19	EST	Mr BENG ALEMBE JEAN	DS BATOUTI	CBS	697506277
20	EST	KONYE LUC	Hôpital de District Batouri	Surveillant General	
21	EST		Hôpital de District Batouri	Major Maternité	
22	EST		Hôpital de District Batouri	Coordonnateur UPEC VIH	
23	EST		Hôpital de District Batouri	Aide-soignante maternité	
24	EST	Dr NTONGA CHRISTIAN	Hôpital Adventiste Batouri	Directeur	
25	EST	MME BAYENA SANDRINE	Hôpital Adventiste Batouri	Surveillant General	
26	EST	MVODO VENANCE	Hôpital Adventiste Batouri	APS	
27	EST	MME TOZA MARIE	Hôpital Adventiste Batouri	ACRR	
28	EST	DORIS YEYE	Hôpital Adventiste Batouri	SAGE FEMME	
29	EST	MrSANDA LUC	Hôpital Adventiste Batouri	Responsable administratif et Financier	
30	EST	Armand Nyetedem	ONG Africa Humanitarian Action	Coordonnateur adjoint du site	
31	EST	Dr FOTSO KOUAM	MEDECIN	FOSA BON BERGER	657096222

N°	Région	Noms des personnes rencontrés	Institution	Fonction	Contact
1	YAOUN DE	Dr SALIHOU SADOU	CENAME	DIRECTEUR GENERAL	699663961
2	YAOUN DE	NDJATTE HENYA YVETTE	DLM	CADRE DLM	
3	YAOUN DE	Dr ETOUNDI ADA	DPLM	SOUS DIRECTEUR	
4	YAOUN DE	Dr ATEMO MAXIME	DPLM	CADRE DPLM	
5	YAOUN DE	Dr SEKE MOUNGNOL	DPLM	CADRE DPLM	
32	EST	GILLES FOTSO	DIRECTEUR	FOSA BON BERGER	675971111
33	EST	ERIC CHRISTEL ALIMA	CS CATHOLIQUE	PF PTME/UPEC	
34	EST	BITHE NJITA YANICK	CS CATHOLIQUE	APS	
35	EST	SERAPHINE MARIE AGNES	CS CATHOLIQUE	IDE	
36	EST	ADJADUH DJA ERIC-MARTIAL	HD	MAJOR UPEC	
37	EST	TCHQNIMEU SALVADORE	HD	Infirmier Service de maternité	
38	EST	SINGA NGOND NOLIVINE	HD	ASG	
39	EST	NDAWA LEBIKA MARTINE	HD	APS PEDIATRIQUE	
40	EST	NTSOULOUNG ARMEL CASIMIR	HD	SG/HD	
41	EST	CHICK NADEGE ASEH	HD	APS TESTER	
42	EST	ABENG ROSELINE	HD	ASG	
43	EST	TSOGO JEANNE MARLYSE	CSI	Maternité	
44	EST	TSOGO EPSE NWELENDJE JEANNE	CSI	Chef du centre	
45	YAOUN DE	Dr BAHIRA	PROJET BID	CEPS BID	699964872
46	EXTREM E NORD	Dr HAMADOU BAVA	DRSP	DELEGUE	674886148
47	EXTREM E NORD	Dr DAMA SALI	DRSP	COORDONNATEUR	691295384
48	EXTREM E NORD	GEORGES NDAYEU	DRSP	CHEF UNITE PLANIFICATION	693668177
49	EXTREM E NORD	Mr DAMANG SOKO	DRSP	DATA MANAGER	691066342
50	EXTREM E NORD	Dr ZOUA ABRAHAM	DRSP	PHARMACIEN GAS	698556459
51	EXTREM E NORD	Mr KATCHAM TAOUBA	DRSP	AGENT GAZ	699230311
52	EXTREM E NORD	Mr DOURYANG RESSONG	DRSP	AGENT GAZ	695185093
53	EXTREM E NORD	Dr DJEMBA PARFAIT	GHBC/PSM	LOGISTIC OFFICER	690825348
54	EXTREM E NORD	HASSANA ADAMOU	DRES	PF DRES CS/SAPPS	695773843
55	EXTREM E NORD	JIMAS NGARSISSEN	DRJEC-EM	PF MINIJEC	694345202

N°	Région	Noms des personnes rencontrés	Institution	Fonction	Contact
1	YAOUN DE	Dr SALIHOU SADOU	CENAME	DIRECTEUR GENERAL	699663961
2	YAOUN DE	NDJATTE HENYA YVETTE	DLM	CADRE DLM	
3	YAOUN DE	Dr ETOUNDI ADA	DPLM	SOUS DIRECTEUR	
4	YAOUN DE	Dr ATEMO MAXIME	DPLM	CADRE DPLM	
5	YAOUN DE	Dr SEKE MOUNGNOL	DPLM	CADRE DPLM	
56	EXTREM E NORD	DOGMADAI CLAUDIA	DRMINPROFF	PF MINPROFF	691700853
57	EXTREM E NORD	NIDJAKWA DOURGA	MINASS	PF MINASS	696854316
58	EXTREM E NORD	Dr BIBOU CLOTAIRE	DS YAGOUA	MEDECIN	699675552
59	EXTREM E NORD	Mr HOLA GATSA	DS YAGOUA	PF COM	677395025
60	EXTREM E NORD	WASSOLE FERDINAND	DS YAGOUA	CBS	697540296
61	EXTREM E NORD	ABDOULKARIMOU SAMAKI	CM KALFOU	MAICUTIEN	698283497
62	EXTREM E NORD	ASMAOU ABDOU	CM KALFOU	APS PEDIATRIQUE	697917115
63	EXTREM E NORD	MOUNKOU NORERT	DS MOKOLO	AGENT DS MOKOLO	694521953
64	EXTREM E NORD	Sr DJODA DELPHINE	CSI ROHAN CHABOT	CHEF DE CENTRE	699935787
65	EXTREM E NORD	DOUKOYE LUCIE	CSI ROHAN CHABOT	AGEBNT CSI ?	697905130
66	EXTREM E NORD	Mr NKOMZ ERIC	DS MAROUA 1	CBS	
67	EXTREM E NORD	TCHOING ZOUA	DS MAROUA 1	PF PTME	
68	EXTREM E NORD	YOUKOUDA KOERANGA	FR	GESTIONNAIRE FR	
69	EXTREM E NORD	Dr FISSOU CLARICE	FR	AGENT FR	
70	EXTREM E NORD	BWELLE PAUL	FR	AGENT FR	
71	EXTREM E NORD	Dr SOUREYS HAMON	HOPITA REGIONALE	AGENT HR	
72	EXTREM E NORD	KOUAMO TCHOUAMO	HOPITAL MISKINE	AGENT	
73	EXTREM E NORD	DJOUNGA CLEMENT	HOPITAL MISKINE	AGENT	
74	EXTREM E NORD	NGUIZAYA CHANTAL	CSI ROHAN CHABOT	APS PEDIATRIQUE	692304042
75	EXTREM E NORD	DOKOZA JEAN	MAIRIE MOKOLO	AGENT COMMUNAUT.	694100521
76	SUD	Mme KOUNAKA Josiane	DS KRIBI	Chef de District	675 41 29 55
77	SUD	Mme ABOMO E. DALINE	DS KRIBI	Point Focal PTME	699 88 46 41
78	SUD	Dr NGOO MEBE Saurel	HD KRIBI	DIRECTEUR	655 19 65 21

N°	Région	Noms des personnes rencontrés	Institution	Fonction	Contact
1	YAOUN DE	Dr SALIHOU SADOU	CENAME	DIRECTEUR GENERAL	699663961
2	YAOUN DE	NDJATTE HENYA YVETTE	DLM	CADRE DLM	
3	YAOUN DE	Dr ETOUNDI ADA	DPLM	SOUS DIRECTEUR	
4	YAOUN DE	Dr ATEMO MAXIME	DPLM	CADRE DPLM	
5	YAOUN DE	Dr SEKE MOUNGNOL	DPLM	CADRE DPLM	
79	SUD	Mme NFEGUE Marie	HD de KRIBI	Major laboratoire	696 46 40 65
80	SUD	Mme ANKOH Ursule	HD de KRIBI	PF PTME Maternité	698 51 85 65
81	SUD	Dr BIKAI Armand	HDKRIBI	Coordonnateur UPEC	695 85 66 64
82	SUD	Mme EDOU Laurentine	HDKRIBI	Agent remplissage registres	690 23 95 64
83	SUD	M. OYONO Christian	HDKRIBI	Agent remplissage registres	673 07 81 48
84	SUD	Mme MBOU Mireille	HDKRIBI	Surveillante Générale	691 81 65 87
85	SUD	M. ONANA FOU DA	Hôpital d'Ebomé	Directeur par intérim	675 06 91 99
86	SUD	M. LIBI Simon	Hôpital d'Ebomé	PF PTME	655 25 4 50
87	SUD	M. NDIBA Mathieu	Hôpital d'Ebomé	Major Maternité/CPN	670 93 34 18
88	SUD	M. NGUEYO Landry	Hôpital d'Ebomé	Major Laboratoire	699 80 38 40
89	SUD	Mme N Djom Suzanne		PF/PTME/PECPA	692 296 292
90	SUD	DR MInka Minka Christine	Delegation	Consultante SRMNIA UNICEF	691 8818 54
91	SUD	Mbarga Alberte Chancelle	Delegation	RAFr PETVISIDAME	691 91 2619
92	SUD	Dr Assembe	MINESEC/Sud	Inspecteur Medico-scolaire	
93	SUD	Ndongo Justin Jules Ferry	Association	Coordinateur Horizon jeune,	
94	SUD	Mbang Amougou Margaret	MINPROFF	PF	694122105
95	SUD	Esther Tijang	ECD Ebolowa	PTME/PECPA	659091248
96	SUD	Dr Signe Benjamin	ECD Ebolowa	CDS/EBO	696121755
97	SUD	Dr Essomba Essomba	HD Ebolowa	Directeur	
98	SUD	Noah Mbanga	HD Ebolowa	Surveillant General	
99	SUD	Avounga Ateba Pierre	HD Ebolowa	Major UPEC	
100	SUD	Mme Ngo Ngue Pauline	HD Ebolowa	Major Maternité	
101	SUD	Mlle Binno Bingono	HD Ebolowa	Major CPN/PF	
102	SUD	Atyi Eyomane Arsene	MINAS	PF	693N72N64 41
103	SUD	Mr Mballa Michel	ECD	PF PTME	693593002
104	SUD	Bouroutou Francis	ECD	CBS	699785974
105	SUD	Tama Telephone Quentin			

N°	Région	Noms des personnes rencontrés	Institution	Fonction	Contact
1	YAOUN DE	Dr SALIHOU SADOU	CENAME	DIRECTEUR GENERAL	699663961
2	YAOUN DE	NDJATTE HENYA YVETTE	DLM	CADRE DLM	
3	YAOUN DE	Dr ETOUNDI ADA	DPLM	SOUS DIRECTEUR	
4	YAOUN DE	Dr ATEMO MAXIME	DPLM	CADRE DPLM	
5	YAOUN DE	Dr SEKE MOUNGNOL	DPLM	CADRE DPLM	
106	SUD	Mme Ngono Felicité	HD	Sage femme/SG-HDM	
107	SUD	Bidjek Flore Emeline	HD	IMS major Labo	
108	SUD	Senop Pianot Celestin	Fondation Chantal Biya	Coordo UPEC- Technicien labo	699650619
109	SUD	NGO MAKEI Marie Simone	Fondation Chantal Biya	PF PTME	671 07 51 93
110	SUD	Dr BIDJANG Robert	DRSPe	Délégué Régional	
111	SUD	M. BOYOGUENO Louis	FR	Administrateur	699 19 57 93
112	Central	Dr HADJA	CNLS	Secrétaire permanent	
113	Central	Dr LIMANE	CNLS	Chef Section Appui au Secteur Santé	
114	Central		CNLS	Chef Sectio Reponse Locale	
115	Central	Dr MEDOUANE	CNLS	Représentant PEPFAR au CNLS	
116	Central	Dr ADA	CNLS	Chef Unité Prise en charge	
117	Central	Dr DJOMO	CNLS	Chef unité PTME	
118	Central	Mme BISSAI	CNLS	Cadre Section suivi évaluation	
119	Central		MINJEC	Sous-Directeur	
120	Central	Mr ABOUEM	MINJEC	Point Focal VIH	676148426
121	Central		MINJEC	Point Focal PETVISIDAME	
122	Central	Mr NGUE	MINAS	Point Focal VIH	694675218
123	Central		MINPROFF	chef de service	
124	Central	Mme NZIE	MINPROFF	Point Focal VIH	682371978
125	Central	Mme ABAH	MINSEC	Point Focal VIH	699997143

A.1.2. Liste des localités visitées

Région	DS	FOSA	
Sud		<i>Dénomination</i>	<i>Statut</i>
	Ebolowa	CS Lyna Health Center	Privée laïque
	Meyomessala	Fondation Chantal Biya	Privée laïque
	Kribi	Hôpital Ebome	Privée confessionnelle
Extrême-Nord	Ebolowa	HR Ebolowa	Publique
	Meyomessala	CMA Bengbis	Publique
	Kribi	HD Kribi	Publique
	Mokolo	Csi Rohan Chabot	Privée confessionnelle
	Maroua 1	CMAO Meskine	Privée confessionnelle
	Yagoua	Hopital Martha Adaire	Privée confessionnelle
Est	Gazawa /Mokolo	HD Koza	Publique
	Maroua 2	HR Maroua	Publique
	Vélé / Yagoua	HD véélé	Publique
	Batouri	Hôpital Adventiste Batouri	Privée confessionnelle
		CSC Batouri	Privée confessionnelle
	Doume	CSC Dimako	Privée confessionnelle
	Batouri	HD Batouri	Publique
	Abong- Mbang	CMA Angossas	Publique

	Abong Mbang Sud	CSI Abong Mbang Sud	Public
--	-----------------	---------------------	--------

A.2. Considérations éthiques et principes de l'évaluation

- ✓ **Indépendance** : Tous les membres de l'équipe d'évaluation sont indépendants de l'UNICEF et indemnes de conflit d'intérêts avec l'UNICEF et avec le programme qui sera évalué. L'ensemble des entretiens réalisés dans le cadre de cette évaluation ont été confidentiels. Afin de libérer la parole et assurer la confidentialité des entretiens, ces entretiens ont été réalisés en l'absence de toute autre personne dont la présence pourrait être gênante, ce qui a permis de parler librement de certains sujets.
- ✓ **Ethique, droits humains et égalité des sexes**: En toutes circonstances, la confidentialité des informations fournies par différentes sources, autres que les sources d'accessibilité générale et publique, a été assurée. Les entretiens et les participants aux discussions ont été attribués avec un code, et la référence à l'identité de l'auteur de renseignements ou opinions était impossible. L'éthique de la recherche a été rigoureusement observée à travers (i) le consentement éclairé des personnes participantes à l'évaluation, (ii) le respect de l'usage des résultats dans les limites des exigences de l'évaluation et (iii) la formation des équipes sur les aspects liés à l'éthique. De plus, l'équipe d'évaluation sera rigoureusement observée à travers le respect des directives du Groupe d'évaluation des Nations Unies sur l'intégration des droits de l'homme et de l'égalité des sexes.
- ✓ **Transparence** : L'équipe d'évaluation s'est comportée de façon éthique dans toutes ses interactions avec les parties prenantes cibles, en accord avec les principes du Code de conduite applicable aux évaluations au sein du système des Nations Unies. Dans ce cadre, l'équipe d'évaluation a veillé à communiquer d'une manière aussi ouverte que possible l'objectif de l'évaluation, les critères appliqués et l'utilisation attendue des résultats évitant ainsi les fausses attentes des populations qui biaisent habituellement la collecte des données.
- ✓ **Impartialité** : Lors des entretiens, les membres de l'équipe d'évaluation ont expliqué la raison de leur venue et les objectifs de la discussion, et souligné que l'anonymat des sources a été garanti tout au long du processus d'évaluation. À l'issue de cette introduction, les personnes interviewées ont eu le choix de participer ou non à l'entretien. Tout au long des échanges, l'équipe d'évaluation a veillé à maintenir une posture neutre et bienveillante sans engager la responsabilité de l'UNICEF.
- ✓ **Crédibilité** : L'équipe d'évaluation a veillé à disposer des données et des observations fiables et dignes de confiance en ce qui concerne la qualité des instruments et des procédures de collecte et d'analyse utilisée afin de répondre, le plus objectivement possible et de manière neutre et indépendante, aux questions d'évaluation posées.
- ✓ **Utilité** : Le rapport d'évaluation a été le plus pertinent et le plus bénéfique possible aux parties prenantes en répondant au maximum possible à leurs attentes, et a présenté de manière complète, concise et équilibrée les faits, résultats et problèmes rencontrés ainsi que les conclusions et recommandations qui en découlent.
- ✓ **Conflit d'intérêts** : Le statut de BAC-Santé (bureau d'étude indépendant) ne soulève aucun conflit d'intérêts avec la présente évaluation.
- ✓ **Professionnalisme** : l'équipe a veillé au respect des normes et pratiques recommandées au niveau international en matière d'évaluation.
- ✓ **Propriété intellectuelle** : l'équipe d'évaluation a respecté les droits de propriété intellectuelle des institutions faisant l'objet d'examen en mentionnant systématiquement les références et les différentes sources d'information

A.3. Termes de référence

EVALUATION OBJECT

UNICEF Cameroun is commissioning a summative evaluation of its interventions implemented between 2018 and 2022 in the fight against HIV&AIDS in Cameroon. This evaluation is amongst those planned in the 2022—2026 Costed Evaluation Plan developed as part of the UNICEF Country Planning Document (CPD). Interventions to be evaluated are to be understood as UNICEF’s contribution to the fight against HIV amongst pregnant women, young children, adolescents, and youths. Though focused on curbing HIV new infections and strengthening care and treatment in the country, the Programme to be evaluated was also geared towards the strengthening of key components of the national health system.

The overall goal of the 2018 – 2021 Country Programme was to hasten Country’s progress towards achieving Sustainable Development Goals targets, especially those related to children. The Country Programme was fully aligned with UNICEF’s Strategic Plan.

HIV/AIDS treatment and prevention is central to UNICEF’s vision of a West and Central Africa Region where no child dies from AIDS and all children grow up to realize their full potential in adulthood. The programme’s proposed outcome is that, by 2020 (extended to 2021), women, children and adolescents have continuous and equitable use of prevention, care, and treatment services.

According to the Programme Component Theory of Change, a stronger HIV/AIDS Programme ensures that health care providers can identify, treat, and retain in care children and adolescents living with HIV. It makes sure families, adolescents and children have the knowledge and ability required to seek HIV prevention, care and treatment services and remain in the continuum of care. The programme supported key actors, including districts, so they have the capacity they need to plan, implement, and monitor interventions based on evidence, gender equality and equity. Strategic partnerships will allow a scaling-up of evidence documented in UNICEF’s priority districts, the continuation of free and widely available ARV treatments from the government and the Global Fund, and the availability of condoms, especially to adolescents.

This programme’s interventions were aligned with the “90.90.90” UNAIDS strategy (by 2020, 90% of people living with HIV are diagnosed, 90% of these people are receiving treatment, and 90% of those on ART have an undetectable viral load), which contributes to the vision of eliminating AIDS by 2030 outlined in the third Sustainable Development Goal (SDG).

The questions of equity and human rights are central to this programme’s strategies since its focus is the promotion of the right to life and health for children and adolescents, particularly the most isolated and marginalized. Gender dynamics are also vital: The promotion of health in children necessarily requires support of mothers and their health. One of the major challenges of this programme is the role of men in their families’ health, including the identification of infected men and treatment of pregnant women. HIV-related vulnerability in adolescents and young people is much higher in girls with a ratio of 9/1 (new infections in 15-24 years, CAMPHIA survey 2018)

As spelled out in UNICEF Theory of Change (annex 1), the HIV and AIDS Programme Component was planned as UNICEF’s contribution to the national effort of curbing the trend of new infections, as well as care and treatment. The HIV&AIDS was focused on the attainment of the following results:

- (i) Capacitate health care providers to identify, treat and retain in care children and adolescents living with HIV in UNICEF-supported districts.
- (ii) Children, adolescents, and their families have the knowledge and ability required to seek HIV prevention, care and treatment services and remain in the continuum of care in UNICEF-supported districts.
- (iii) Key actors have the capacity required to plan, coordinate, monitor and evaluate integrated HIV/AIDS interventions based on evidence, gender equality and equity.

The implementation of the 2018 – 2021 Country programme (box 1) did not strictly align on the four priority regions, (East, Adamawa, North and Far North) selected as priority by the United Nations Country Team. Other regions such as South where the HIV prevalence (5.8%) is twice the national average (2.7%) were included based on HIV prevalence rated and bottlenecks that hamper the provision of services by the Health System.

Box 1. UNICEF Cameroun HIV&AIDS Programme Component

Overall, UNICEF-supported HIV and AIDS control interventions included the following components:

Component 1: Improve the quality of services provided to mothers, children, youths, and adolescents

Under this output, the Programme put into practice the case-finding strategies adopted by the Ministry of Public Health in the national acceleration plan on care and treatment of children and adolescents living with HIV. It focused on innovative programmatic approaches to identify the largest number of children living with HIV and their linkage to ARV treatment, care, and support services.

The programme strengthened health care providers' capacity to provide quality integrated care to children and adolescents living with HIV, including ensuring they refer the most vulnerable to social services. UNICEF supported the promotion of new approaches and proven innovative models to increase the early identification of children living with HIV.

Component 2: Improve the demand of quality services for parents and communities for children, adolescents, and youths.

The programme worked with community-based organizations, community leaders and adolescents to bring about a change in attitudes surrounding HIV and its treatment through communication activities.

UNICEF supported intensified evidence-informed HIV prevention among adolescents, especially girls. Evidence generated through All In! were used to target adolescents aged 15-19 who are the most at risk, including leveraging innovative M-health and social media platforms, especially the U-Report. This helped to address HIV vulnerability factors such as child marriage, early sex debut, inter-generational sex, early pregnancy, etc. Finally, special efforts were deployed to reach girls and boys who are the most at risk with targeted HIV Testing and Counselling (HTC) as an entry point to both treatment and care and prevention, including positive prevention.

Component 3: Reinforce the enabling environment for the design and implementation of policies

UNICEF supported joint planning, monitoring, and evaluation at both the central and district levels.

- UNICEF advocated and promoted the inclusion of HIV services in the minimum package of MNCH services (distribution of directives, policies, and HIV operational plans to actors at every level, including at the community level).
- Shared evidence and best practices in HIV.
- Trained key actors in decentralized planning and monitoring of prevention and care and treatment interventions.
- Supported joint data-driven planning and monitoring at the district level, joint routine procurement, and supply management (PSM), and joint monitoring systems for longitudinal follow-up of HIV-pregnant/breastfeeding women, children, and adolescents in national M&E systems.
- Leveraged resources to reinforce the sustainability of results achieved.

These interventions were implemented in an unpredictable and complex context. Contrary to the time when the programme was designed, emergency situations requiring response occurred. For instance, the Programme needed to contribute to unplanned strong security emergency in the North-West and South-West regions, neither was it ready to face the global COVID-19 shockwave and its cross-sectoral consequences. The COVID-19 pandemic has been a significant hinderance to the implementation of mass campaigns activities. Due to barrier measures put in place, mass testing campaigns were put on hold. Many adolescents and youths missed the opportunity to be tested and have known their HIV status. Because of this, many of HIV+ who did not know their status missed the opportunity to be put under treatment.

Another factor that significantly influenced the implementation of interventions planned within the framework of the HIV/AIDS Programme Component was the inception of eTME project funded by the Islamic Development Bank. Even though, there was a delayed release of funds donated to Cameroon Government by the Islamic Development Bank, the geographic coverage of the UNICEF support moved from 10 districts in four regions to 55 districts in 6 Regions. Some planned interventions started more than one year later because of insufficient funds (in 2018-2019 before receiving the IDB funds).

Likewise, the internal displacements caused by the crisis especially in the North-West and South-West regions exposed many youths and adolescents at risk of contracting HIV and AIDS. Other who were already under treatment were disconnected to the treatment points and could no longer continue to access care and treatment.

UNICEF key Partners in the implementation of this programme included the following:

- United Nations Agencies: UNFPA, UNAIDS, UNESCO.
- Civil Society: Community-based organizations, including Women’s groups, youth Networks, as well as National and international NGOS.
- Governmental agencies: Ministry of Health, social affairs, Women and Family promotion, Youths Affairs, Secondary Education, Higher Education.

EVALUATION PURPOSE

The evaluation has two purposes: accountability and learning.

- With respect to accountability, this evaluation will yield evidence on whether UNICEF’s supported interventions have either succeeded or failed in their effort to contribute to the improvement of the HIV prevention, treatment, and care for children, pregnant women, and adolescents in Cameroon.
- With respect to learning, this evaluation is expected to inform:
 - UNICEF management’ decision on how to increase the coverage, effectiveness, efficiency of HIV&AIDS interventions within the health sector and in other relevant sectors.
 - Relevance analysis of strategies selected by the Country Programme Implementing partners, including the delivery to key population groups and the coordination with other organizations.
 - Confirmation/revision of management approaches of ongoing development, investments, and research concerning HIV&AIDS response.

EVALUATION OBJECTIVES

Evaluation is expected to:

- provide robust and trustworthy evidence on the appropriateness of the overall strategic approach adopted by Country Programme regarding HIV&AIDS.
- provide robust evidence on the level of achievement of planned results.

- provide insights into any unforeseen challenges and/or opportunities that happened and how it affected the delivery and/or strategic results.
- identify lessons learned as well as potential good practices that can be taken to scale.

Specifically, the objective of this summative evaluation is to:

- a) Independently and rigorously assess:
 - The quality of the HIV&AIDS program component conception (strategic positioning – implicit/explicit Theory of Change – relevancy to needs of beneficiaries).
 - Appropriateness of implementation approaches and strategies used with special focus on synergies with major stakeholders involved in the national HIV&AIDS response.
 - Program’s effects on systems strengthening – communities – families – community health workers.
 - The relationship between UNICEF and key stakeholders – NACC, Directorates of the Ministries of Health, in charge of Youths, of Secondary Education, of Higher Education, of Social Affairs; Regional Delegations, districts and Councils....
 - The program monitoring system put in place to ensure optimal data collection, analysis and use of the results for decision-making at all levels
 - Effects of the COVID-19 pandemic on the overall performance of the UNICEF’s supported interventions in the national response to HIV&AIDS.
 - Impacts of machines, logistic and equipment provided by the Programme on the system’s capacities to diagnose and put children under treatment.

- (b) Identify:
 - Lessons learned and best practices that can be proposed for scale-up to support cost-effective interventions against HIV&AIDS.
 - Possible alternative approaches that would have permitted to achieve better results (children and mothers served) with the same level of resources invested by the Program.
 - Innovative approaches to mobilize families and communities and to encourage them to use health services.

From a strategic perspective, UNICEF made resources available to support the development of several strategic documents aimed to strengthen the enabling environment. These documents were aimed to address some technical, procedural, and legal systemic weaknesses at the national level. UNICEF also supported the organization of major conferences that aimed to enhance awareness, learning, engagement, commitment of major national stakeholders. The evaluation will assess how effective have these conferences and major advocacy events succeeded to generate additional mobilization and bring changes.

SCOPE

Thematic scope

Since many partners are involved in the implementation of the national response against HIV&AIDS, the evaluation will focus mainly on interventions supported at strategic level (revision of norms – policy formulation – evidence generation – policy/strategies formulation) and at operational level (prevention, treatment and care at districts and communities). Thematically, the evaluation will focus on system strengthening in the most vulnerable districts of the priority intervention zones: the evaluation team will focus on the quality of services provided to the populations; as well as on the way UNICEF could address key systemic bottlenecks, including in the areas of partnership management and sector’s coordination platforms and committees.

Geographical scope

The evaluation will cover UNICEF support to:

- National Aids Control Committee and Ministry of Health key Directorates for strategic capacity enhancement.
- Evidence-based programme management.
- Low and high performing health districts
- Community health workers for the supply of community-based services.
- Enhancement of Health District capacities to effectively manage stocks of inputs.

Chronological scope

The period to be scrutinized starts from January 2nd, 2018, through July 30th, 2022.

EVALUATION CONTEXT

Despite significant decrease in the HIV prevalence rate, most of the new infections occurs amongst youth aged 15 to 24 years of age. The situation has also improved in the domain of stigmatization of people living with HIV/AIDS and their relatives. Nevertheless, HIV is still amongst major public health issues.

Mindful of the depletion effects of HIV/AIDS on the national human capital, combating the spread of HIV amongst youths and girls is an urgent development issue for the Government of Cameroon and its development partners.

To accelerate reduction of HIV’s negative impacts on the national development, UNICEF and the Ministry of public health would like to learn from past years’ interventions and adjust ongoing and future ones. Evaluation results will permit UNICEF to revisit its strategic positioning of Country Programme in the response to HIV&AIDS treat in the health sector and in other sectors sharing the mandate for youths and children. Evaluation results will be used to adjust implementation strategies and approaches to revamp performance of HIV&AIDS response in Cameroon.

Secondly, Cameroon has made significant progress in putting children under ARV treatment (ART) and care. It is important to analyse and identify major factors that contribute to premature exit/abandonment of ARV therapy by children. Evidence pooled from the evaluation will support UNICEF’s high-level advocacy to national stakeholders (central Government, and both chambers of the Parliament), local authorities and private sector in favor of domestic resources mobilization to support HIV response. Furthermore, there is still a huge gap for children and adolescents living with HIV under treatment. The evaluation will analyze the major factors hindering the identification, treatment and retention of children and adolescents under ART and care.

Thirdly, UNICEF and it partners would like to know how relevant their strategies were as well as their strategic choices articulated in the HIV&AIDS Programme Component’s Theory of Change provided in Annex 1.

EVALUATION CRITERIA

The evaluation will be conducted based on the following criteria: relevance, effectiveness, efficiency, sustainability, gender & equity, and partnerships.

EVALUATION QUESTIONS

The evaluation team will be required to develop a strategy that could assist UNICEF in addressing all the following suggested questions:

1. Relevance

- 1.1. To what extent were UNICEF CPD HIV&AIDS interventions developed to respond to the key needs of the populations groups whom they were expected to serve?
- 1.2. To what extent are program’s sub-components implemented in a coordinated approach?

2. Effectiveness

- 2.1. To what extent have the different activities under UNICEF HIV&AIDS program component achieved their expected results for the period 2018 – 2021 right to July 2022?

- 2.2. To what extent is the way children's issues are discussed in these policies any different to what happened before implementation started in 2018?
- 2.3. What have the Program's comparative advantages and value-added been, in terms of contributing to national, regional, and local policy processes and capacity-building?

3. Efficiency

- 3.1. What was the cost of human resources and supply and how do they fare with the costs of similar interventions in the identified target areas?
- 3.2. To what extent was the supply chain management effective?
- 3.3. To what extent were resources mobilized converted to outputs in a timely and the most cost-effective manner?

4. Sustainability

- 4.1. To what extent was the program's interventions designed so that their implementation could continue without UNICEF support once the program cycle ended?
- 4.2. What benefits (if any) generated by UNICEF's supported interventions could be sustained by Government, families, individual communities, community-based organizations?

5. Gender and Equity

- 5.1. How have gender equalities and other social health related inequities been addressed by the program in its response to HIV&AIDS at systemic, operational and community levels?
- 5.2. Have handicapped and other socially marginalized people been expressly targeted in community participatory mechanisms?
- 5.3. Were vulnerable communities addressed as specific targets for the HIV&AIDS response?

6. Partnerships

- 6.1. To what extent has the program-built partnership with national, regional, local, and international development counterparts, civil society organizations, UN family and private sector to support health system and service delivery?
- 6.2. To what extent has the program facilitated the production, sharing and dissemination of new knowledge on implementation approaches of health interventions?

Throughout the evaluation process, equity and gender equality will be used as crosscutting concerns. Each aspect of the evaluation will demonstrate how the poorest were targeted, served, and participated.

METHODOLOGY

Due to the specific nature of the evaluation, the evaluation methodological approach will be a mixed methods theory-based evaluation with a strong participatory component and a distinct focus on equity. The evaluation will include a programmatic documents' review and will require primary data collection, too.

The document review will include the following:

- Desks review of all major interventions performed in the domain of HIV&AIDS by the Country Programme and other stakeholders.
- Review of relevant performance evaluation done during the referred period.
- Review of research works conducted by any relevant stakeholder in the domain of HIV&AIDS response.
- Review quantitative data of household surveys that specifically either focus on HIV&AIDS or have included a special module.
- Review of consortium administration and other data such as DHIS2.

The use of the monitoring data, which has been gathered to date and undertake additional data collection, will be maximized as much as possible.

Primary data collection will include the conduct of a survey and semi-structured interviews and in-depth interviews (to enlighten specific question aimed to provide further insight into how UNICEF's HIV&AIDS Programme Component is working with key stakeholders including:

- The national AIDS control committee.
- Key Directorates of the Ministry of Public health: DSF, DLMEP, DROS

- Ministries in charge of youths' affairs, secondary education, higher education, women empowerment
- Programme management staff (personnel working in the areas of Donor Partnerships, data, performance-based management, resources Administration, Financial management).
- Key informants in communities selected for pilot and other demonstrative approaches.
- Heads and personnel of targeted Health Districts.
- Representatives from the global health community in all intervention zones.
- Staff of other related funding and technical organizations that are working in health sector in Cameroon, as well as peer organizations in health sector
- Focal persons of the Government at central, decentralized, operational and grassroots levels
- Leaders of CBO's, NGO's, CBO's that participated to program implementation.

To gather data required to effectively provide meaningful answers to evaluation questions, the team of consultants will develop a mixed method-oriented methodology. While quantitative data will inform about the magnitude of interventions conducted in health sector (e.g. the number of children, adolescents and women reached by interventions), qualitative methods will gather data that will tell the story of approached and strategies used by UNICEF to address major bottlenecks that were hampering demand and utilization and explain improvement of health conditions of populations. Qualitative approaches will also give the floor to key stakeholders, by gauging their perceptions of the overall Programme, including its effects and modalities of community engagement.

Last but not the least, the methodology should be designed robustly enough to permit the evaluation process to tell if some of the progress noted are sufficiently grounded in the communities to guarantee a minimum sustainability of gains produced by UNICEF's supported interventions.

EVALUATION PROCESS

Maintaining the spirit of partnership and participation that guides UNICEF's approach to managing interventions in HIV&AIDS sector, the Ministry of Public Health, the National AIDS Control Committee, the Ministry of Youths' Affairs, the Ministry of Women Empowerment and the Family, the Ministry of Social Affairs, UNAIDS, UNFPA, UNICEF and other strategic programme partners agreed that:

- An Advisory Committee (composed of a representative from each of Ministry of Public Health, Ministry of Economy and Planning, Ministry of Youths Affairs, Ministry of Secondary Education and UNICEF) will be set up to guide the evaluation and to secure quality and independence throughout the process. The Advisory Committee will be responsible for finalizing the evaluation TORs, providing all required information or documentation, facilitate access of evaluation team to and key informants. The Advisory Committee will be responsible for approving the evaluator's work plan and methodology, verifying preliminary findings, providing feedback on the draft evaluation report, and approving the final version of the report.
- Technical stewardship will be ensured by dedicated staffs in UNICEF Country and Regional Offices.
- UNICEF will hire the evaluation team and take charge of all financial implications of the contract. As the evaluation manager, the UNICEF PM&R Chief will closely monitor the evaluation process in line with milestones articulated in these TORs, review data collection instruments, and liaise with and inform the Advisory Committee and UNICEF Regional Office on progress.
- Quality assurance of evaluation deliverables will be performed by Multi-Country Evaluation Specialist, the Regional Evaluation Advisor in the UNICEF Regional Office, including the TORs, inception report (methodology - evaluation design), evaluation report and recommendations.
- The final report of the evaluation must be a publicly available document. Evaluation findings will be published in a the most suitable users' friendly way. The National AIDS Control Committee, the Ministry of Public Health and UNICEF will prepare a dissemination plan for the evaluation report. A joint Government and UNICEF management response will be part of the final evaluation report. that includes, among others, a record of agreement/disagreement with the findings and recommendations from the evaluation that will be prepared for circulation within the consortium organizations and beyond.

EVALUATION OUTPUTS

The expected outputs of this independent evaluation are as follows:

- An inception report (“note de cadrage” in French) including an Evaluation framework, a work plan, the recommended methodology, approach, and data collection instruments.
- Presentation of preliminary findings + Power Point Presentation and draft outline of the structure of the evaluation report.
- Draft évaluation report.
- Final evaluation report by the evaluators of no more than 60 pages (excluding annexes) that responds to the questions outlined in these TORs, and incorporates feedback obtained on the draft report. The report should be formatted as per the guide on formatting evaluation reports.
- A user-friendly executive summary of no more than 4 pages.
- Annexes with details on the methodology, informants, and data collection instruments.

TIMELINE AND MILESTONES

Below are the timeline and milestones envisaged in the evaluation of UNICEF’s supported interventions in health sector? The specific details will need to be confirmed in negotiation with the evaluation team and the Advisory Committee to ensure timely completion of the evaluation and delivery of the evaluation report.

Activity	Date	Milestone
Targeted call for evaluators	End of October, 2022	
Selection of evaluators	By November 15 th , 2022	
Contract start-up	By December 1 st , 2022	Contract signature by both parties
Submission and presentation of evaluation work plan and methodology to Advisory Committee for feedback	By December 10 th , 2022	<ul style="list-style-type: none"> ● Work plan ● Evaluation framework
Approval of work plan and evaluation design	By December 15 th , 2022	
Document review and data collection	End of December, 2022	
Presentation of preliminary findings and submission of detailed Evaluation Report Outline to Advisory Committee	Late January 31 st , 2022	<ul style="list-style-type: none"> ● Progress report ● Power Point on preliminary findings ● Evaluation Report Table of Contents
Presentation of draft report and discussion in workshop with Advisory Committee	February 15 th , 2022	Draft évaluation report
Submission of final evaluation report	End of February, 2023	Final évaluation report

EVALUATION TEAM

The evaluation team will consist of five members of in four domains of expertise as follows (i) evaluation expert and team leader; (ii) expert in health system management; (iii) expert in HIV management at district level; (iv)

expert in supply chain management; (v) expert in qualitative approaches, preferably anthropology. Academic backgrounds, technical skills and work experience required from team leader and members are detailed below.

i) Evaluator and team leader (international)

- Graduated in social sciences or any other recognized equivalent field.
- At least 15 years of relevant work experience in conducting evaluations and operational research missions in developing countries.
- Ability to work in an iterative, collaborative team approach; ability to give and receive constructive feedback.
- Strong communication skills including negotiation skills.
- Knowledge of the field of innovation and research in the context of global health.
- Experience in the design and conduct of program-level evaluation of multi-partner initiatives, from a systems perspective.
- Strong report writing and presentation skills, ability to communicate complex technical ideas using non-technical language to diverse audiences (an electronic copy of the most recent evaluation report authored by the consultant will need to be included in the application).
- Ability to work in multi-organizational initiatives; a focus on innovation in health science and technology) research in the context of low- and middle-income countries.
- Knowledge of evaluating initiatives that fund innovation research for development, particularly aspects relating to innovation derived from research (dissemination, commercialization, and knowledge translation).
- Fluency in written and spoken English; written and spoken French or a capacity to ensure that interview and other data collection can be undertaken in French with francophone recipients of DIF-Health.

ii) Expert in health system management (international)

- Graduated in health or any other recognized equivalent field.
- At least 10 years of relevant work experience in conducting evaluations and operational research missions in developing countries.
- Ability to work in an iterative, collaborative team approach; ability to give and receive constructive feedback.
- Strong communication skills including negotiation skills.
- Experience in being part of an evaluation team.
- Very good report writing and presentation skills, ability to communicate complex technical ideas using non-technical language to diverse audiences (the electronic copy of a recent evaluation report who's the consultant has been a primary author will need to be included in the application).
- Fluency in written and spoken English; written and spoken French or a capacity to ensure that interview and other data collection can be undertaken in French with francophone recipients of DIF-Health.

iii) Expert in HIV&AIDS policy and programme management (Cameroonian national)

- Graduated in health or any other recognized equivalent field.
- At least 10 years of relevant work experience in the design and management of HIV&AIDS programmes, policies, and project at both strategic and operational level.
- Ability to work in an iterative, collaborative team approach; ability to give and receive constructive feedback.
- Strong communication skills including negotiation skills.
- Experience in being part of an evaluation team.
- Very good report writing and presentation skills, ability to communicate complex technical ideas using non-technical language to diverse audiences (a copy of a recent evaluation report who's the consultant has been a primary author will need to be included in the application);

- Fluency in written and spoken English; written and spoken French or a capacity to ensure that interview and other data collection can be undertaken in French with francophone recipients of DIF-Health.
- iv) **Expert in supply chain management (Cameroonian national)**
 - Graduated in supply management or any other equivalent field of professional training at Maters Degree level.
 - At least 8 years of relevant professional experience in supply management with national or international organization. Experience in the health sector will be a string asset.
 - At least 5 years of experience as evaluation team member
 - Expert level knowledge in management of drugs supply chain.
 - Fluency in French and English is recommended
- v) **Expert in qualitative approach (Cameroonian national)**
 - Graduated in anthropology, health, or medical sociology or in any other equivalent field
 - Proven practical expertise of at least 5 years in social development research activities.
 - Involvement in at least three research/evaluation, or studies over the past five years.
 - Good knowledge of social development issues on the East – Adamawa – North – Far-North.
 - Proven experience in design – collection – analysis – report writing of qualitative data.

CONTRACT ARRANGEMENTS

Total contract period is for 90 days starting December 1st, 2022 and ending February 28th, 2023.

- Evaluation team leader: 90 days
- Expert in health system management: 30 days
- Expert in HIV&AIDS programme management: 70 days
- Expert in supply chain management: 30 days
- Expert in qualitative approach: 40 days

The detailed planning proposed by the team leader will clearly demonstrate how each of the team members will contribute to the process and to the final evaluation report.

CRITERIA FOR EVALUATION – INSTITUTION

Financial evaluation

TECHNICAL CRITERIA /100	POINTS TO CONSIDER
For Consultants	<p><i>Expérience and qualifications - 30 points</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Academia qualifications (6) ▪ Experience in working in complex institutional settings and with high-level officials. (6) ▪ Knowledge of consortium level and/or program level evaluation of research and innovation for development (6) ▪ Knowledge of the field of global health and the Grand Challenge niche areas (6) ▪ Knowledge and understanding of how health research impacts the lives of people living in the developing world (6).
Global offer	<p><i>Quality and completeness - 15 points</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offer completeness (8) ▪ The adequation between the ToRs and the technical offer (7)
Méthodologie et approche proposées	<p><i>Proposed methodology – 55 points</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Understanding of the scope of the work (expected results, deliverables) (15) ▪ Proposed approach to carrying out the work (methodology, timeline, step-by-step results) (25) ▪ Relevance of the proposal for the type of information to be collected and the choice of key informants (10) ▪ Innovations (5)
Interview as applicable (if applicable)	N/A
TOTAL OFFRE TECHNIQUE	100

Quote: Technical proposals with a technical score (TS) of 70/100 points or more will be considered technically acceptable and their financial proposals will be opened. Technical proposals below 70 points will be excluded from the selection process. The total score will be reduced to the 70-point evaluation.

Any change of evaluation team members when comes the execution of the contract, compared to those presented in the technical offer, will constitute grounds for termination of the contract.

Financial evaluation

The total amount of points allocated to the price component is 30. Maximum points will be awarded to the lowest priced proposal that is opened and compared to invited firms that have met the required point threshold in the technical evaluation. All other price proposals will receive points in inverse proportion to the lowest priced proposal.

- Score of Supplier A = Score of the lowest bidder (30) X Amount of the lowest bidder / Supplier A's amount
- Total score (Technical evaluation + Financial evaluation) = 100 points

However, if the lowest bidder's offer is estimated to be too low and below the actual expenditure to be made under the contract, the lowest bidder will be asked to provide a breakdown of the unit prices, together with a justification for its very low estimated prices in relation to the contract. If the justifications and details are not convincing, he will be disqualified, and the second lowest bidder will be taken as the lowest bidder in the calculation of the financial score.

FINANCIAL OFFERS COMPARISON MATRIX					
Formative and summative evaluation of UNICEF's supported interventions in the fight against HIV&AIDS					
N°	DESIGNATION	Unit	Quantity	Unit Price (\$)	Total Cost (\$)
LOT 100 : Consultation Fees					
101	Evaluation team leader	Days	90		
102	Expert in health system management	Days	30		
103	Expert in HIV&AIDS programme management	Days	70		
104	Expert in supply chain management	Days	30		

105	Expert in qualitative approach	Days	40		
SUB-TOTAL LOT 100					
LOT 200 : Operational Fees					
201	Logistics and transportation	Package			
202	Communication	Package			
203	Field operations (enumerators, Group discussions, observations etc.)	Package			
SOUS-TOTAL LOT 200					
TOTAL					

NOTES: Please submit the proposals (Administrative, technical, and financial file) in a sealed envelope to Unicef Yaoundé, Quartier Bastos, Boulevard de l'URSS, Rue 1801, BP 1181 Yaoundé. /- along with a sample of a recent evaluation report to the hiring team in UNICEF Cameroon (xxxxx@unicef.org) fifteen days after the publication of the bidding.

NOTES: Veuillez soumettre les propositions (dossier administratif, technique et financier) dans une enveloppe scellée à Unicef Yaoundé, Quartier Bastos, Boulevard de l'URSS, Rue 1801, BP 1181 Yaoundé. /- ainsi qu'un échantillon d'un récent rapport d'évaluation à l'équipe de recrutement de l'UNICEF Cameroun (xxxxx@unicef.org) quinze jours après la publication de l'appel d'offres.

A.4. Détails sur l'échantillonnage

Echantillonnage des DS de santé et des FOSA par région

Région	DS		FOSA privée					FOSA publique				Bailleurs de fonds	Nombre de DS
		N°	Dénomination	Statut	Catégorie		Dénomination	Statut	Catégorie				
Sud	Ebolowa	1	CS Lyna Health Center	Privée laïque	6	4	Ebolowa	HR Ebolowa	Public	3	BID + PEPFAR	02 DS (BID + PEPFAR)	
	Meyomessala	2	Fondat° Chantal Biya	Privée laïque	5	5	Meyomessala	CMA Bengbis	Public	5			
	Kribi	3	Hôpital Ebome	Privée confes.	4	6	Kribi	HD Kribi	Public	4			
Extrême-Nord	Mokolo	7	Csi Rohan Chabot	Privée confes	6	10	Mokolo	HD Koza	Public	4	BID + PEPFAR	02 DS (BID + PEPFAR)	
	Maroua 1	8	CMAO Meskine	Privée confes	5	11	Maroua 2	HR Maroua	Public	3			
	Yagoua	9	Hopital Martha Adaire	Privée confes	4	12	Yagoua	CMA Kalfou	Public	6			
Est	Batouri	13	Hôpital Adven Batouri	Privée confes	4	16	Batouri	HD Batouri	Public	4	BID + PEPFAR	02 DS (BID + PEPFAR)	
	Abong-Mbang	14	CS le Bon Berger	Privée	6	17	Abong-Mbang	CMA Angossas	Public	5			

	Doume	15	CSC Dimako	Privée confes	6	18	Abong Mban g Sud	HD Doumé	Public	4
--	--------------	----	------------	---------------	---	----	-------------------------	----------	--------	---

Catégories et nombres des cibles par régions

Catégories de cibles	Extrême-nord	Est	Sud	Total
Responsables des services de santé de reproduction (PTME, UPEC, maternité, CBS) ou Points Focaux VIH dans les Districts de Santé des régions	1	5	10	16
Responsables des FOSA	1	5	2	8
Responsables des CMPJ ayant bénéficié des interventions UNICEF en matière de lutte contre le VIH	2	0	1	3
Responsables des associations ou structures de mobilisation des cibles de la Santé mère-enfant	3	0	2	5
Points focaux communication / Nutrition et VIH	2	2	0	4
Autorités traditionnelles	4	2	2	8
Leaders religieux	2	1	1	4
Accoucheuses traditionnelles/matrone	4	0	2	6
COSA, COSADI, COSAGE	2	2	1	5
Accompagnateur psychosocial (APS)	0	2	0	2
Agents de Santé Communautaire/Agents Relais Communautaire	5	5	2	12
Pairs éducateurs	1	1	1	3
Femmes enceintes	0	2	0	2
Pharmacien-nes	0	1	3	4
Sous-total-1 (EIA)	27	28	27	82
Jeunes filles (14-19 ans) ayant bénéficié des programmes de sensibilisation	38	17	23	78
Jeunes garçons (14-19 ans) ayant bénéficié des programmes de sensibilisation	46	28	27	101
Sous-total-2 (FGD)	84	45	50	179
TOTAL 1+2	111	73	77	261

Echantillons des informateurs des niveaux central et régional

Cibles	Centre/Yaoundé	Extrême-nord	Est	Sud	Total
Personnes ressources du Comité national / de lutte contre le SIDA	7	0	0	0	7
Personnes ressources du Comité régional de lutte contre le SIDA	0	2	2	2	6
Responsables des principales directions du Ministère de la Santé Publique: DSF, DLMEP, DROS	3	0	0	0	3
Points focaux du VIH auprès des Ministères chargés des affaires de la jeunesse (MINJEC), de l'enseignement secondaire (MINESEC), de l'enseignement supérieur (MINESUP), de l'autonomisation des femmes (MINPROFF) et des affaires sociales (MINAS).	7	3	3	2	15
Personnel d'autres organisations techniques et de financement connexes qui travaillent dans le secteur de la santé au Cameroun, ainsi que les organisations homologues du secteur de la santé	1	6	6	1	14
Points focaux SR des Délégations Régionales qui assurent la coordination des acteurs et le suivi des différentes équipes de sensibilisation sur le terrain.	0	1	1	1	3
Points focaux des Délégations Régionales de la Jeunesse et de l'Éducation Civique qui interviennent dans les activités VIH (PLMI)	0	1	1	1	3
Total des informateurs interviewés au niveau central	18	13	13	7	51

A.5. Couverture géographique du Projet

Région	Nombre de FOSA	Site offrant la PEC VIH	Couverture (%)
Adamaoua	195	183	93,8%
Centre	1 793	1 523	84,9%
Est	249	247	99,2%
Extrême-Nord	432	405	93,8%
Littoral	1 181	865	73,2%
Nord	316	302	95,6%
Nord-Ouest	417	381	91,4%
Ouest	862	832	96,5%
Sud	286	277	96,9%
Sud-ouest	338	265	78,4%
	6 069	5 280	87,0%
<i>Nombre de FOSA/Sites dans les cinq régions</i>	<i>1 478</i>	<i>1 414</i>	<i>95,7%</i>
<i>% FOSA/Sites couverts</i>	<i>24,4%</i>	<i>26,8%</i>	

A.6. Matrice d'évaluation

Critères et Questions d'évaluation	Sous-Questions	Indicateurs / Mesures	Méthode de collecte	Source des données	Analyse des données
1. Pertinence					
EQ 1. Dans quelle mesure les interventions de l'UNICEF sur le VIH et le sida en matière de DPC ont-elles été élaborées pour répondre aux principaux besoins des groupes de population qu'elles étaient censées servir ?	EQ 1.1. Quelle pertinence du Programme VIH&SIDA de l'UNICEF Cameroun au regard des priorités stratégiques du Pays en matière lutte contre le VIH&SIDA	1.1.1. Degré de conformité (en %) entre stratégies nationales de lutte contre le VIH&SIDA et celles du Programme VIH&SIDA de l'UNICEF	- Revue documentaire - Entretiens semi-structuré - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires	- Plan Stratégique Multisectoriel de lutte contre le VIH&SIDA du Cameroun - Programme VIH&SIDA de l'UNICEF Cameroun - PV et/ou rapport de choix des régions cibles - Informateurs institutionnels du niveau central - Informateurs institutionnels du niveau régional (Cadres régionaux du MS et des responsables de l'administration territoriale, élus régionaux) - Informateurs du niveau communautaire)	- Analyse thématique - Analyse comparative - Analyse institutionnelle - Analyse processuelle de formulation
	EQ 1.2. Lors de l'élaboration du Programme VIH&SIDA de l'UNICEF Cameroun, l'ampleur du VIH&SIDA des enfants, adolescent, des femmes enceintes ou allaitantes était-elle bien connue et désagrégée ?	1.2.1. % d'indicateurs VIH&SIDA (des enfants et des femmes enceintes et allaitantes) connus au niveau national et par régions au lancement du plan de mise à échelle	- Revue documentaire - Entretiens semi-structuré - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires		
	EQ 1.3. Le choix des régions cibles s'est-il fait sur la base d'une sélection objective liée à la situation de vulnérabilité au VIH&SIDA des enfants, adolescents et des femmes enceintes ou allaitantes ?	1.3.1. Les indicateurs nutritionnels (des enfants et des femmes enceintes et allaitantes) ont été à la base du choix des régions cibles : Oui/Non	- Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires		
	EQ 1.4. Les principaux acteurs institutionnels ont-ils été associés lors des choix stratégiques les concernant ?	1.4.1. % d'acteurs prévus dans les documents de planification et effectivement impliqués dans les choix stratégiques	- Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires		

Critères et Questions d'évaluation	Sous-Questions	Indicateurs / Mesures	Méthode de collecte	Source des données	Analyse des données
EQ 2. Dans quelle mesure les sous-composantes du programme sont-elles mises en œuvre dans une approche coordonnée ?	EQ 2.1. Quelles sont les spécificités culturelles dans les régions cibles pouvant interférer avec l'efficacité du Programme VIH&SIDA de l'UNICEF ? Ont-elles été prises en compte lors de la définition des stratégies ?	2.1.1 (indicateur qualitatif) Niveau de prise en compte des spécificités culturelles pouvant interférer avec l'efficacité des pratiques du Programme VIH&SIDA de l'UNICEF et prises en compte lors de la définition des stratégies	- Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Focus groups	- Rapport d'analyse de situation de base - Programme VIH&SIDA de l'UNICEF - Informateurs institutionnels du niveau central - Informateurs institutionnels du niveau régional (Cadres régionaux du MS, responsables de l'administration territoriale, élus régionaux) - Informateurs du niveau communautaire	- Analyse thématique (par type de spécificités) - Analyse spatiale (en fonction des régions) - Analyse thématique participative
	EQ 2.2. Quelles sont les spécificités institutionnelles pouvant faciliter ou freiner la mise à échelle des pratiques du Programme VIH&SIDA de l'UNICEF? Ont-elles été prises en compte lors de la définition des stratégies ?	2.2.1. (Indicateur qualitatif) Spécificités institutionnelles pouvant interférer avec l'efficacité des pratiques du Programme VIH&SIDA de l'UNICEF et prises en compte lors de la définition des stratégies identifiées et prises en compte	- Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Focus groups		
	Les interventions planifiées du Programme VIH&SIDA de l'UNICEF prennent-elles en compte les besoins des communautés ou groupes bénéficiaires ?	- Cohérence entre besoins des groupes bénéficiaires et appuis programmés	- Revue documentaire - Entretien semi-structuré avec Sections VIH UNICEF - Focus groups	- Rapport d'analyse de situation de base - Programme VIH&SIDA de l'UNICEF - Informateurs institutionnels du niveau central - Informateurs institutionnels du niveau régional - Informateurs du niveau communautaire	- Analyse thématique (par type de spécificités)
	Que pensent les communautés d'accueil de la réponse développée ?	- Avis des groupes bénéficiaires quant à la prise en compte de leurs besoins de en matière de VIH/Sida	- Entretiens - Focus groups, entretiens individuels et récits de vie avec les groupes cibles	- Informateurs du niveau communautaire	- Analyse thématique (par type de spécificités)

Critères et Questions d'évaluation	Sous-Questions	Indicateurs / Mesures	Méthode de collecte	Source des données	Analyse des données
2. Efficacité					
EQ 3. Dans quelle mesure les différentes activités de la composante du programme VIH & SIDA de l'UNICEF ont-elles atteint les résultats escomptés pour la période 2018 - 2021 jusqu'en juillet 2022 ?	EQ 3.1. Les femmes, les enfants et les adolescents bénéficient-ils d'une utilisation continue et équitable des services de prévention, de soins et de traitement du VIH/sida ?	<p>3.1.1. % d'enfants (0-14) et adolescents (10-19) vivant avec le VIH sous traitement ARV qui ont une charge virale indétectable</p> <p>3.1.2. % de femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH sous traitement ARV qui ont une charge virale indétectable</p> <p>3.1.3. % d'adolescents (15-19 ans) déclarant avoir utilisé des préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel avec une personne autre que leur conjoint ou partenaire cohabitant (au cours des 12 derniers mois)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Focus Groupe - Entretiens semi-structurés - Observation des ménages - Enquête légère / LQAS 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'activités - Rapports d'études - Rapports de mise en œuvre - Informateurs institutionnels du niveau régional - Informateurs du niveau communautaire (ASC, RC, agents OCB, superviseurs de proximité) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse thématique - Analyse comparative
	EQ 3.2. Les enfants, les adolescents et leurs familles ont-ils acquis les connaissances nécessaires pour rechercher des services de prévention, de soins et de traitement du VIH !?	<p>3.2.1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de connaissances des adolescents et familles sur la disponibilité des services - % d'adolescents (15-19 ans) et récits de vie des adolescents déclarant connaître où se trouve les services de prévention, de soins et de traitement du VIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Focus Group - Entretiens semi-structurés - Enquête ménage 		

	<p>EQ 3.3.</p> <p>Les prestataires de soins de santé sont-ils en mesure d'identifier, de traiter et de maintenir en charge les enfants et les adolescents vivant avec le VIH dans les districts soutenus par l'UNICEF. ?</p>	<p>3.3.1. Niveau de disponibilité des kits de dépistage et des équipements de prise en charge au niveau de</p> <p>3.3.2. Nombre de personnel formé sur le VIH au niveau district</p> <p>3.2.3 File ou Nombre d'enfants et adolescents vivant avec le VIH effectivement pris en charge dans les districts soutenus par l'UNICEF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Focus-groups - Récits de vie - Observation des ménages - Observation du marché - Enquête légère / LQAS 		
<p>EQ 4. Dans quelle mesure la manière dont les problèmes des enfants sont abordés dans ces politiques est-elle différente de ce qui se passait avant le début de la mise en œuvre en 2018 ?</p>	<p>EQ 4.1. Quels étaient les problèmes majeurs des enfants abordés dans les politiques avant le début de la mise en œuvre du Programme VIH UNICEF en 2018 ?</p>	<p>4.1.1 Problèmes de santé et de WASH</p> <p>4.1.2. Problèmes de protection sociale et d'éducation</p> <p>4.1.3 Problèmes de nutrition</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Focus Groupe - Observation de l'accès à l'eau potable et aux aliments - Récit de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'activités - Rapports d'études - Rapports de mise en œuvre - Informateurs institutionnels du niveau régional - Informateurs du niveau communautaire - Informateurs du niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse thématique - Analyse comparative
	<p>EQ 4.1. Quels sont les problèmes majeurs des enfants abordés dans les politiques depuis le début de la mise en œuvre du Programme VIH UNICEF en 2018 ?</p>	<p>4.1.1 Problèmes de santé, spécifiques de VIH</p> <p>4.1.2. Problèmes de protection sociale</p> <p>4.1.3 Problèmes de nutrition</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Focus Group - Récit de vie 		
	<p>EQ 4.2 Dans quelle mesure la manière dont les problèmes des enfants sont abordés dans ces politiques actuelles est-elle différente de ce qui se passait avant le début de la mise en œuvre en 2018 ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Focus Group - Observation de l'accès aux aliments - Enquête légère / LQAS 		

<p>EQ 5. Quels ont été les avantages comparatifs et la valeur ajoutée du programme, en termes de contribution aux processus politiques nationaux, régionaux et locaux et au renforcement des capacités ?</p>	<p>EQ 5.1. Quels ont été les avantages comparatifs et la valeur ajoutée du programme, en termes de contribution aux processus politiques nationaux ?</p>	<p>5.1.1. Avis des groupes d'acteurs ayant été impliqués</p> <p>5.1.2. Analyse des rapports d'activités disponibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Observation du service de nutrition - Focus groups - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires - Enquête légère 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Stratégique Multisectoriel de lutte contre le VIH&SIDA du Cameroun - Programme VIH&SIDA de l'UNICEF Cameroun - PV et/ou rapport de choix des régions cibles - Informateurs institutionnels du niveau central - Informateurs institutionnels du niveau régional (Cadres régionaux du MS et des responsables de l'administration territoriale, élus régionaux) - Informateurs du niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse institutionnelle - Analyse comparative
	<p>EQ5.2. Quels ont été les avantages comparatifs et la valeur ajoutée du programme, en termes de contribution aux processus politiques régionaux et locaux</p>	<p>5.2.1. Avis des groupes d'acteurs ayant été impliqués</p> <p>5.2.2. Analyse des rapports d'activités disponibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Observation de centres d'alimentation communautaire - Focus groups - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires 		
	<p>EQ 5.3 Y a-t-il eu renforcement des capacités techniques (formation) des prestataires institutionnels offrant les services de santé liés au VIH?</p>	<p>5.3.1. %</p> <p>5.3.2. Récits et témoignages des acteurs formés sur les questions de VIH</p> <p>Rapport des activités de formation disponible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Observation d'écoles primaires - Focus groups - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires 		
	<p>EQ 5.4. La mise en œuvre du programme communautaire de nutrition du CSA a-t-elle favorisé la prévention et de prise en charge des cas de malnutrition ?</p>	<p>5.4.1. Récits et témoignages des acteurs ayant fait face à des cas de malnutris pris en charge</p> <p>Situation épidémiologique de la malnutrition dans le district depuis 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien semi-structuré - Focus groups - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires 		

	EQ 5.5. Les textes réglementant l'importation et la commercialisation des substituts du lait maternel assurent-elles une protection suffisante de la promotion de l'allaitement maternel ?	5.5.1. Les textes réglementaires en vigueur assurent une protection suffisante à la promotion de l'allaitement maternel : Oui/Non	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Focus groups - Observation des commerces - Observation des FOSA 		
--	---	--	---	--	--

Critères et Questions d'évaluation	Sous-Questions	Indicateurs / Mesures	Méthode de collecte	Source des données	Analyse des données
3. Efficience					
EQ 6. Quel a été le coût des ressources humaines et de l'approvisionnement et comment s'en sortent-ils avec les coûts d'interventions similaires dans les zones cibles identifiées ?	EQ 6.1. Quels sont les coûts qui ont été réservés aux ressources humaines (recrutement, formation, salaire...) ?	6.1.1. Coûts détaillés des séminaires de formation et de renforcement des capacités 6.1.2. Masse salariale des personnes ayant travaillé pour le programme 6.1.3. Rapport des activités de formation disponible 6.1.4. Récits et témoignages des acteurs formés sur les questions de VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Focus Groupe - Entretiens semi-structurés - Observation des ménages - Enquête légère 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'activités - Rapports d'études - Rapports de mise en œuvre - Informateurs institutionnels du niveau régional - Informateurs du niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse thématique - Analyse comparative
	EQ 6.2. Quels sont les coûts qui ont été réservés aux équipements et approvisionnements (kits de diagnostic, kits de prise en charge, autres équipements...) ?	6.2.1. Documents de facture et justification des achats liés aux kits de diagnostic, kits de prise en charge, autres équipements... 6.2.2. Récits et témoignages des agents comptables et des services d'approvisionnement... 6.2.3. Récits et témoignages des agents des services d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Focus-groups - Récits de vie - Observation des ménages - Observation du marché - Enquête légère 		

EQ 7. Dans quelle mesure la gestion de la chaîne d'approvisionnement était-elle efficace ?	EQ 7.1. Comment a été structurée la gestion de la chaîne d'approvisionnement?	7.1.1. Analyse des rapports d'activités disponibles 7.1.2. Récits et témoignages des agents des services d'approvisionnement	- Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Focus Groupe - Observation de l'accès à l'eau potable et aux aliments - Récit de vie	- Rapports d'activités - Rapports s d'études - Rapports de mise en œuvre - Informateurs institutionnels du niveau régional - Informateurs du niveau communautaire	- Analyse thématique - Analyse comparative
	EQ 7.2. La gestion de la chaîne d'approvisionnement a-t-elle connu des périodes de ruptures ?	7.2.1. Analyse des rapports d'activités disponibles 7.2.2. Récits et témoignages des agents des services d'approvisionnement	- Revue documentaire - Focus Groupe - Observation de l'accès aux aliments - Enquête légère		
EQ 8. Dans quelle mesure les ressources mobilisées ont-elles été converties en produits en temps opportun et de la manière la plus rentable ?			- Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Observation d'écoles primaires - Focus groups - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires	- Plan de mise en oeuvre - PTAs avec les sectoriels - PCAs signés avec Partenaires - Rapport d'enquête - Rapports de mise en œuvre et de suivi - Registres des FOSA - Informateurs institutionnels du niveau central - Informateurs institutionnels du niveau - Informateurs communautaires	- Analyse institutionnelle - Analyse comparative
			- Entretien semi-structuré - Focus groups - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires		
			- Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Focus groups - Observation des commerces - Observation des FOSA		

Critères et Questions d'évaluation	Sous-Questions	Indicateurs / Mesures	Méthode de collecte	Source des données	Analyse des données
4. Durabilité					
EQ 9. Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles été conçues de manière à ce que leur mise en œuvre puisse se poursuivre sans le soutien de l'UNICEF une fois le cycle du programme terminé ?	EQ 9.1. Les autres intervenants ont-ils été impliqués dans le ciblage zones et de bénéficiaires ?	9.1.1. Récits et témoignages triangulés auprès de toutes les catégories d'intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Observation et visite de la zone du projet - Focus Groups - Récit de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de mise en œuvre - PTAs avec les sectoriels - PCAs signés avec Partenaires - Rapport d'enquête - Rapports de mise en œuvre et de suivi - Registres des FOSA - Informateurs institutionnels du niveau central - Informateurs institutionnels du niveau communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse thématique - Analyse des capacités
	EQ9.1. La mise en œuvre du programme a-t-elle été faite de manière synergique avec les autres interventions dans les mêmes zones ?	9.1.1. Existence de missions ou d'actions conjointes de planification, d'encadrement ou de supervision des projets : Oui/Non Rapport des missions d'activités conjointes	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Observation et visite de la zone du projet - Réunions d'évaluation avec les ONG partenaires - Focus Groups - Récit de vie 		
EQ 10. Quels avantages (le cas échéant) générés par les interventions soutenues par l'UNICEF pourraient être soutenus par le gouvernement, les familles, les communautés individuelles, les organisations communautaires ?	EQ 10.1. Quels avantages matériels et infrastructurels générés par les interventions soutenues par l'UNICEF pourraient être soutenus par le gouvernement, les familles, les communautés individuelles, les organisations communautaires ?	10.1.1. Récits et témoignages triangulés auprès de toutes les catégories d'intervenants 10.1.2. Exploitation des rapports d'activités	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Observation et visite des DRASEF - Réunions d'évaluation avec les ONG partenaires - Focus Groups - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de mise en œuvre - PTAs avec les sectoriels - PCAs signés avec Partenaires - Rapport d'enquête - Rapports de mise en œuvre et de suivi - Registres des FOSA - Informateurs institutionnels du niveau central - Informateurs institutionnels du niveau communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des capacités - Analyse comparative - Analyse des capacités
	EQ 10.2. Quels avantages techniques et humains générés par les interventions soutenues par l'UNICEF pourraient être soutenus par le gouvernement,	10.1.1. Récits et témoignages triangulés auprès de toutes les catégories d'intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Réunions d'évaluation avec les ONG partenaires - Focus Groups 		

	les familles, les communautés individuelles, les organisations communautaires ?	10.1.2 Exploitation des rapports d'activités	- Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires		
--	---	---	---	--	--

Critères et Questions d'évaluation	Sous-Questions	Indicateurs / Mesures	Méthode de collecte	Source des données	Analyse des données
5.Genre et Equité					
EQ 11. Comment les égalités entre les sexes et les autres iniquités liées à la santé sociale ont-elles été abordées par le programme dans sa réponse au VIH/SIDA aux niveaux systémique, opérationnel et communautaire ?	EQ 11.1. Les étapes de préparation et de planification ont-elles suffisamment intégré l'égalité et les besoins spécifiques des différentes franges de population ?	11.1.1. Récits et témoignages triangulés auprès de toutes les catégories d'intervenants Exploitation des rapports d'activités sur les aspects Genre et équité	- Focus Groups - Récit de vie - Réunions d'évaluation avec les ONG partenaires - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires	- Informateurs du niveau communautaire	- Analyse thématique - Analyse comparative - Analyse genre
	EQ 11.2. Lors de la planification, quelles mesures spécifiques ont été retenues pour garantir la prise en compte des questions de genre ? Les documents de projet réservent-ils suffisamment de places à la question genre ?	11.2.1. Récits et témoignages triangulés auprès de toutes les catégories d'intervenants Exploitation des rapports d'activités sur les aspects Genre et équité	- Focus Groups - Récit de vie - Réunions d'évaluation avec les ONG partenaires - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires		
	EQ 11.3 Lors des interventions de mise en œuvre du programme, quelles mesures spécifiques ont été retenues pour garantir la prise en compte des questions de genre ?	11.2.1. Récits et témoignages triangulés auprès de toutes les catégories d'intervenants Exploitation des rapports d'activités sur les aspects Genre et équité	- Observation des ménages - Réunions d'évaluation avec les ONG - Focus Groups - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires		
EQ 12. Les personnes handicapées et autres	EQ 12.1. Que pensent les différents bénéficiaires vulnérables	12.1.1. Récits et témoignages triangulés auprès de toutes les catégories de vulnérables	- Revue documentaire - Entretien semi-structuré	- PTAs avec les sectoriels - PCAs signés avec Partenaires	- Analyse thématique

personnes socialement marginalisées ont-elles été expressément ciblées dans les mécanismes participatifs communautaires	(hommes/femmes; Filles/garçons, handicapés..) de la manière dont leurs besoins spécifiques ont été considérés et pris en compte ?		- Réunions d'évaluation avec les ONG - Focus Groups - Enquête légère	- Rapports de mise en œuvre et de suivi - Informateurs institutionnels du niveau central (- Informateurs institutionnels du niveau régional - Informateurs du niveau communautaire	- Analyse comparative - Analyse genre
	EQ 12.2. Comment les bénéficiaires perçoivent-ils le niveau d'équité des interventions quant à la satisfaction de leurs besoins spécifiques liés au VIH?	12.2.1. Récits et témoignages triangulés auprès de toutes les catégories de vulnérables			
EQ 13. Les communautés vulnérables ont-elles été considérées comme des cibles spécifiques pour la riposte au VIH&SIDA ?	EQ 12.1. Importance et place accordées aux communautés vulnérables Rôle joué par celles-ci dans ce processus	12.2.1. Récits et témoignages triangulés auprès de toutes les catégories de vulnérables	- Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Focus-groups - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires	- PTAs avec les sectoriels - PCAs signés avec Partenaires - Rapports de mise en œuvre et de suivi - Informateurs institutionnels du niveau régional - Informateurs institutionnels du niveau régional - Informateurs du niveau communautaire	- Analyse thématique - Analyse comparative - Analyse genre
	EQ 12.2.	12.3.1. Récits et témoignages triangulés auprès de toutes les catégories de vulnérables	- Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Observation des FOSA communautaires - Focus-groups - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires		

Critères et Questions d'évaluation	Sous-Questions	Indicateurs / Mesures	Méthode de collecte	Source des données	Analyse des données
14. Partenariats					

<p>EQ 14. Dans quelle mesure le programme a-t-il établi un partenariat avec les homologues nationaux, régionaux, locaux et internationaux du développement, les organisations de la société civile, la famille des Nations Unies et le secteur privé pour soutenir le système de santé et la prestation de services ?</p>	<p>EQ 14.1. Quelles ont été les relations entre la section VIH de l'UNICEF et les autres acteurs (nationaux, onusiens et société civile) face aux interventions VIH ?</p>	<p>14.1.1.) Existence de mécanismes formalisés et fonctionnels garantissant une communication et une collaboration efficaces entre les acteurs Récits et témoignages triangulés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretiens semi-structuré - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Stratégique Multisectoriel de lutte contre le VIH&SIDA - Plan de mise en œuvre du programme d'appui de l'UNICEF - PV et/ou rapport de choix des régions cibles - Informateurs institutionnels du niveau central - Informateurs institutionnels du niveau régional - Informateurs du niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse thématique - Analyse comparative - Analyse institutionnelle - Analyse processuelle de formulation
	<p>EQ 14.2. Quelles sont les d'initiatives et d'interventions qui ont visé à renforcer la collaboration et la coordination entre intervenants VIH?</p>	<p>14.2.1. Existence de mécanismes formalisés et fonctionnels garantissant une communication et une collaboration efficaces entre les acteurs Récits et témoignages triangulés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretiens semi-structuré - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires 		
	<p>EQ 14.3. Quels sont les mécanismes mis en place en vue de garantir l'intégration des interventions et le renforcement du système de santé par les différents acteurs tant lors de la planification que de la mise en œuvre des interventions VIH?</p>	<p>14.3.1. Existence de mécanismes formalisés et fonctionnels garantissant une communication et une collaboration efficaces entre les acteurs Récits et témoignages triangulés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires 		
	<p>EQ 14.4. Quelles sont les évidences de l'appui apporté par le programme aux différents intervenants au niveau opérationnel ?</p>	<p>14.4.1.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Réunion d'échange avec groupes d'informateurs institutionnels et communautaires 		

<p>EQ 15 Dans quelle mesure le programme a-t-il facilité la production, le partage et la diffusion de nouvelles connaissances sur les approches de mise en œuvre des interventions de santé ?</p>	<p>EQ 15.1. Dans quelle mesure le programme a-t-il facilité la production de nouvelles connaissances sur les approches de mise en œuvre des interventions de santé ?</p>	<p>15.1. Existence de mécanismes formalisés et fonctionnels garantissant une production de nouvelles connaissances Récits et témoignages triangulés Rapports d'activités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Focus groups 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'analyse de situation de base - Plan du programme VIH&SIDA de l'UNICEF - Informateurs institutionnels du niveau central - Informateurs institutionnels du niveau régional - Informateurs du niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse thématique (par type de spécificités) - Analyse spatiale (en fonction des régions) - Analyse thématique participative
	<p>EQ 15 Dans quelle mesure le programme a-t-il facilité le partage et la diffusion de nouvelles connaissances sur les approches de mise en œuvre des interventions de santé ?</p>	<p>15.2.1. Existence de mécanismes formalisés et fonctionnels garantissant une diffusion de nouvelles connaissances Récits et témoignages triangulés Rapports d'activités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretien semi-structuré - Focus groups 		

A.7. Indicateurs de suivi de la gestion des approvisionnements dans les régions de l'Est et du Sud

A.7.1 : Indicateurs sur la Gestion de la Chaîne d'Approvisionnement et le Stockage des produits pharmaceutiques dans la région de l'EST.

N°	Indicateurs	2018	2019	2020	2021	2022
1.	Proportion de personnels de santé qualifiés impliqués dans la chaîne d'approvisionnement	5%	5%	15%	30%	50%
2.	Proportion de sélections faites conformément à la politique nationale	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
3.	Taux d'amélioration de la chaîne d'approvisionnement	40%	45%	60%	65%	75%
4.	Capacité (Volume) de stockage des produits et intrants (centrale, régional, DS, FOSA)	Non évalué	Non évalué	Non évalué	Non évalué	Non évalué
5.	Taux de rupture des différents protocoles (nombre de jour de rupture par protocole)	0	0	Névirapine sirop 265 jrs TLD 90 Jrs Abalam 120/60 154 Jrs	Névirapine sirop 18 jrs TLD 22 Jrs	0
6.	Nombre de rapport d'analyse de Stock disponible	0	0	12	12	12
7.	Proportion des fiches de stocks annuelle dûment remplies et à jour	0	0	80-95%	80-95%	80-95%
8.	Proportion de Fosa disposant d'un circuit inverse	0	0	0	0	0
9.	Proportion de Fosa disposant d'un manuel de procédure relatif aux bonnes conditions de stockage et de distribution	0	0	0	33,3%	50%
10.	Nombre de rapport d'inventaire disponible	0	-	12	12	12
11.	Nombre de rapports de destruction des produits périmés	0	0	0	0	0
12.	Nombre de rapports de renvois des produits périmés à un niveau supérieur	0	0	0	0	0
13.	Nombre de rapports de supervision des fosa par la PF GAS Régional	0	0	0	0	1

A.7.1: Indicateurs sur la Gestion de la Chaîne d'Approvisionnement et le Stockage des produits pharmaceutiques dans la région du Sud.

N°	Indicateurs	2019	2020	2021	2022
1.	Pourcentage de personnels de santé qualifiés impliqués dans la chaîne d'approvisionnement	0	0	0	17%
2.	Proportion de sélections faites conformément à la politique nationale	0	0	0	01
3.	Taux d'amélioration effectué sur la chaîne d'approvisionnement	36 %	70 %	75 %	80 %

4.	Capacité (Volume) de stockage des produits et intrants (centrale, régional, DS, FOSA)	10.490m ²	266.690m ²	1.324.588m ²	3.732.674m ²
5.	Taux de rupture des différents protocoles (nombre de jour de rupture par protocole)	0	5,28 %	2,42 %	1,75 %
6.	Nombre de rapport d'analyse de Stock disponible	01	01	01	01
7.	Proportion des fiches de stocks annuelle dûment remplies et à jour	0	0	0	0
8.	Proportion de Fosa disposant d'un circuit inverse	0	0	0	0
9.	Pourcentage de Fosa disposant d'un manuel de procédure relatif aux bonnes conditions de stockage et de distribution	0	0	33%	33%
10.	Nombre de rapport d'inventaire disponible	01	04	06	10
11.	Nombre de rapports de destruction des produits périmés	RAS	RAS	RAS	RAS
12.	Nombre de rapports de renvois des produits périmés à un niveau supérieur	RAS	RAS	RAS	RAS
13.	Nombre de rapports de supervision des fosa par la PF GAS Régional	0	0	0	0

A.8. Cohérence entre le programme et le PSN

A.8.1 : Résultats d'impact attendu et stratégies du Programme UNICEF et du PSN VIH IST 2018-2022

Résultats d'impact du PSN VIH IST 2018-2022	Résultats du PS VIH&SIDA UNICEF 2018-2022	Stratégies du PSN VIH IST 2018-2022	Stratégies du PS UNICEF VIH&SIDA 2018-2022
1. D'ici 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%	Résultat 1 : d'ici 2020, les prestataires de soins de santé sont en mesure d'identifier, de traiter et de maintenir en soins les enfants et les adolescents vivant avec le VIH dans les districts soutenus par l'UNICEF.	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre du paquet de prévention combinée ou adapté aux populations clés et celles en contexte de vulnérabilité à travers le développement des interventions de proximité ; - Renforcement des connaissances des enfants et des compétences des adolescents, jeunes, et femmes vulnérables pour se protéger du VIH ; - Extension du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pour l'élimination des infections chez les enfants en 2022 - Poursuite de la prévention et la prise en charge des AES ainsi que des IST - Mise en place d'un groupe national de prévention afin d'assurer la coordination de ces diverses interventions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des Approches efficaces centrées sur la famille, partant d'un patient index VIH connu (parent ou enfant) et élargies pour atteindre tous les enfants exposés qui nécessitera de tirer parti des liens entre la communauté et les installations. - Mise en œuvre des tests et des conseils systématiques à l'initiative du prestataire pour les enfants âgés de 0 à 19 ans à différents points d'entrée des établissements de santé (services de pédiatrie, services de réadaptation nutritionnelle, services de tuberculose, etc.). - Traçage systématique des enfants exposés au VIH à partir de la vaccination. - Introduction des micro-laboratoires portables appelés « Points of Care » pour soutenir le diagnostic précoce du VIH chez les enfants de moins de 2 ans et le suivi de la charge virale.
2. D'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%	Résultat 2 : D'ici 2020, les enfants, les adolescents et leurs familles ont les connaissances et les capacités nécessaires pour rechercher des services de prévention, de soins et de traitement du VIH et rester dans le continuum de soins dans	<ul style="list-style-type: none"> - 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH - 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral ; - 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de la délégation des tâches aux prestataires de soins de santé non-médecins, y compris leur formation pour fournir un traitement ARV aux enfants et aux adolescents. - Encouragement des enfants et les adolescents à participer à des activités éducatives et thérapeutiques et à des groupes de soutien par les pairs qui les

<p>3. D'ici 2022, la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%</p>	<p>les districts soutenus par l'UNICEF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un environnement favorable pour accompagner la mise en œuvre du PSN 2018-2022, et permettre de lever les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins. - Création d'un environnement protecteur pour les populations, - Protection des intervenants qui travaillent sur le terrain auprès des PVVIH, des populations en contexte de vulnérabilité et des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> encouragent à assumer la responsabilité de leur traitement. - Promotion de l'inclusion des services VIH dans le paquet minimum de services SMNI (distribution des directives, politiques et plans opérationnels VIH aux acteurs à tous les niveaux, y compris au niveau communautaire). -
<p>4. D'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%</p>	<p>- Résultat 3 : D'ici 2020, les acteurs clés ont la capacité requise pour planifier, coordonner, suivre et évaluer les interventions intégrées de lutte contre le VIH/sida sur la base de données probantes, de l'égalité des sexes et de l'équité</p>	<p>- Renforcement du leadership national du CNLS en tant qu'instance de coordination multisectorielle de la réponse nationale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien à la planification et le suivi conjoints fondés sur les données au niveau du district, la gestion conjointe des achats et de l'approvisionnement (PSM) et les systèmes de suivi conjoints pour le suivi longitudinal des femmes, des enfants et des adolescents VIH enceintes/allaitantes dans les systèmes nationaux de S&E. - Mobilisation des ressources afin d'assurer des résultats durables. - Partage des preuves et les meilleures pratiques en matière de VIH. - Formation des acteurs clés à la planification décentralisée et au suivi des interventions de prévention et de soins et de traitement. - Diffusion des directives, politiques et plans d'accélération opérationnelle sur le VIH. - Documentation et partage des meilleures pratiques et les expériences prometteuses - Formation des acteurs clés à la planification et au suivi

			<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le système de quantification de l'offre. - Mise en place d'un stock sécurisé pendant trois mois au niveau du district et un mois dans les formations sanitaires. - Implication des bénéficiaires, en particulier les associations de personnes vivant avec le VIH, dans les processus de planification, de mise en œuvre et de suivi.
--	--	--	---

Analyse de cohérence entre le Programme UNICEF et les priorités mondiales et nationales

Axes majeurs du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST 2018 – 2022	2018 – 2021			2022 – 2026		Remarques
	Produit #1	Produit #2	Produit #3	Produit #1	Produit #2	
Mise en œuvre du paquet de prévention combinée ou adapté aux populations clés et celles en contexte de vulnérabilité à travers le développement des interventions de proximité	X	X		X	X	Parfaitement aligné au Plan Stratégique National (PSN)
Renforcement des connaissances des enfants et des compétences des adolescents, jeunes, et femmes vulnérables pour se protéger du VIH	X	X		X	X	Parfaitement aligné au PSN
Extension du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pour l'élimination des infections chez les enfants en 2022	X	X	X	X	X	Parfaitement aligné au PSN
Poursuite de la prévention et la prise en charge des AES ainsi que des IST	X	X		X	X	Parfaitement aligné au PSN

Axes majeurs du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST 2018 – 2022	2018 – 2021			2022 – 2026		Remarques
	Produit #1	Produit #2	Produit #3	Produit #1	Produit #2	
Mise en place d'un groupe national de prévention afin d'assurer la coordination de ces diverses interventions	X	X	X		X	Parfaitement aligné au PSN
90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH	X	X	X	X	X	Parfaitement aligné au PSN
90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral ;	X	X	X	X	X	Parfaitement aligné au PSN
90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois.	X	X	X	X	X	Parfaitement aligné au PSN
Création d'un environnement favorable pour accompagner la mise en œuvre du PSN 2018-2022, et permettre de lever les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins			X		X	Aligné aux priorités du PSN
Création d'un environnement protecteur pour les populations		X	X		X	Bien aligné aux priorités du PSN
Protection des intervenants qui travaillent sur le terrain auprès des PVVIH, des populations en contexte de vulnérabilité et des populations clés		X	X	X		Bien aligné aux priorités du PSN
Renforcement du leadership national du CNLS en tant qu'instance de coordination	X		X	X		Bien aligné aux priorités du PSN

Axes majeurs du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST 2018 – 2022	2018 – 2021			2022 – 2026		Remarques
	Produit #1	Produit #2	Produit #3	Produit #1	Produit #2	
multisectorielle de la réponse nationale						

- *Produit 1 : les prestataires de soins sont en mesure d'identifier, de traiter et de garder en prise en charge les enfants et adolescents vivant avec le VIH dans les régions vulnérables.*
- *Produit 2 : les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et leurs familles possèdent les connaissances et les capacités requises pour rechercher des services de prévention, de soins et de traitement du VIH et rester dans le continuum de soins dans les régions vulnérables.*
- *Produit 3 : les acteurs clés disposent des capacités requises pour planifier, coordonner, suivre et évaluer les interventions intégrées contre le VIH/SIDA fondées sur des données factuelles, l'égalité des sexes et l'équité.*

A.9. Echelle d'évaluation

L'échelle d'évaluation qui a été utilisée pour émettre un jugement objectif sur chacun des critères se présente comme suit dans le tableau ci-dessous.

Critères	Echelle d'appréciation du jugement final attribué aux conclusions			
Pertinence	Pas/insuffisamment pertinent Les interventions correspondent à moins de 4/7 dimensions	Assez pertinent Les interventions correspondent à 4/7 dimensions	Pertinent Les interventions correspondent à 5/7 dimensions	Très pertinent Les interventions correspondent à 7/7 dimensions
				<ul style="list-style-type: none"> • Priorités mondiales • Priorités nationales • Besoins du pays • Priorités des principaux bailleurs de fonds • Besoins du système de santé • Priorités des bénéficiaires finaux • Normes socioculturelles
Efficacité	Pas/insuffisamment efficace	Assez efficace	Efficace	Très efficace

Critères	Echelle d'appréciation du jugement final attribué aux conclusions			
	<p>Moins de 50% des résultats attendus ont été atteints</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Offre des services de qualité ● Accroissement de la demande ● Environnement favorable 	<p>50 à 75% des résultats du programme ont été atteints</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Offre des services de qualité ● Accroissement de la demande ● Environnement favorable 	<p>Au moins 75% des résultats de chacun des trois volets du Programme ont été atteints</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Offre des services de qualité ● Accroissement de la demande ● Environnement favorable 	<p>100% les résultats de chacun des volets du programme ont été pleinement atteints</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Offre des services de qualité ● Accroissement de la demande ● Environnement favorable
Efficiences	<p>Pas/insuffisamment efficient</p> <p>Le niveau de consommation des ressources et en totale inadéquation avec les résultats atteints</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Offre de services de qualité ● Demande des services ● Cadre normatif et réglementaire 	<p>Assez efficient</p> <p>Le niveau de consommation des ressources investies est légèrement au-dessus des principaux résultats attendus</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Offre de services de qualité ● Demande des services ● Cadre normatif et réglementaire 	<p>Efficient</p> <p>Le niveau de consommation des ressources est en parfaite adéquation avec les résultats attendus</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Offre de services de qualité ● Demande des services ● Cadre normatif et réglementaire 	<p>Très efficient</p> <p>Les ressources investies ont permis de dépasser les résultats attendus</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acquisition des intrants ● Acquisition et utilisation des moyens logistiques ● Renforcement du cadre techniques et réglementaire
Genre et équité	<p>Pas/insuffisamment sensible au genre</p> <p>Le genre n'a été pris en compte à aucune phase/étape du cycle du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Données non désagrégées ● Groupes vulnérables non intégrés 	<p>Assez sensible au genre</p> <p>L'attention a été portée sur quelques groupes particuliers</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Genre pris en compte de manière épisodique ● Actions prises en réaction aux plaintes de 	<p>Sensible au genre</p> <p>Tous les bénéficiaires ont accédé aux services et aux mêmes conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Genre pris en compte de manière adéquate ● Genre a boosté les résultats ● Actions délibérées prises pour corriger les disparités entre groupes 	<p>Très sensible au genre</p> <p>Tous les bénéficiaires ont accès sans distinction et des efforts spécifiques ont été déployés pour assurer l'accès de tous aux services</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mesures prises contre la stigmatisation ● Efforts effectifs pour atteindre les couches les plus difficile

Critères	Echelle d'appréciation du jugement final attribué aux conclusions			
	<ul style="list-style-type: none"> ● Réponses inégales entre les sites 	certains sous-groupes <ul style="list-style-type: none"> ● Genre pris en compte de manière sélective dans certains sites et pour certaines interventions 	<ul style="list-style-type: none"> ● Genre non suivi de manière spécifique ● Résultats présentés avec désagrégation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Implication des toutes les couches ● Les conditions d'accès aux services étaient les mêmes pour tous ● Les actions spécifiques du genre ont boosté les résultats ● Genre mis en exergue dans les documents et rapport
Partenariats	<p>Pas/insuffisamment effectifs</p> <p>Malgré la présence dans les mêmes aires géographiques et unités de soins, les opportunités de développement des synergies n'ont pas été capitalisées.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Existence des doublons ● Forte prévalence de la verticalité des interventions dans et en dehors du système de santé ● Opportunités de partenariats non-explorées 	<p>Assez effectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Concertations et partages d'expériences sporadiques ● Existence de quelques interventions conjointes ● Absence de mutualisation des ressources 	<p>Effectifs</p> <p>Les autres acteurs engagés dans la lutte contre le VIH&SIDA ont contribué à l'atteinte des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Concertation effective dans les sites communs ● Existence des moyens et plateformes de partage d'information ● Partage des expériences entre les différentes équipes ● Dynamiques conjointes à bénéfices mutuels 	<p>Très effectifs</p> <p>Les contributions des autres acteurs engagés dans la lutte contre le VIH&SIDA ont été prévues et capitalisées</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Directives claires données pour les synergies ● Collaborations effectives avec les autres acteurs ● Mutualisation des ressources dans les différents sites d'interventions à l'effet de maximiser l'utilité des ressources ● Intégrations des mécanismes de coordination et concertations

A.10. Présentation du SYNAME

Les structures du SYNAME s'apparentent à la pyramide sanitaire du système de santé national, en effet nous avons :

- La Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CENAME), porte d'entrée des approvisionnements des produits pharmaceutiques dans le secteur public. À cet effet, elle est chargée de :
 - Assurer la disponibilité, la permanence et l'accessibilité des produits essentiels sur toute l'étendue de territoire national ;
 - Garantir la qualité des produits essentiels qu'elle distribue conformément aux normes de qualité prescrites ;
 - Approvisionner les FRPS en médicaments et dispositifs médicaux essentiels au meilleur rapport qualité/prix ;
 - Mener toutes les opérations complémentaires ou connexes pouvant se rattacher à son objectif social.
- Les Fonds Régionaux pour la promotion de la Santé (FRPS)
Ces structures jouent un rôle de relais entre les formations sanitaires et la CENAME. À ce titre, elles ont pour rôle de :
 - Préparer les commandes à adresser prioritairement à la CENAME et accessoirement à d'autres fournisseurs agréés dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur ;
 - Réceptionner et stocker les produits en provenance de la CENAME et des Partenaires Techniques et Financiers ;
 - Assurer la gestion des stocks des médicaments et intrants des programmes de santé ;
 - Approvisionner les pharmacies des formations sanitaires en médicaments, dispositifs médicaux et réactifs de laboratoire ;
 - Contrôler et superviser le système régional d'approvisionnement.
- Les pharmacies des formations sanitaires
A travers les points de dispensation, ces pharmacies ont pour rôle de mettre à disposition de la population des médicaments de qualité, sûrs et efficaces.

A.11. Détails sur la chaîne d'approvisionnement

Capacités techniques des personnels impliqués dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement

Auparavant, la gestion de la chaîne d'approvisionnement était faite par les commis de pharmacie qui n'avaient pas toujours l'expertise nécessaire pour effectuer cette activité. De nos jours, l'on note une amélioration de la qualification des personnels impliqués dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement notamment avec l'affectation des pharmaciens au niveau des délégations régionales, des districts de santé et des formations sanitaires. Ceci permet une fluidification de ladite chaîne par des ressources humaines expérimentées, d'où un meilleur rendement de l'offre de soin.

Capacités de stockage

L'espace réservé pour le stockage au niveau des délégations régionales, des districts de santé et des formations demeure plus ou moins suffisant. Cependant, une bonne partie des espaces de stockage existants est occupée par des produits périmés en attente de destruction depuis plusieurs années (08 ans en moyenne).

Dans la Région de l'Est, la majorité des DS disposent d'une bonne capacité de stockage notamment des grands magasins où les DS stockent non seulement les intrants mais aussi d'autres matériaux.

Pour ce qui est de la Région du Sud, on note une insuffisance dans la capacité d'entreposage et de stockage des produits pharmaceutiques. Certaines formations sanitaires sont obligées de faire recours à des partenaires pour les aider à stocker certains produits pharmaceutiques. En plus du problème de stockage, il se pose le problème de manipulation des produits mis à la disposition des FOSA. Certains personnels des FOSA en charge de la gestion des stocks des produits pharmaceutiques n'ont jamais été formés.

« Non on a un problème d'espace. Actuellement où l'on stocke les produits, les étagères ne sont pas adéquates. Les bonnes pratiques de stockage ne sont pas respectées. » (Chef de service Pharmacie-Région du Sud)

Ruptures de stocks pour l'un des produits au cours des 12 derniers mois

La situation est très variable entre les régions dépendant non seulement de la disponibilité et de la distribution à partir du niveau central, mais aussi en lien direct avec les capacités techniques et organisations des équipes cadres aux niveaux de la région, du DS ou de la FOSA

Durant l'année 2022, la rupture des différents protocoles de prise en charge du VIH était presque nulle dans la région de l'Est. Ce résultat s'explique par la présence d'un personnel qualifié au niveau régional capable de procéder à la sélection des différents protocoles ainsi que des quantifications objectives et des estimations réelles des besoins adossés à la file active effective. Ce travail permet d'éviter non seulement le gaspillage mais aussi des grosses péremptions des produits pharmaceutiques.

S'agissant de la la région de l'Extrême-nord, il a été noté une rupture d'intrants dans les trois (03) districts de santé visité notamment en DBS, TLD et réactif de point of care avec comme incidence un retard dans la prise en charge des patients et une accumulation des examens de la charge virale chez les populations cibles du projet entraînant un retard dans le rendu des résultats aux patients. D'autres ruptures fréquentes concernent les ARV dans les formations sanitaires privées. Selon les responsables de ces formations sanitaires, ceci s'explique par le fait que les districts de santé n'en donnent pas suffisamment.

Pour ce qui est de la Région du Sud, la concomitance de ruptures de stocks et de péremption des produits dénotent de véritables problèmes de la chaîne d'approvisionnement. Si les ARV, en dehors des traitements de deuxième ligne, ne sont pas très concernés par cette rupture de stock, les tests de dépistage et les intrants de laboratoires connaissent des ruptures plus récurrentes. Ces ruptures de stocks peuvent durer des semaines, voire des mois si la rupture est nationale.

Si les ruptures s'observent au sein de certaines FOSA (UPEC), cela se fait moins ressentir au niveau des PVVIH sous ARV qui reçoivent généralement une ration de trois mois de traitement. Cependant, ces médicaments se périment parfois à cause de leur livraison à quelques semaines de leur date de péremption.

Il faut signaler que les jeunes garçons et filles soulèvent avec une certaine insistance, le problème de l'arrêt de la distribution des préservatifs pour prévenir le VIH et les IST. Il vont jusqu'à considérer qu'il existe un complot contre eux.

« Bon, c'est vrai que pour les intrants, je voudrai dire que pour les ARV, on ne connaît pas encore un réel souci pour la rupture des intrants. Mais pour d'autres intrants tels que les tests de dépistage, il y'a des moments où on tombe en rupture, où on peut passer jusqu'à deux semaines sans avoir une quantité suffisante qui permet de nous déployer sur le terrain. C'est la deuxième ligne qui peut de temps en temps être en rupture. Mais c'est quand même un peu difficile qu'on tombe en rupture d'ARV. » (Responsable PTME-Région de l'Est)

« On a souvent des ruptures de stock par exemple on a un médicament qui est déjà périmé et que nous avons des ravitaillements à faire, ça nous freine l'activité. Et nos voisins ne peuvent pas nous donner assez de boites, nous sommes obligés de renvoyer les patients à une prochaine date, et cela freine. » Chef de service Pharmacie-Région du Sud)

« Si l'UNICEF peut aussi aider nos patients avec l'approvisionnement en préservatifs. Il y'a beaucoup de ruptures. » (Dyade Service de Pharmacie-Région du Sud)

Analyse et suivi des données

L'analyse des données logistiques se fait timidement, mais avec la présence des points focaux GAS dans les régions, une sensibilisation des personnels impliquées dans la chaîne d'approvisionnement est en train de se faire afin que les outils de gestion soient correctement remplis pour une meilleure appréciation du roulement des stocks, il s'agit notamment des fiches de stock et les rapports d'inventaires.

Force est de constater que, bien que, les inventaires se font mensuellement, rares sont les rapports d'inventaire rédigés pour ressortir les écarts constatés et les actions correctives entreprises pour les éviter.

Dans la Région de l'Est, l'analyse des données logistiques sur la gestion des stocks permettent d'éviter ou de limiter les cas de ruptures.

En outre, l'utilisation d'un système d'inventaire hebdomadaire ou mensuel est également un mécanisme qui permet d'éviter les ruptures. Il s'agit dans ce mécanisme de faire ressortir la consommation mensuelle de la FOSA et passer la commande en fonction des manquements. Par ailleurs, il a été recommandé par certains informateurs la mise sur pied d'un outil informatique qui déclenche une commande automatique.

« Si on a cet outil et que l'on peut tirer dans le DHIS tous les indicateurs que l'on veut, le nombre de femmes à l'heure actuelle qui ont été positives et qui attendent l'accouchement et que l'on peut avoir ça par mois, on croise ce tableau avec les intrants disponibles, le nombre d'enfants nés de mères exposées, on croise avec les intrants disponibles, est ce qu'on peut être dans une rupture d'intrants?». (Dyade Chef de District de santé et DM-Région de l'Est)

Existence d'un circuit de logistique inverse ou parallèle

La logistique inverse qui est un processus utilisé pour retourner un produit au fournisseur n'est pas une activité pratiquée ni par les formations ni par les districts de santé. Cependant entre les districts de santé et les formations sanitaires, il existe un système de redéploiement des intrants permettant d'approvisionner les formations sanitaires qui en exprime le besoin. S'agissant de la vente parallèle des ARV, aucun circuit n'a été mis en évidence dans les structures au vu de la gratuité de ces médicaments.

Dans la Région de l'Est, en ce qui concerne les circuits parallèles d'approvisionnement, aucun circuit d'approvisionnement n'a été identifié excepté le « dépannage » par d'autres FOSA en cas de rupture de stocks : « *C'est avant qu'il y'avait parfois rupture des intrants pour les enfants mais on appelait d'autres sites pour nous dépanner un peu mais depuis un temps on ne trouve plus ça, il y'a déjà les intrants* » (Accompagnateur psychosocial-Région de l'Est)

Il existe des approches d'approvisionnement en médicaments qui sont fournies par les formations sanitaires de proximité. Ces approches de « dépannage » consistent à emprunter auprès des FOSA qui en sont pourvues et ensuite restituer le stock une fois l'approvisionnement fait. Ces approvisionnements se font à travers des communications dans des fora sur les réseaux sociaux. Une formation sanitaire en rupture de stock d'un produit lance l'alerte dans le forum virtuel et la FOSA qui en est encore suffisamment pourvue réagit, et les mécanismes de partage se mettent en branle afin de pallier au problème posé. Ce mécanisme s'opère généralement à l'intérieur d'un District de Santé ou au sein d'une région précise.

Existence des procédures écrites pour le stockage et la manutention de tous les produits à tous les niveaux du système

Globalement, une faible proportion des formations sanitaires dispose d'un manuel de procédure relatif aux bonnes conditions de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques. Nous notons moins de 35% des Fosa dans la région de l'Est et seulement 33% dans la région du Sud qui en disposaient. Ce document qui est un fil conducteur des activités de gestion et de stockage des produits est nécessaire pour la mise en œuvre des tâches à exécuter pour garantir une bonne gestion et une sécurité des produits.

Pour ce qui est des procédures écrites, il est apparu que des fiches de stock, et des rapports d'inventaires mensuels existent. « *Nous avons seulement les fiches de stock, les bons de commande et les rapports d'inventaires mensuel que nous produisons chaque fin du moi, il y a aussi les registres* ». (Point focal communication-Région de l'Est)

Séparation physique des produits endommagés/périmés du stock de consommation

Dans toutes les FOSA et les DS, les produits endommagés et périmés sont sortis des stocks utiles et mis en quarantaine. Cependant, ces produits occupent un grand volume des espaces de stockage et posent un réel problème d'encombrement. Certaines structures ont en leur possession des stocks de produits périmés datant d'au moins 08 ans. Il est important d'apporter un appui conséquent à ces FOSA afin de procéder à la destruction de ces produits impropres à la consommation pour libérer de l'espace en vue de stocker les produits en bon état.

Cependant, les intrants VIH, notamment les cartouches usées ou périmées des appareils « point of care », sont collectés par chaque district de santé et mis à disposition de la délégation régionale de référence qui procède à leur destruction dans des incinérateurs à 1000°C.

Supervision de la chaîne d'approvisionnement

À l'Extrême-nord, malgré que le nombre de supervisions réalisées pour le suivi de la chaîne d'approvisionnement n'a pas été précisé par les informateurs, il faut cependant reconnaître que des supervisions ont été menées.

Dans certaines régions, les supervisions internes de la chaîne logistique sont hebdomadaires et mensuelles, mais non documentées. Le problème du sous-effectif du personnel de santé dans les formations sanitaires entraîne des périodes dites creuses de supervision.

« On a une période d'inventaire, chaque fin du mois [...] Nous sommes en sous-effectif parce que certains sont dans les formations et [...] nous sommes en train de finir avec l'audit [hebdomadaire] de la file

active. Ce qui fait qu'aujourd'hui on ne pourra pas faire cet inventaire, on va le faire lundi. Donc on le fait chaque vendredi, chaque vendredi avec tout le staff de l'UPEC y compris moi-même.» (Chef de service pharmacie-Région du Sud)

A.12. Structures visitées

Région	DS	FOSA	
		Dénomination	Statut
Sud	Ebolowa	CS Lyna Health Center	Privée laïque
	Meyomessala	Fondation Chantal Biya	Privée laïque
	Kribi	Hôpital Ebome	Privée confessionnelle
Extrême-Nord	Ebolowa	HR Ebolowa	Publique
	Meyomessala	CMA Bengbis	Publique
	Kribi	HD Kribi	Publique
	Mokolo	Csi Rohan Chabot	Privée confessionnelle
	Maroua 1	CMAO Meskine	Privée confessionnelle
	Yagoua	Hopital Martha Adaire	Privée confessionnelle
Est	Gazawa /Mokolo	HD Koza	Publique
	Maroua 2	HR Maroua	Publique
	Vélé / Yagoua	HD vélé	Publique
	Batouri	Hôpital Adventiste Batouri	Privée confessionnelle
		CSC Batouri	Privée confessionnelle
	Doume	CSC Dimako	Privée confessionnelle

	Batouri	HD Batouri	Publique
	Abong- Mbang	CMA Angossas	Publique
	Abong Mbang Sud	CSI Abong Mbang Sud	Public

	Comité national de lutte contre le sida	
	MINSANTE	
	MINESUP	
	MINSEC,	
	MINAS,	
	MINJEC	
	MINPROFF	

A.13. Outils de collecte des données qualitatives

Guides de collectes des données qualitatives

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ N° 1

Mot d'introduction :

Commencer par vous présenter : Mme/Mr, Consultant BAC-Santé.

Nous vous rencontrons dans le cadre d'une évaluation sommative des interventions appuyées par l'UNICEF dans la lutte contre le VIH&SIDA

Dans ce cadre, nous voudrions recueillir vos avis sur un ensemble d'aspects liés à cette réponse, en vous précisant que nous sommes totalement indépendants de l'UNICEF et en vous garantissant la confidentialité pour vos propos.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, l'enregistrement de notre échange nous garantit la fiabilité de leur prise en compte, et nous voudrions pour cela votre accord.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour le temps que vous nous accorderiez

I. PERTINENCE DES INTERVENTIONS

I.1 Evaluation de la pertinence des interventions de l'UNICEF sur le Vih / Sida

Question d'évaluation EQ 1	Dans quelle mesure les interventions de l'UNICEF sur le VIH et le sida en matière de DPC ont-elles été élaborées pour répondre aux principaux besoins des groupes de population qu'elles étaient censées servir ? Les stratégies/paquets proposés par les Programmes conviennent bien aux divers groupes ciblés ?
--------------------------------------	--

N°	Questions à poser	Techniques	Cibles
EQ 1.1	Quelle est la pertinence des interventions de l'UNICEF sur le VIH et le Sida au regard des priorités stratégiques du Pays en matière lutte contre le VIH&SIDA ? <ul style="list-style-type: none">○ <i>Rechercher les évidences que le programme VIH &SIDA propose des stratégies pour répondre aux besoins émergents au fil du temps (intégrant les situations d'urgences et la covid-19)</i>○ <i>Explorer pour savoir si les stratégies/paquets proposées par les Programmes conviennent aux besoins des groupes ciblés ?)</i>	Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire central & régional
EQ 1.2.	Lors de l'élaboration du Programme VIH&SIDA de l'UNICEF Cameroun, l'ampleur du VIH&SIDA chez les enfants,	Quanti	Informateurs

	<p>adolescents, femmes enceintes ou allaitantes était-elle bien connue et désagrégée ?</p> <p><i>1.2.1 (Id-Quant) % d'indicateurs VIH&SIDA (des enfants, adolescents, et des femmes enceintes et allaitantes) connus au niveau national et par régions lors de l'élaboration du Programme VIH soutenu par UNICEF</i></p>		<p>niveaux central & régional</p>
EQ 1.3.	<p>Le choix des régions cibles s'est-il fait sur la base d'une sélection objective liée à la situation de vulnérabilité au VIH&SIDA des enfants, des adolescents et des femmes enceintes ou allaitantes ?</p> <p><i>1.3.2. (Objectif : rechercher les évidences) les modalités de sélections des régions et districts ont-elles été objectives</i></p>	Quanti	<p>Informateurs niveaux central & régional</p>
EQ 1.4.	<p>Les principaux acteurs institutionnels ont-ils été associés lors des choix stratégiques les concernant ? Si Oui, lesquels, Si non, pourquoi</p> <p><i>1.4.2. Quels étaient les rôles et responsabilités de chaque partie prenante dans les phases du programme</i></p> <p><i>1.4.3. Est-ce que ces rôles et responsabilités des partenaires impliqués répondent aux besoins des cibles et aux attentes des parties prenantes</i></p> <p><i>1.4.4. Quel est le niveau / degré de participation des acteurs institutionnels lors des choix stratégiques (appréciation)</i></p>	<p>Quanti</p> <p>Quali</p>	<p>Informateurs niveaux communautaire central & régional</p>
EQ 1.5.	<p>Les activités planifiées sont-elles nécessaires et suffisantes (en quantité et en qualité) pour atteindre les résultats du programme ?</p> <p>✓ <i>Si OUI ou NON, comment ?</i></p> <p>✓ <i>Que pensez-vous de l'opportunité des activités planifiées ?</i></p> <p>✓ <i>Que pensez-vous de l'importance / poids des activités planifiées ?</i></p> <p><i>Objectif : apprécier l'adéquation aux besoins et aux résultats escomptés issus de l'analyse de la situation non insérée dans la matrice</i></p>	<p>Quanti</p> <p>Quali</p>	<p>Informateurs niveaux communautaire central & régional</p>

--	--	--	--

Eléments de pertinence stratégique

Domaines d'intervention du PSN 2018-2022	Stratégies programmées	Indicateurs	Stratégies du programme UNICEF	Indicateurs
Prévention				
Prise en charge				
Gouvernance				

Situation épidémiologique du VIH/SIDA au Cameroun en 2018			
N°	INDICATEURS	REGIONS DISTRICT	/ NATION AL
1.	Prévalence du VIH/SIDA		
2.	Taux de transmission mère-enfant		
3.	Nombre d'établissement de santé offrant le dépistage précoce aux enfants exposés (Prélèvement plasma ou DBS)		
4.	Nombre d'établissement de Santé Disposant d'une machine PoC		
5.	Nombre d'établissements de santé et de structures identifiant activement les enfants et les adolescents vivant avec le VIH		
6.	Nombre de structures sanitaires offrant un traitement ARV aux enfants et adolescents (0-19) vivant avec le VIH		
7.	Couverture traitement antirétroviral chez l'enfant et adolescents (0-19 ans)		
8.	Nombre d'enfant et adolescent recevant le traitement ARV en communauté		
9.	Nombre d'enfants vivant avec le VIH toujours sous traitement ARV 12 mois/24 mois après le début du TAR		
10.	% d'enfants (0-9) et adolescents (10-19) vivant avec le VIH sous traitement ARV qui ont une charge virale indétectable		
11.	Couverture en CPN1 chez la femme enceinte		
12.	% de femmes enceintes ou allaitantes sous traitement ARV		
13.	% de femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH sous traitement ARV qui ont une charge virale indétectable		
14.	% d'adolescents (15-19 ans) déclarant avoir utilisé des préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel avec une personne autre que leur conjoint ou partenaire cohabitant (au cours des 12 derniers mois)		
15.	Nombre de régions disposant d'un plan annuel de suivi et d'évaluation du VIH		

I.2. Mise en œuvre coordonnée des approches des sous-composantes du programme

Question d'évaluation		Dans quelle mesure les sous-composantes du programme sont-elles mises en œuvre dans une approche coordonnée ?	
EQ 2			
Questions à poser		Techniques	Cibles
EQ 2.1.	<p>Quels mécanismes de coordination ont été mis en place et à quel niveau opérationnel d'intervention ?</p> <p><i>2.1.1 (Objectif : rechercher les évidences) Existence et fonctionnalité de cadres de coordination par niveau opérationnel d'intervention (notamment central, régional, District et communautaire.</i></p>	<p>Quanti</p> <p><i>Quali</i></p>	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire</p> <p>central & régional</p>
EQ 2.2.	<p>Comment ces mécanismes de coordination ont-ils favorisé la complémentarité et la synergie entre les sous-composantes ?</p> <p><i>2.2.1 (Objectif : rechercher les évidences) Appréciation de la complémentarité entre les interventions des sous-composantes sur le terrain</i></p> <p><i>2.2.2 (Objectif : rechercher les évidences) Appréciation de la synergie entre les appuis apportés au système de santé et aux communautés.</i></p>	<p>Quanti</p> <p><i>Quali</i></p>	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire</p> <p>central & régional</p>
EQ 2.3.	<p>Quel est le rôle joué par l'UNICEF dans la mise en place, le pilotage et la pérennisation de ces mécanismes ?</p> <p>Que pensent les bénéficiaires du rôle joué par UNICEF dans la mise en place, le pilotage et la pérennisation de ces mécanismes ?</p> <p><i>2.3.1. (Objectif : rechercher les évidences) Appréciation de la responsabilité et de l'engagement des services de l'UNICEF dans la mise en place ces mécanismes de coordination</i></p> <p><i>2.3.2. (Objectif : rechercher les évidences) Évaluation de la contribution de l'appui technique et financier de l'UNICEF en faveur du fonctionnement régulier de ces mécanismes de coordination.</i></p>	<p>Quali</p> <p>Quanti</p>	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire</p> <p>central & régional</p>

II. EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS

Question d'évaluation	. Dans quelle mesure les différentes activités de la composante du programme VIH & SIDA de l'UNICEF ont-elles permis d'atteindre les résultats escomptés pour la période 2018 - 2021 et jusqu'en juillet 2022 ?
EQ 3	

N°	Questions à poser	Techniques	Cibles
EQ 3.1.	<p>a) Les services de prévention, de soins et de traitement du VIH/sida sont-ils disponibles comme planifié dans les documents de Programme ?</p> <p>✓ <i>Si oui, lesquels ?</i></p> <p>✓ <i>Ces services sont-ils fonctionnels ? Si non (explorer les raisons)</i></p> <p>b) Les services de prévention, de soins et de traitement du VIH/sida sont-ils disponibles comme planifié dans les documents de Programme ?</p> <p>✓ <i>Si non, pourquoi ? (explorer les raisons de la non disponibilité)</i></p>	Quali Quanti	Informateurs niveaux communautaire central & régional
EQ 3.2	<p>Les femmes, les enfants et les adolescents cibles utilisent-ils équitablement les services de prévention, de soins et de traitement du VIH/sida ?</p> <p>✓ <i>Si non pourquoi ? (explorer les facteurs limitants)</i></p> <p>3.2.1. Évidences de l'intégration de tous les indicateurs d'effets et d'extrants au système national d'information/et ou comme indicateurs d'enquête (Pourcentage d'indicateurs intégrés)</p>	Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire central & régional
EQ 3.3.	<p>Quels sont les principaux résultats atteints par le Programme? / quelles sont selon vous les réalisations du programme ?</p> <p>Explorer sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la typologie et le nombre de formations réalisées ; - les acteurs impliqués dans le domaine de la planification décentralisée, - le suivi des interventions de prévention et de soins et de traitement. 	Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire central & régional
EQ 3.4	<p>Est-ce que les résultats atteints sont soutenus avec des évidences et/ou rapportés en lien avec les systèmes nationaux d'information ? Si non pourquoi ? (explorer les raisons de la non atteinte des résultats)</p>	Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire

			central régional	&
--	--	--	---------------------	---

Evolution des indicateurs (données désagrégées par région, par DS et par zone de l'échantillonnage)

N°	Indicateurs	2018	2019	2020	2021	2022
1.	Prévalence du VIH/SIDA					
2.	Taux de transmission mère-enfant					
3.	Nombre d'établissement de santé offrant le dépistage précoce aux enfants exposés (Prélèvement plasma ou DBS)					
4.	Nombre d'établissement de Santé Disposant d'une machine PoC					
5.	Nombre d'établissements de santé et de structures identifiant activement les enfants et les adolescents vivant avec le VIH					
6.	Nombre de structures sanitaires offrant un traitement ARV aux enfants et adolescents (0-19) vivant avec le VIH					
7.	Couverture traitement antirétroviral chez l'enfant et adolescents (0-19 ans)					
8.	Nombre d'enfant et adolescent recevant le traitement ARV en communauté					
9.	Nombre d'enfants vivant avec le VIH toujours sous traitement ARV 12 mois/24 mois après le début du TAR					
10.	% d'enfants (0-9) et adolescents (10-19) vivant avec le VIH sous traitement ARV qui ont une charge virale indétectable					
11.	Couverture en CPN1 chez la femme enceinte					
12.	% de femmes enceintes ou allaitantes sous traitement ARV					
13.	% de femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH sous traitement ARV qui ont une charge virale indétectable					
14.	% d'adolescents (15-19 ans) déclarant avoir utilisé des préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel avec une personne autre que leur conjoint ou partenaire cohabitant (au cours des 12 derniers mois)					
15.	Nombre de régions disposant d'un plan annuel de suivi et d'évaluation du VIH					

Question d'évaluation EQ 4	Dans quelle mesure la manière dont les problèmes des enfants et autres groupes vulnérables sont abordés dans ces politiques est-elle différente de ce qui se passait avant le début de la mise en œuvre en 2018 ?
--------------------------------------	--

N°	Questions à poser	Techniques	Cibles
EQ 4.1.	<p>Quels sont problèmes majeurs des enfants abordés dans les politiques depuis le début de la mise en œuvre du Programme VIH&SIDA soutenu par l'UNICEF en 2018 ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Identification desdits problèmes majeurs</i> ✓ <i>Rechercher les preuves de l'intégration des principes d'égalité des sexes et du genre lors dans la mise en œuvre avec désagrégation par cibles (sexe, âge, cibles spécifiques) des ressources.</i> 	<p>Quanti</p> <p>Quali</p>	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire central & régional</p>
EQ 4.2.	<p>Comment ces problèmes majeurs des enfants ont-ils été adressés dans le cadre de la mise en œuvre du Programme VIH soutenu par l'UNICEF ?</p> <p><i>Appréciation de la manière dont les problèmes majeurs des enfants ont été déterminés et analysés.</i></p>	<p>Quanti</p> <p>Quali</p>	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire central & régional</p>

Question d'évaluation EQ5	Quels ont été les avantages comparatifs et la valeur ajoutée du programme, en termes de contribution aux processus politiques nationaux, régionaux et locaux et au renforcement des capacités ?
-------------------------------------	--

N°	Questions à poser	Techniques	Cibles
EQ 5.1.	<p>Quels ont été les facteurs facilitants et les facteurs de contraintes (internes et externes) qui ont influencé positivement ou négativement l'atteinte des résultats du programme ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>5.1.1. Perceptions par les parties prenantes (y compris les bénéficiaires) des facteurs facilitants</i> ▪ <i>5.1.2. Perceptions par les parties prenantes (y compris les bénéficiaires) des facteurs de contraintes</i> ▪ <i>5.1.3. Initiatives déployées pour atténuer l'effet des facteurs de contraintes</i> 	<p>Quanti</p> <p>Quali</p>	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire central & régional</p>

	5.1.4. Appréciation de l'apport technique du Programme dans une éventuelle révision des orientations stratégiques nationales en matière de lutte contre le VIH/Sida durant la période 2018-2022		
EQ5.2.	<p>Quelles leçons avez-vous tiré du programme de mise en œuvre des interventions de l'UNICEF sur le VIH?</p> <p><i>Comment appréciez-vous les avantages comparatifs en termes de pertinence, d'efficacité, d'efficience, l'équité et la durabilité des actions menées depuis la mise en œuvre du Programme (argumentez votre réponse)</i></p>	<p>Quanti</p> <p>Quali</p>	<p>Informateurs niveaux communautaire central & régional</p>
EQ5.2.1	<p>Quelles ont été les approches centrées sur la famille, partant d'un patient index VIH connu (parent ou enfant) et élargies pour atteindre tous les enfants exposés. Dans quelle mesure ces approches ont été efficaces en termes de couverture des populations cibles.</p>	<p>Quanti</p>	<p>Informateurs niveaux central & régional</p>
EQ5.2.2	<p>Quel est le niveau d'effectivité de la délégation des tâches aux prestataires de soins de santé non médecins, y compris leur formation pour fournir un traitement ARV aux enfants et aux adolescents.</p>	<p>Quanti</p>	<p>Informateurs niveaux central & régional</p>
EQ5.2.3	<p>Quel est le niveau de mise en œuvre des tests et des conseils systématiques à l'initiative du prestataire pour les enfants âgés de 0 à 19 ans à différents points d'entrée des établissements de santé (services de pédiatrie, services de réadaptation nutritionnelle, services de tuberculose, etc.).</p>	<p>Quanti</p>	<p>Informateurs niveaux central & régional</p>
EQ5.3.	<p>Dans quelle mesure les activités du Programme ont renforcé les capacités techniques des prestataires institutionnels et communautaires offrant les services de santé liés au VIH ?</p> <p>5.3.1. (Objectif : rechercher les évidences) sur l'importance et de la qualité des activités de renforcement des capacités des prestataires à différents niveaux, et leur pertinence au regard de leurs besoins</p>	<p>Quanti</p>	<p>Informateurs niveaux central & régional</p>

III. EFFICIENCE DES INTERVENTIONS

Question d'évaluation EQ6	Quel a été le coût des ressources humaines et de l'approvisionnement ainsi que les coûts d'interventions similaires dans les zones cibles identifiées ?
--	--

N°	Questions à poser	Techniques	Cibles
EQ 6.1.	Quel est le taux de couverture de budget ?	Quantitatives	Informateurs niveaux central & régional
EQ 6.2.	Quel est le taux de couverture par catégorie de cout ?	Quantitatives	Informateurs niveaux central & régional
EQ 6.3	La mise en œuvre du programme VIH&SIDA a-t-elle été organisée et opérationnalisée de manière adéquate pour soutenir la réalisation des résultats clés escomptés ? ○ <i>Analyse des principaux goulots</i>	Quantitatives	Informateurs niveaux central & régional
EQ 6.4	Perceptions des parties prenantes sur l'adéquation de l'utilisation des ressources pour atteindre les résultats d'étranglement du processus d'approvisionnement	Qualitatives	Informateurs niveau communautaire

Evolution des dépenses liées au VIH/SIDA

Indicateurs	2018	2019	2020	2021	2022
Montant alloué à la lutte contre le VIH/Sida	48 839 658 551 FCFA	52 340 515 482 FCFA			
% des fonds d'origine publique	6,9	5,8			

% des fonds d'origine privée nationale	5,1	4,5			
% des fonds provenant de l'extérieur	88,0	89,6			
% des dépenses de prévention	12,0	10,4			
% des dépenses de conseil et dépistage	4,0	8,0			
% des dépenses de traitement, soins et soutien	63,0	63,2			
% de gestion du Programme	19,0	16,0			
% des autres dépenses (protection sociale, environnement favorable, recherche)	2,0	2,4			
% des dépenses en faveur des populations clés	3,6	4,9			
% des dépenses en faveur des APV et accessibles	7,0	5,4			
% des dépenses en faveur des PVVIH	60,6	64,2			
% des dépenses en faveur de la population générale	10,5	10,2			
% des dépenses pour des interventions non ciblées	18,3	15,3			

Question d'évaluation EQ7	Dans quelle mesure la gestion de la chaîne d'approvisionnement était-elle efficace ? (Efficacité en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement)
--	---

N°	Questions à poser	Techniques	Cibles
EQ 7.1	Quelle est le niveau scolaire des Personnels de santé qualifiés impliqués de manière directe dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement ?	Quantitatives	Informateurs niveaux

			Central et régional
EQ 7.3.	<p>Quels sont les améliorations effectuées sur la chaîne logistique dans le cadre de l'intervention ?</p> <p>✓ <i>Si Oui, lesquelles (citez)</i></p> <p>✓ <i>Si Non, pourquoi ?</i></p>	Quanti	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire (Resp. FOSA)</p> <p>central et régional</p>
EQ 7.4.	<p>La capacité de stockage existante est-elle suffisante pour prendre en charge les quantités de produits à tous les niveaux ? (Central, régional, DS, FOSA) ?</p> <p>✓ <i>Si oui ou non, pourquoi ? Comment ?</i></p>	Quanti Quali	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire (Resp. FOSA)</p> <p>Central et régional</p>
EQ 7.5.	<p>Y a-t-il eu des ruptures de stocks pour l'un des produits au cours des 12 derniers mois aux différents niveaux (central, régional, DS, Fosa) ?</p> <p>✓ <i>Si oui ou non, pour quelles raisons?</i></p>	Quanti Quali	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire (Resp. FOSA)</p> <p>Central et régional</p>
EQ7.6.	<p>L'analyse des données logistique a-t-il été utile pour éviter les ruptures ?</p> <p>✓ <i>Si oui ou non, en quoi?</i></p>	Quanti Quali	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire (Resp. FOSA)</p> <p>central et régional</p>

EQ 7.7.	Existe-t-il un circuit de logistique inverse ? ✓ <i>Si non, quel en est l'impact?</i>	Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire (Resp. FOSA) central et régional
EQ 7.8.	Existe-t-il des procédures écrites pour le stockage et la manutention de tous les produits à tous les niveaux du système ? ✓ <i>Si non, pourquoi et quelles conséquences ?</i>	Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire (Resp FOSA) central et régional
EQ 7.9	Existe-t-il au moins un inventaire physique annuel de tous les produits dans les centres de stockage (niveau régional, DS, Fosa) ? ✓ <i>Si non, pourquoi et quelles conséquences ?</i>	Quanti Quali	
EQ7.10.	Les produits endommagés/périmés sont-ils physiquement séparés du stock et supprimés des inventaires aux différents niveaux (central, régional, DS, Fosa) ? ✓ <i>Si non, pourquoi et quelles conséquences ?</i>	Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire (Resp. FOSA) central et régional
EQ 7.11.	Quel est le nombre de supervision de la chaîne logistique reçus au cours de la période ✓ <i>Si nombre de supervisions inférieur à la norme, explorer pourquoi</i>	Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire (Resp. FOSA) central et régional

--	--	--	--

Indicateurs	2018	2019	2020	2021	2022
Pourcentage de personnels de santé qualifiés impliqués dans la chaîne d'approvisionnement					
Proportion de sélections faites conformément à la politique nationale					
Taux d'amélioration effectué sur la chaîne d'approvisionnement					
Capacité (Volume) de stockage des produits et intrants (centrale, régional, DS, FOSA)					
Taux de rupture des différents protocoles (nombre de jour de rupture par protocole)					
Nombre de rapport d'analyse de Stock disponible					
Proportion des fiches de stocks annuelle dûment remplies et à jour pyramide					
Proportion de Fosa disposant d'un circuit inverse					
Pourcentage de Fosa disposant d'un manuel de procédure relatif aux bonnes conditions de stockage et de distribution					
Nombre de rapport d'inventaire disponible					
Nombre de rapports de destruction des produits périmés					
Nombre de rapports de renvois des produits périmés à un niveau supérieur					
Nombre de rapports de supervision des fosa par la PF GAS Régional					

Question d'évaluation EQ 8	Dans quelle mesure les ressources mobilisées ont-elles été converties en produits en temps opportun et de la manière la plus rentable ?
---	--

EQ 8.1	Quelles ressources ont été planifiées, mobilisées, engagées et exécutées ? <i>Si les ressources mobilisées ne sont suffisamment adéquates pour les activités programmées, explorer pourquoi ?</i>	Quanti Quali	
--------	--	---------------------	--

IV. DURABILITÉ DES INTERVENTIONS

Question d'évaluation EQ 9	Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles été conçues de manière à ce que leur mise en œuvre puisse se poursuivre sans le soutien de l'UNICEF une fois le cycle du programme terminé ?
---	---

N°	Question à poser	Techniques	Cibles
EQ 9.1	Quelles sont les interventions ne nécessitant plus l'appui de l'UNICEF ? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Appréciation de l'importance des activités suffisamment pérennes pour ne plus nécessiter l'appui de l'UNICEF</i> ○ <i>Pour chaque activité citée, explorer les raisons</i> 	Quali Quanti	Informateurs niveaux communautaire central et régional
EQ 9.2	Quelles sont les interventions qui restent totalement ou partiellement dépendantes de l'appui de l'UNICEF ? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Lister les activités qui restent totalement ou partiellement dépendantes l'appui de l'UNICEF</i> ○ <i>Pour chaque activité citée, explorer les raisons</i> 	Quali Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire central et régional
EQ 9.	Aurait-on pu procéder autrement afin de minimiser cette dépendance de l'appui de l'UNICEF ? Si Oui :	Quali	Informateurs niveaux communautaire

	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Quelles sont les mesures ou actions non prévues et qui aurait pu minimiser la dépendance de l'appui de l'UNICEF</i> 		central et régional
--	--	--	---------------------

Question d'évaluation EQ 10	Quels avantages (le cas échéant) générés par les interventions soutenues par l'UNICEF pourraient être soutenus par le gouvernement, les familles, les communautés individuelles, les organisations communautaires ?
--	--

N°	Questions à poser	Techniques	Cibles
EQ 10.1	<p>Parmi les interventions ne nécessitant plus l'appui de l'UNICEF (Intrants ; Logistique ; Technique ; Plaidoyer ; Soutien au groupes communautaires ; Recherche des cas en communauté;), lesquelles pourraient être assurées par le Gouvernement ?</p> <p>✓ <i>10.1.2. Perceptions des parties prenantes sur la qualité des interventions assurées par le gouvernement</i></p>	Quali	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire</p> <p>central et régional</p>
EQ 10.2	<p>Parmi ces interventions, lesquelles pourraient être assurées par les acteurs communautaires ?</p> <p>✓ <i>10.2.1. Appréciation des activités pouvant être assurées par les acteurs communautaires</i></p> <p>✓ <i>10.2.2. Appréciation des activités pouvant être assurées par les familles</i></p>	Quali	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire (Rep FOSA/CMPJ)</p> <p>central et régional</p>
EQ 10.3	<p>Parmi ces interventions, lesquelles pourraient être assurées par les familles ?</p> <p>✓ <i>10.3.1. Appréciation des activités pouvant être assurées par les acteurs communautaires</i></p> <p>✓ <i>10.3.2. Appréciation des activités pouvant être assurées par les familles</i></p>	Quali	<p>Informateurs</p> <p>niveaux communautaire (Rep FOSA/CMPJ)</p> <p>central et régional</p>

V. PRISE EN COMPTE DU GENRE ET DE L'EQUITE LORS DES INTERVENTIONS

Question d'évaluation EQ 11	Comment les égalités entre les sexes et les autres iniquités liées à la santé sociale ont-elles été abordées par le programme dans sa réponse au VIH/SIDA aux niveaux systémique, opérationnel et communautaire ?
--	--

N°	Questions à poser	Techniques	Cibles
EQ 11.1.	Est-ce que le programme VIH & SIDA prend-il systématiquement en compte les considérations relatives à l'égalité des sexes et du genre lors des différentes phases: conception, planification et mise en œuvre et suivi-évaluation ?	Quanti	Informateurs niveaux communautaire (Resp FOSA/CMPJ) central et régional
EQ 11.2.	Lors de la planification, quelles mesures spécifiques ont été retenues pour garantir la prise en compte des questions de genre et d'iniquité? <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>11.2.1. Appréciation de l'importance relative des activités prenant en compte les questions de genre. Reformuler l'indicateur en le focalisant sur</i> ▪ <i>11.2.2. Preuves de la guidance et de l'intégration des principes d'égalité des sexes et du genre lors des différentes phases avec désagrégation par cibles (sexe, âge, cibles spécifiques) des ressources</i> 	Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire (Resp FOSA/CMPJ) central et régional
EQ 11.3	Les étapes de mise en œuvre ont-elles suffisamment intégré les inégalités et les besoins spécifiques des jeunes, adolescents et des femmes ? <p style="text-align: center;">✓ Si Oui ou Non, pourquoi</p>	Quanti Quali	Informateurs niveaux communautaire (Resp FOSA/CMPJ) central et régional

Question d'évaluation EQ 12	Les personnes handicapées et autres personnes socialement marginalisées ont-elles été expressément ciblées dans les mécanismes participatifs communautaires
--	--

N°	Questions à poser	Techniques	Cibles
EQ 12.1.	<p>Que pensent les différents bénéficiaires vulnérables (hommes/femmes; Filles/garçons, handicapés.) de la manière dont leurs besoins spécifiques ont été considérés et pris en compte ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>12.1.1.(Objectif: rechercher les évidences) Proportion d'activités /interventions /stratégies qui prennent en compte les différentes dimensions du genre. Appréciation de la pertinence des choix d'activités ciblant les handicapés et autres personnes socialement vulnérables</i> 	Quali	Informateurs niveau communautaire
EQ 12.2.	<p>Comment les personnes handicapées et autres personnes socialement marginalisées ont été représentées dans le dispositif de réponse aux différents niveaux, en particulier au niveau communautaire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Décrire les dispositifs de réponse (quantité)</i> ▪ <i>12.2.1. (Objectif : rechercher les évidences) Proportion des personnes à besoins spécifiques au sein des structures de mise en œuvre/gestion/coordination. Niveau et forme de représentation des personnes handicapées et autres personnes socialement marginalisées dans les instances de planification, de coordination et de suivi du programme au niveau central et régional</i> ▪ <i>12.2.2 (Objectif : rechercher les évidences) Type de rôle/responsabilités assignés aux personnes à besoin spécifiques dans les structures de gestion/participation/coordination. Niveau et forme de participation des personnes handicapées et autres personnes socialement marginalisées dans les instances communautaires de mise en œuvre et de suivi.</i> 	Quantité Quali	Informateurs niveaux communautaire (Resp FOSA), central et régional

VI. PARTENARIAT ENTRE LES ACTEURS LORS DES INTERVENTIONS

Question d'évaluation EQ 13	Dans quelle mesure le programme a-t-il établi un partenariat avec les homologues nationaux, régionaux, locaux et internationaux du développement, les organisations de la société civile, la famille des Nations Unies et le secteur privé pour soutenir le système de santé et la prestation de services?
---------------------------------------	---

N°	Questions à poser	Techniques	Cibles
EQ 13.1.	<p>Quelles ont été les relations entre la section VIH de l'UNICEF et les autres acteurs (nationaux, onusiens et société civile) face aux interventions VIH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 14.1.1. Types d'échanges/synergies entretenus par le Programme VIH avec les autres acteurs/programmes de la santé et en dehors de la santé. Appréciation de la fonctionnalité et de l'efficacité des mécanismes garantissant une communication et une collaboration efficaces entre les acteurs de différents types 	Quanti	Informateurs niveaux central et régional
EQ 13.2.	<p>Quelles sont les initiatives et interventions qui ont visé à renforcer la collaboration et la coordination entre intervenants VIH?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>13.2.1) Déterminer le nombre d'initiatives conjointes menées avec les autres Programmes. Nombre de partenaires de terrain que le Programme VIH/SIDA partage avec les autres composantes du Programme. Appréciation quantitative et qualitative des interventions menées pouvant renforcer la collaboration et la coordination entre intervenants VIH.</i> 	Quanti	Informateurs niveaux central et régional
EQ 13.3.	<p>Quels sont les mécanismes mis en place en vue de garantir l'intégration des interventions et le renforcement du système de santé par les différents acteurs tant lors de la planification que de la mise en œuvre des interventions VIH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>13.3.1. Déterminer le nombre de mécanismes /cadre de coordination /collaboration que le VIH partage avec d'autres programmes. Appréciation de la fonctionnalité et de l'efficacité des mécanismes formalisés visant l'intégration des interventions et le renforcement du système de santé par les différents acteurs tant lors de la</i> 	Quanti	Informateurs niveaux central et régional

	<i>planification que de la mise en œuvre des interventions VIH.</i>		
EQ 13.4.	Comment, quand et à quels niveaux le programme a-t-il apporté des appuis au système de santé et aux différents intervenants au niveau opérationnel ?	Quanti Quali	Informateurs Niveaux communautaire (Resp FOSA / CMPJ) central et régional

Question d'évaluation EQ 14	Dans quelle mesure le programme a-t-il facilité la production, le partage et la diffusion de nouvelles connaissances sur les approches de mise en œuvre des interventions de santé ?
--	---

EQ 14.1.	Le programme a-t-il facilité la production de nouvelles connaissances sur les approches de mise en œuvre des interventions de santé ? ○ <i>Si Oui / Non ; apprécier la fonctionnalité et la qualité de systèmes formalisés de production de nouvelles connaissances). Apprécier les acquis / avantages du programme!</i>	Quanti Quali	Informateurs Niveaux communautaire (Resp FOSA / CMPJ) central et régional
-----------------	--	-----------------	--

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour votre patience.

Nous souhaiterions revenir vous voir en cas de besoin pour préciser certains aspects.

Objectif 1-MU	Evaluer la pertinence des actions développées au regard des besoins des réfugiés
Objectif 2-NU	Apprécier la promptitude dans la mise en œuvre de cette réponse
Objectif 3-MU	Evaluer la prise en compte du genre lors des étapes de préparation, de planification et de mise en œuvre
Objectif 4-NU	Estimer l' équité dans la planification et la mise en œuvre de la réponse
Objectif 5-MU	Apprécier la coordination des interventions et le renforcement de la résilience des systèmes

A.14 CHRONOGRAMME DES ACTIVITES DE TERRAIN

Dates	activités	Régions	Composition de l'équipe
Du 10/05/ 2023 au 14/05/2023	Travail préparatoire	Niveau central Yaoundé	Toute l'équipe des consultants
Du 15/05/ 2023 au 19/05/2023	Collecte des données		Dr MALAM ISSA Inoussa Pr SOCPA Antoine Dr MABONGO Daniel Dr YOUMBI N. Alexandra TAKO GUEN Gislaine, TCHUENDEM Guylène, MOURI Thibault, Dr. TCHANGA Roméo
Du 21/05/ 2023 au 26/05/2023	Collecte des données	Extrême-Nord	Dr MALAM ISSA Inoussa Dr MABONGO Daniel Dr. Yadji Mana HAWA Hamadjam
Du 21/05/ 2023 au 26/05/2023	Collecte des données	Sud	Pr SOCPA Antoine Dr YOUMBI N. Alexandra TAKO GUEN Gislaine, TCHUENDEM Guylène, MOURI Thibault, Dr. TCHANGA Roméo
		Structure visités	Equipe d'évaluation
Du 26/05/2023 au 30/05/ 2023	Collecte des données	Comité national de lutte contre le sida	
		MINSANTE	Pr SOCPA Antoine Dr MABONGO Daniel
		MINESUP	Pr SOCPA Antoine Dr MABONGO Daniel Dr YOUMBI N. Alexandra
		MINSEC,	Dr MABONGO Daniel Dr YOUMBI N. Alexandra
		MINAS,	Pr SOCPA Antoine Dr MABONGO Daniel Dr YOUMBI N. Alexandra
		MINJEC	Dr MABONGO Daniel Dr YOUMBI N. Alexandra
		MINPROFF	Pr SOCPA Antoine Dr MABONGO Daniel

A.14. Composition du groupe de référence de l'Évaluation

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
SECRETARIAT GÉNÉRAL
DIVISION DE LA RECHERCHE
OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
SECRETARIAT GENERAL
DIVISION OF OPERATIONAL
RESEARCH IN HEALTH

D12-774
NS/MINSANTE/SG/DROS/OTMM

Yaoundé, le 22 NOV 2023

NOTE DE SERVICE

Les responsables ci-dessous désignés sont priés de prendre personnellement part à la « Réunion du Groupe de Référence pour l'évaluation du programme VIH/Sida (2018-2022) de l'UNICEF : validation du rapport final d'évaluation » qui se tiendra les 27 et 28 novembre 2023 dès 09h00 à Ebolowa

Il s'agit de

- | | |
|--|---|
| 1 Pr Anne-Cécile BISSEK, DROS | 13 Mme Denise NGATCHOU, HORIZONS FEMMES |
| 2 Dr Zacheus EBONGO NANJE, DSF | 14 M Thadée YOSSA, OBC |
| 3 Dr Anstide Stéphane ABAH ABAH, DLMEP | 15 M Arnoux MOUAFO, OBC |
| 4 Dr Paul TJEK, DSF | 16 M Guy Parfait KEDI, RECAJ+ |
| 5 Dr Christian Noël BAYIHA, CEPS-BID | 17 M Justin NDONG, RESEAU DES JEUNES |
| 6 Dr Hamsatou HADJA CHERIF, CNLS | 18 M Leonard KOUADIO, UNICEF |
| 7 Dr Marie Micheline DONGMO, DROS | 19 Dr Abdelkader BACHA, UNICEF |
| 8 M Abdoullahi BOUBA, DROS | 20 Mme Odette NSABIMANA, UNICEF |
| 9 Dr Audrey DJOMO, CNLS | 21 M Serge ZANGA, UNICEF |
| 10 Dr Alice KETCHAJI, DLMEP | 22 Dr Basile Keugoung, UNICEF |
| 11 M Bertrand ENGOLA, MINJEC | 23 Dr Danièle SIMNOUE NEM, OMS |
| 12 Mme Marie Egyptienne ABAH, MINESEC | 24 Dr Donato KOYALTA, ONUSIDA |

Ampliations

CABMINSANTE
SG
DROS, DSF, DLMEP, CNLS
UG/CEPS BID
MINJEC, MINESEC
UNICEF, ONUSIDA, OMS
HORIZONS FEMMES, RECAJ+
RESEAU DES JEUNES, OBC
INTERESSES
ARCHIVES/CHROMO



POUR LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET PAR DÉLÉGATION
LE SECRETAIRE GÉNÉRAL

Pr. NJOCK LOUIS RICHARD

