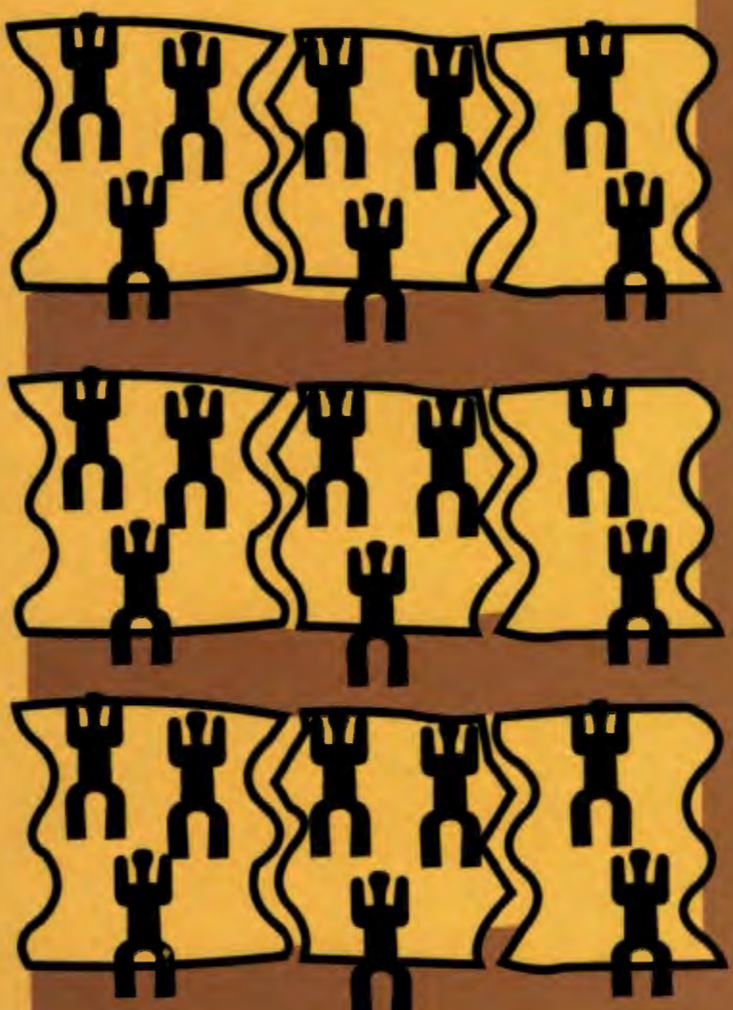
Mémoires de Master de l'ISSP

01

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
ISSP
INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA POPULATION
Burkina Faso



ANALYSE DE LA MISE EN OEUVRE DE PROGRAMME : CAS DU PROGRAMME SIDA (ROUND6), FINANCE PAR LE FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME, GUINEE CONAKRY

MASTER PROFESSIONNEL

Abdoulaye KABA

Mémoires de Master de l'ISSP 01

ANALYSE DE LA MISE EN OEUVRE DE PROGRAMME : CAS DU PROGRAMME SIDA (ROUND6), FINANCE PAR LE FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME, GUINEE CONAKRY

MASTER PROFESSIONNEL

Abdoulaye KABA

Mémoires de Master de l'ISSP

N°01

Ce premier numéro de la série porte sur le mémoire de Monsieur Abdoulaye KABA soutenu en décembre 2008 devant le jury composé de Sodiomon B. SIRIMA (Président de Jury), Séni KOUANDA (Examinateur) et Banza BAYA (Rapporteur).

L'ISSP remercie le Dr Laurent OUEDRAOGO pour son évaluation du mémoire avant sa publication.

Novembre 2013

L'ISSP

L'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), anciennement Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD) créée par l'UNFPA en 1991, est depuis 2005 l'un des trois instituts de l'Université de Ouagadougou. Les mandats de l'ISSP sont l'enseignement, la recherche, la formation et l'expertise en matière de population et développement. L'Institut est dirigé par un Directeur, assisté d'un Directeur-adjoint, chargé des affaires académiques.

L'ISSP compte trois Unités de Recherche (Population et santé, Population et éducation, Population, mobilité et environnement) et un Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO). Il compte également deux Unités de Formation qui assurent les enseignements du Master professionnel en population et santé, du Master de recherche en sciences de la population et de la Licence professionnelle en statistiques sociales. L'Institut réalise plusieurs travaux d'expertise tant au Burkina Faso qu'à l'extérieur et organise plusieurs formations de courtes durées. L'ISSP bénéficie, depuis 2005, du label de « Centre d'Excellence Régional de Référence en population et développement en Afrique » décerné par le Conseil des Ministres chargés de l'Enseignement supérieur des pays membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA).

Les mémoires de l'ISSP

La série « Les Mémoires de Master de l'ISSP » est consacrée aux travaux de fin d'études des étudiants du Master professionnel en Population et Santé et du Master de Recherche en Sciences de la Population. Elle a pour objectif de présenter à la communauté scientifique ainsi qu'à l'ensemble des acteurs du développement, les résultats des meilleurs mémoires.

Comité d'édition :

Bonayi Hubert Dabiré *

Georges Guiella *

Madeleine Wayack Pambè *

** Enseignant-chercheur à l'ISSP/Université de Ouagadougou*

TABLE DES MATIERES

DEDICACES ET REMERCIEMENTS v
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS vi
LISTE DES TABLEAUX vii
LISTE DES FIGURES ix
LISTE DES ANNEXES x
RESUME xi
INTRODUCTION 1
I. PROBLEMATIQUE ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE 2
1.1. Problématique 2
1.2. Justification de la recherche 3
1.3. Objectifs 5
1.3.1. Objectif général 5
1.3.2. Objectifs spécifiques 5
II. REVUE DE LA LITTERATURE 5
2.1. Contexte 5
2.2. Situation de l'épidémie de sida 7
2.3. Interventions et enjeux de lutte contre le Sida 8
2.3.1. La prévention 8
2.3.2. Accès aux soins, soutien et traitement 9
2.3.3. Allègement de l'impact social et économique 11
2.3.4. Respect des droits humains et réduction de la vulnérabilité 11
2.4. Evaluation des programmes de santé 12
2.4.1. Réponses à l'épidémie du VIH 12
2.4.2. L'évaluation des interventions du secteur de la santé 14
III. METHODOLOGIE 17
3.1. Cadre de l'étude 17
3.2. Type et questions d'évaluation 18
3.2.1. Type d'évaluation 18
3.2.2. Questions d'évaluation 18
3.3. Logique de l'intervention 19
3.3.1. Description du Programme (Round6 VIH/Sida) 19
3.3.2. Description de la logique d'intervention du Round 6 20

3.4. Devis de l'étude 23
3.5. Techniques d'échantillonnage et taille de l'échantillon 23
3.6. Technique de collecte des données 25
3.6.1. Collecte des données 25
3.6.2. Outils de collecte des données 26
3.6.3. Types de données et indicateurs de mesure 26
3.7. Méthode d'exploitation et d'analyse des données 27
3.8. Limites méthodologiques et difficultés rencontrées 27
3.8.1. Limites méthodologiques 27
3.8.2. Difficultés rencontrées 28
3.9. Restitution des résultats 28
IV. RESULTATS 29
4.1. Rôles des principaux acteurs de mise en œuvre 29
4.1.1. Acteurs impliqués dans la mise en œuvre 29
4.1.2. Allocation des ressources aux acteurs 30
4.1.3. Activités réalisées par les acteurs 37
4.2. Extrants produits par le programme depuis son démarrage 40
4.2.1. Les écarts dans la production des extrants de la composante Prévention 40
4.2.2. Les écarts dans la production des extrants de la composante Traitement 41
4.2.3. Les écarts dans la production des extrants de la composante Partenariat 42
4.2.4. Les écarts dans la production des extrants de la composante Coordination 43
4.3. Eléments d'explication des écarts entre extrants réels et prévus 44
4.3.1. Les facteurs synergiques 45
4.3.2 Les facteurs qui entravent la mise en oeuvre 47
V. DISCUSSION 49
5.1 Rôles des principaux acteurs de mise en œuvre du Programme Round 6 Sida FM, Guinée 49
5.1.1. Acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme 49
5.1.2. Allocation des ressources aux acteurs 51
5.1.3. Activités réalisées par les acteurs 53
5.2. Extrants produits par le programme depuis son démarrage 55
5.2.1. Les écarts dans la production des extrants de la composante Prévention 55
5.2.2. Les écarts dans la production des extrants de la composante Traitement 56
5.2.3. Les écarts dans la production des extrants de la composante Partenariat 58

5.2.4. Les écarts dans la production des extrants de la composante Coordination 59
VI. CONCLUSION 60
6.1. Acteurs impliqués dans la mise en œuvre 61
Points forts 61
Point faibles 62
6.2. Activités mise en œuvre 63
Points forts 63
Points faibles 63
6.3. Contexte de mise en œuvre 64
Points forts 64
Points faibles 65
VII. RECOMMANDATIONS 66
7.1. Rôles des principaux acteurs de mise en œuvre du Programme 66
7.1.1. Acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme 66
7.1.2. Allocation des ressources aux acteurs 67
7.1.3. Activités réalisées par les acteurs 67
7.2. Extrants produits par le programme depuis son démarrage 68
BIBLIOGRAPHIE 70
ANNEXES 77

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A mon feu père, Elhadj Amaradjan KABA. Que son âme repose
en paix. et qu'Allah le Miséricordieux t'accueille dans Son paradis.
A ma mère Hadja Fanta KABA et ma mère adoptive, Hadja Sayon WAGUE. Ce travail est le fruit de vos efforts
A ma chère femme Mariamagbè et nos enfants Moussa Ian et Aicha Sayon
A mes frères, sœurs, cousins et cousines
A mes oncles et tantes
A mon maître Pr. Mohamed CISSE
A tous mes amis et collaborateurs

Nos vifs remerciements s'adressent à la Fondation Bill & Melinda GATES pour son appui financier grâce auquel le Programme de « Master Professionnel en Population et Santé ».

L'Université de Montréal au Canada à travers ses Départements de Santé Publique et de Démographie et l'Université de Ouagadougou au Burkina Faso ont su coordonner notre formation durant les quinze mois,

Nous saisissons cette opportunité pour exprimer toute notre reconnaissance et amabilité au personnel de l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP ex UERD).

Nous remercions notre Directrice Académique Docteur Danièle LALIBERTE et notre co Directeur Académique Docteur Banza BAYA, qui n'ont ménagé aucun effort pour notre encadrement malgré leurs multiples occupations.

A nos superviseurs de terrain Dr Mouctar Diallo, Dr Marguerite Samba MALIAVO et Dr Mahy BARRY, nous disons grand merci pour leur habituelle disponibilité.

Nous avons été impressionnés par l'accueil, l'ouverture d'esprit et l'appui du personnel du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST-VIH/Sida. Qu'ils en soient gratifiés.

Enfin, nous réitérons notre profonde gratitude à l'endroit de la troisième et adorable cohorte.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGR	Activités Génératrices de Revenus
ARV	Anti Retro Viraux
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	Country Coordinating Mechanisms
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNLS	Comité National de Lutte Contre le Sida
CPN	Consultation Pré Natale
CRD	Communauté rurale de développement
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
F M	Fonds Mondial de Lutte Contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
IO	Infections Opportunistes
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PMS	Projet d'appui Multisectoriel de lute contre le Sida
PNDS	Programme national de développement sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PR	Principal Récipiendaire
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquis
TB/VIH	Tuberculose-VIH
TS	Travailleuses du sexe
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNITAID	International Drug purchasing facility Aimed at Tackling HIV/AIDS
USAID	United States Agency for International development
USD	United states Dollars
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Quelques indicateurs socio sanitaires de la Guinée ---------- 6

Tableau II : Les investissements prévus et effectués requis dans le système de santé dans le cadre de la lutte contre VIH de 2002-2006 ---------- 7

Tableau III : Acteurs ayant participé à l'entretien ---------- 25

Tableau IV : Liste des indicateurs ---------- 27

Tableau V : Acteurs impliqués (sous bénéficiaires) dans la mise en œuvre du programme par le PR pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008 ---------- 30

Tableau VI : Catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre par le PR, selon l'approche d'allocation des ressources pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1 allant du 1er janvier au 31 décembre 2008. ---------- 32

Tableau VII : Catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre par le PR selon l'existence de contrat formel établi pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1 allant du 1er janvier au 31 décembre 2008. ---------- 33

Tableau VIII : Adéquation aux normes des contrats établis entre le PR et ses sous-récipiendaires pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1 allant du 1er janvier au 31 décembre 2008. ---------- 34

Tableau IX : Niveau de mise en œuvre des activités par composantes durant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008. ---------- 37

Tableau X : Niveau de mise en œuvre selon les principales catégories d'activités des composantes du programme pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1 , allant du 1er janvier au 31 décembre 2008. ---------- 39

Tableau XI : Niveau de réalisation des extrants selon les indicateurs clés de la composante Prévention des IST/VIH pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008. ---------- 41

Tableau XII : Niveau de réalisation des extrants selon les indicateurs clés de la composante Traitement des malades VIH pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008. ---------- 42

Tableau XIII : Niveau de réalisation des extrants selon les indicateurs clés de la composante Partenariat pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008. ---------- 43

Tableau XIV : Niveau de réalisation des extrants selon les indicateurs clés de la composante Coordination, Suivi/Evaluation et la recherche pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008. ----------44

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Logique de l'intervention ----------22

Figure 2 : Illustration de l'approche contractuelle de l'allocation des ressources----------36

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : Grille de revue documentaire (inspirée du plan de suivi/évaluation 2007-2008 du programme Round6) ---------- 78

ANNEXE II : Guide d'entretien de l'analyse de mise en œuvre du Round 6 Sida, Fonds Mondial ---------- 82

ANNEXE III : Grille d'observation de l'analyse de mise en œuvre du Round 6 Sida, Fonds Mondial ---------- 83

ANNEXE IV : Questionnaire de l'analyse de mise en œuvre du Round 6 Sida, Fonds Mondial ---------- 84

RESUME

Le présent mémoire s'inscrit dans le cadre de l'application des connaissances que nous avons reçues pendant les cours théoriques des douze mois à l'ISSP. Ce travail est intitulé : *« Analyse de la mise en œuvre de Programme : cas du Programme Sida (Round6), financé par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, Guinée ».*

Aujourd'hui, le monde compte davantage de ressources pour s'attaquer aux problèmes posés par le Sida. Il s'agit désormais de savoir comment utiliser ces ressources et ces compétences au mieux, afin de les mettre au service des plus démunis. Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP), Récipiendaire Principal du fonds (PR), malgré des résultats tangibles, durant la première phase de l'exécution du Round2, a connu des difficultés, notamment dans l'absorption des fonds alloués. Toutefois, le démarrage en janvier 2008, du Round6 sida offre au MSHP, une occasion d'améliorer ces performances et de promouvoir le partenariat pour un accès élargi de prévention et de prise en charge du sida.

Dans cette étude, nous avons adopté une approche participative et notre devis est une étude de cas unique, transversale et explicative. La revue documentaire, les entretiens et l'observation nous ont permis de répondre aux questions d'évaluation suivantes : *Quels sont les rôles des principaux acteurs de mise en œuvre? Existe-t-il des écarts entre les extrants prévus et ceux réalisés ? Qu'est ce qui explique les écarts?*

Les résultats montrent que le *PR est le principal acteur de mise en œuvre*, avec une approche de faire faire, peu pratiquée. *L'allocation des ressources se fait à travers l'arrangement contractuel*, mais seulement il s'avère que, maints contrats établis présentent de nombreuses imperfections qui auraient dû être améliorées avant la signature. Pour les écarts, le décaissement de fonds de 2 premiers trimestres a permis le démarrage de 3/4 des activités prévues avec plus de la moitié réalisée. Toutefois, nous avons constaté *une surproduction de certains extrants, par rapport à d'autres qui sont réalisés par défaut. La faiblesse du système d'information et le difficile contexte sociopolitique que vit le pays, expliqueraient les écarts.*

Au terme de l'analyse des résultats, nous avons recommandé entre autres la *promotion de la sous-traitance*, le *renforcement du système d'information de gestion* au niveau de l'Agent Local du Fonds (LFA), du PR, *l'augmentation de la participation financière du budget public dans la lutte contre le Sida.*

INTRODUCTION

Le Master en Population et Santé est un programme de formation initié par l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) de l'l'Université de Ouagadougou en collaboration avec l'Université de Montréal. Ce programme sous régional est financé par la Bill & Melinda Gates Foundation. D'une durée totale de quinze mois, dont douze mois de formation théorique et trois mois de stage pratique, le programme forme des professionnels de santé, des sciences sociales, de l'économie, etc.

Le mémoire constitue le cadre d'application pratique des connaissances théoriques acquises par les apprenants au cours de la formation. Ceci, dans le but de permettre l'acquisition de compétences pratiques et de renforcer les performances théoriques. Le thème « *Analyse de processus de mise en œuvre de programme : cas du Programme Sida, Round6 financé par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, Guinée Conakry* » s'explique par trois raisons fondamentales. La première raison est la problématique du SIDA qui touche toutes les couches sociales et tous les domaines du développement. La seconde est relative à la recherche des réponses aux questions auxquelles les responsables du Ministère de la santé et de l'hygiène, Récipiendaire Principal (PR) da la subvention Round6, font face depuis leur première expérience de gestion de cette subvention du Fonds Mondial en Guinée. Enfin, la troisième est une contribution dans le domaine de la recherche et particulièrement celui de l'évaluation qui est de pratique moins courante dans les pays à ressources limitées, notamment en Guinée. Ainsi, les résultats de ce travail permettront aux gestionnaires de tirer des enseignements de l'expérience afin d'améliorer la façon de faire.

L'objectif de ce mémoire est de contribuer à l'amélioration du programme de lutte contre le Sida (Round6), financé par le FM en Guinée, à partir d'une analyse critique de son processus de mise en œuvre. Pour atteindre cet objectif, nous avons huit points principaux : la problématique et la justification de l'analyse, la revue de la littérature, la méthode de recherche, les résultats obtenus, la discussion des résultats, la conclusion et les recommandations.

I. PROBLEMATIQUE ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE

1.1. Problématique

En dépit des efforts réalisés depuis près de 30 ans en matière de lutte contre le VIH/sida, le nombre de personnes infectées ne cesse d'augmenter. Les importants apports de ressources émanant d'initiatives telles le projet d'appui multisectoriel de lute contre le sida (PMS) de la Banque Mondiale, le Fonds d'Urgence du Président des USA de lutte contre le Sida (PEPFAR), les dons des organisations humanitaires, le Fonds Mondial (FM) de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme ont permis de relever le niveau des fonds alloués aux activités de lutte contre le sida. Ces ressources ont manifestement contribué au progrès (médical, social, technologique) de ces dix dernières années (OMS et al, 2008).

Pour faire face à l'épidémie du sida, le gouvernement guinéen, à travers le ministère de la santé, a bénéficié des subventions du FM pour son programme de réduction de la morbidité et de la mortalité liées au sida. Ces subventions, notamment le Round 2 en 2002 et le Round 6 en 2006, contribuent à la mise en œuvre des interventions de prévention et de traitement. Aujourd'hui, le monde compte davantage de ressources et de savois-faire et est mieux armé que jamais pour s'attaquer aux problèmes posés par les maladies infectieuses et particulièrement le sida. Il s'agit désormais de savoir comment utiliser ces ressources et ces compétences au mieux, afin de les mettre au service des plus démunis (PNUD/OMD, 2003). Dans ces circonstances la politique publique doit prendre en compte les questions de volume du financement, d'équité et d'efficacité.

De 2003 à 2005, première phase de l'exécution du Round2, le ministère de la santé récipiendaire principal (PR) a certes fait des progrès en termes de résultats, cependant les constats ci-après ont été faits :

- faiblesse de gestion programmatique ;
- faiblesse de gestion comptable et financière ;
- insuffisance dans le fonctionnement du système d'information de gestion entre autres.

Seul maître d'œuvre, ses capacités ont été très tôt mises à rude épreuve face à la diversité des actions planifiées. Ces difficultés ont eu comme conséquence un faible taux d'absorption des fonds approuvés. Pour les 18 premiers mois de la première phase, moins de 30% des fonds alloués ont été utilisés par le PR, quoique les besoins en ce qui concerne la prévention des IST/VIH et du soutien et/ou du traitement des personnes affectées et infectées par le VIH/sida demeurent toujours au sein de la population. Par ricochet, les engagements en termes d'indicateurs de progrès du PR vis-à-vis du FM étaient loin des résultats attendus.

Pourtant, dans le cadre de sa structure d'évaluation axée sur la performance, le Fonds mondial considère la réalisation des objectifs comme le facteur unique le plus important lors de l'examen de la demande de renouvellement du CCM (Country Coordinating Mechanisms), « Instances de coordination nationale ». Toutefois, le fonds mondial reconnaît qu'il existe souvent des facteurs significatifs responsables de l'impossibilité pour le bénéficiaire d'atteindre 100% de tous les résultats visés (Haut conseil de la coopération Internationale, 2004).

1.2. Justification de la recherche

Aujourd'hui, le rôle de l'Etat à l'égard de la santé est, dans la plupart des pays, en pleine évolution. Les populations attendent toujours plus de leur système de santé, mais les moyens de financement et les services qu'ils peuvent offrir demeurent limités. Il est requis, notamment de la part du ministère de la santé, de la clairvoyance, du discernement et de l'influence pour contrôler et orienter l'exécution et l'évolution des mesures sanitaires entreprises au plan national. Pour garantir une administration efficace et jouer pleinement son rôle de contrôleur et d'intendant, il lui faut s'attacher davantage « à tenir la barre qu'à ramer » (OMS, 2000).

Dans le souci d'améliorer sa capacité d'utilisation des fonds alloués, l'élargissement de gammes d'intervenants par arrangement contractuel intervenu par le PR durant le dernier semestre de la première phase du Round2 a significativement amélioré son taux d'absorption, avec un montant de 3 552 714 USD dépensé sur les 4 804 696 USD prévu pour les 2 années (près de 74%).

Toutefois, en science de gestion, « le management par projet » définit les modalités de cohabitation, d'association entre organisation verticale par service et une organisation transversale par projet (Seck, 2008a). Ces changements, bousculant les individus dans leurs rôles et leurs valeurs, vont produire des incompréhensions, des inquiétudes et des résistances de la part des acteurs. Dans tous les cas, la difficulté du passage d'une structure fonctionnelle classique à une structure par projet réside pour l'essentiel dans ce qui est ressenti par les responsables techniques ou fonctionnels comme une perte de pouvoir, de statut, d'autorité. Ne pas estimer cette dimension, se contenter de définir de façon technocratique les règles, les rôles et les procédures risque de mener à l'échec du projet. *A priori, la nécessité d'identifier et de décrire le contenu du programme (Round6) se pose avec acuité dans la définition de divers rôles.*

En effet, comme un système d'actions, un programme d'intervention a besoin d'intrants appropriés, d'une organisation efficace et efficiente pour générer un produit ou un service selon des spécifications qui répondent à un besoin. Ainsi, partant des leçons apprises durant l'exécution du Round2, avons-nous besoin d'une recherche évaluative processuelle du Round6 dans le but d'anticiper une meilleure performance dudit programme. Autrement dit, expliquer *comment les intrants sont-ils transformés en extrants ? Les activités sont-elles en mesure de produire les effets ? Qu'est-ce qui peut se produire qui pourrait avoir de l'influence sur le programme (projet) ?* Nous n'avons absolument pas, la prétention de nous lancer dans une quête certainement partiellement infructueuse, de réponses à ces questions aussi importantes. Nous n'excluons pas également que toute action sociale est implicitement ou explicitement soumise aux facteurs internes et externes qui le construisent. De plus, conscient que les interventions ne sont pas à l'abri de changement pendant sa mise en œuvre, que les actions entreprises n'ont pas toujours les effets escomptés, il est de notre responsabilité éthique, reprenant Ridde (2004), non seulement de rendre des comptes concernant nos programmes d'intervention, mais aussi de faire en sorte que les résultats des évaluations soient utiles, utilisés et utilisables.

C'est dans la perspective d'apporter des éléments de réponse à ces questionnements, en vue de contribuer à l'amélioration de la performance du programme (Round6) de renforcement de lutte contre le sida en Guinée que nous entreprenons ce travail intitulé : *« Analyse de la mise en œuvre de Programme : cas du Programme VIH (Round6), financé par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, Ministère de la santé Guinée Conakry.*

Ainsi, dans le dessein de délimiter notre cadre d'analyse, nous retenons trois concepts fondamentaux pour comprendre la mise en œuvre de ce programme notamment *les acteurs* (qui assurent la mise en œuvre du programme Round6), *les activités* (qui concourent à la transformation des ressources en extrants) *et les éléments du contexte* (facteurs synergiques et facteurs qui entravent la mise en œuvre du programme Round6) (Thiétart et al.).

Pour mener cette recherche évaluative, les objectifs suivants seront poursuivis:

1.3. Objectifs

1.3.1. Objectif général

L'objectif général de ce travail est de contribuer à l'amélioration du programme de lutte contre le sida (Round6), financé par le FM en Guinée, à partir d'une analyse critique de son processus de mise en œuvre.

1.3.2. Objectifs spécifiques

Pour atteindre l'objectif général, quatre objectifs spécifiques sont retenus :

1.3.1.1 Décrire les rôles des principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme.

1.3.1.2. Documenter les écarts entre les extrants attendus et les extrants réalisés.

1.3.1.3. Identifier les principales causes de ces écarts.

II. REVUE DE LA LITTERATURE

2.1. Contexte

La République de Guinée est située en Afrique occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'est, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'ouest. Sa superficie totale est de 245 857 km². La population était estimée à environ 9 876 652 d'habitants en 2007. Alors que la majorité de la population est de religion musulmane (environ 90%), le christianisme et l'animisme existent également. Au plan administratif, elle est subdivisée en sept régions et la région spéciale de Conakry, la capitale (Ministère du plan 2005).

Depuis 1985 le Gouvernement encourage la formation d'associations et le développement conséquent de la société civile, ce qui a permis l'éclosion de plus d'un millier d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) nationales exerçant notamment dans les domaines de population et de santé. L'indice de développement humain mis au point par le PNUD classe la Guinée dans le groupe des pays les plus pauvres du monde (160 ^{è} sur 177 pays) (CNLS Guinée, 2006). Les indicateurs de santé et autres services sociaux de base sont loin de répondre aux normes internationales (tableau 1). L'espérance de vie à la naissance est de 54 ans, la prévalence du VIH est du type généralisé avec 1,5%. Il y a un médecin pour 10 523 habitants et seulement 1 centre de santé pour 22 500 habitants. Par ailleurs, le taux de couverture vaccinale globale est parmi les plus bas (32%) et les taux de mortalité infantile (91 pour 1 000) et maternelle (980 pour 100 000 naissances) restent parmi les plus élevés. Le

taux d'alphabétisation des femmes est également très faible avec seulement 15% (le tableau I ci après présente quelques indicateurs socio sanitaires de la Guinée).

Tableau I : Quelques indicateurs socio sanitaires de la Guinée

Espérance de vie à la naissance	54 ans
Taux de mortalité infantile	91 pour 1 000
Taux de mortalité maternelle	980 pour 100 000 naissances vivantes
Ratio médecins/populations	1 médecin pour 10 523 habitants
Ratio hôpitaux/populations	1 hôpital pour 180 000 habitants
Ratio centres de santé/populations	1 centre de santé pour 22 500 habitants
Couverture vaccinale globale	32% complètement vaccinés
Prévalence du VIH dans la population générale	1,5%
Proportion d'accès aux services sociaux de base	62 pour 100
Taux d'alphabétisation des femmes	15 pour 100

Source : *EDSIII 2005 ; PNDS 2003-2012*

Depuis le diagnostic du premier cas de sida en Guinée en 1987, le gouvernement, à travers le ministère de la santé et l'appui de ses partenaires, a développé systématiquement des stratégies pour faire face à l'épidémie. Des ressources humaines, matérielles, financières, informationnelles ont été mises à contribution pour traduire ses politiques stratégiques en actions dans ce cadre par l'ensemble des acteurs. De 2002 à 2006, plus de 49 625 103 USD ont été mobilisés par les principaux acteurs : l'Etat et ces partenaires dont entre autres la Banque Mondiale, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, les Médecins Sans Frontières, etc. (au tableau II).

Tableau II : Les investissements prévus et effectués requis dans le système de santé dans le cadre de la lutte contre VIH de 2002-2006

		Montant prévu en USD	Montant dépensé en USD
La participation de l'Etat		1 400 000	ND
La participation des partenaires	Banque Mondiale	13 839 247	ND
	Le Fonds Mondial	**4 804 696**	**3 552 714**
Autres partenaires		29 581 160	ND
Total des ressources financières		49 625 103	ND

Source : *Ministère de la santé (Proposition Round6, 2006)*

2.2. Situation de l'épidémie de sida

Le VIH demeure un problème de santé publique dans le monde. Inconnu il y a 30 ans, le VIH a déjà provoqué quelques 25 millions de décès dans le monde et entraîné de profonds changements sociodémographiques dans les pays les plus fortement touchés (ONUSIDA, 2008).

A l'échelle mondiale on estime que 33 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2007. Bien que le pourcentage de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) se soit stabilisé depuis 2000, le nombre global de personnes vivant avec le VIH a régulièrement augmenté, car de nouvelles infections se produisent chaque année, les traitements du VIH prolongeant la vie et les nouvelles infections continuant à surpasser le nombre de décès dus au sida (ONUSIDA, 2008).

L'Afrique australe supporte encore et toujours une part disproportionnée du fardeau mondial du VIH : 35% des infections à VIH et 36% des décès dus au sida en 2007 se sont produits dans cette sous région (ONUSIDA, 2007). Dans l'ensemble, l'Afrique subsaharienne abrite 67% de toutes les personnes vivant avec le VIH. De plus, plusieurs (OMS, 2006 et ONUSIDA, 2006) études récentes confirment l'impact disproportionné du sida sur les femmes, en particulier en Afrique subsaharienne où elles représentent plus de 60% des infections. Le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH est passé de 1,6 million en 2001 à 2,0 millions en 2007. Près de 90% d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2008).

Située en Afrique au sud du Sahara, la Guinée partage certaines tendances épidémiologiques du VIH en Afrique. La dernière Enquête démographique et de santé (2005), révèle d'une part que l'épidémie est de type généralisée et stable avec une prévalence de

1,5 % chez des personnes âgées de 15-49 ans. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans (1,9 %) est supérieur au taux estimé chez les hommes du même âge (0,9 %). D'autre part, la prévalence en milieu urbain, pour l'ensemble de la population, est plus élevée qu'en milieu rural : 2,4 % contre 1,0 %. En outre, on constate que l'épidémie du VIH/sida ne touche pas uniformément les différentes régions administratives du pays : Conakry (2,1 %), Labé (1,8 %), Nzérékoré (1,7 %), et Faranah (1,6 %) sont les zones où les niveaux de prévalence sont les plus élevés (Ministère du plan, 2005 et CNLS-Guinée, 2006).

2.3. Interventions et enjeux de lutte contre le Sida

Les principales interventions décrites par ONUSIDA en matière de lutte contre le VIH/SIDA sont : la prévention de la transmission, l'accès aux soins, le soutien/le traitement, le respect des droits humains des PVVIH, l'allègement de l'impact social et économique et la réduction de la vulnérabilité (Konaré, 2006). Malheureusement, la plupart des personnes vivant avec le VIH ne sont pas conscientes de leur statut sérologique. Il y a bien des raisons pour lesquelles les personnes exposées au risque d'infection à VIH ne font pas de dépistage : crainte de la discrimination, crainte de découvrir un résultat positif, difficulté d'accès aux traitements ou aux services de dépistage. Selon l'Organisation Internationale du Travail (OIT), il est fréquent que la crainte de perdre son emploi décourage les individus de faire usage des services de test disponibles (ONUSIDA, 2006).

2.3.1. La prévention

Le but de la prévention est de rompre la chaîne de transmission du VIH. Ceci à travers la communication pour le changement de comportement, la promotion du conseil/dépistage volontaire et confidentiel, la prévention de la transmission mère- enfant et l'accès aux services de base, notamment aux préservatifs masculins et féminins, au matériel stérile d'injection et au traitement précoce et efficace des IST.

Dans la littérature, les efforts de prévention du VIH en vue d'améliorer les connaissances relatives au sida sont encore insuffisants pour les jeunes, mais on note dans plusieurs pays des signes encourageants d'un changement positif des comportements (Langevin et al., 2006 ; Carael et al., 2004 ; Diallo, 2003 ; Hentgen et al., 2002 , et Ministère de la santé, 2001). Toutefois, l'analyse des interventions de prévention visant à modifier les comportements montre systématiquement que les programmes de ce type abaissent la fréquence des comportements sexuels à risque (Crepaz et al. 2005 ; Elwy et al. 2002 ; Merson et al. 2000).

The Global Coalition on Women and *AIDS* rapporte que les efforts actuels de prévention du VIH et de protection contre le virus ne parviennent pas à endiguer les infections chez les femmes et les filles car ils ne tiennent pas compte de problèmes reliés aux relations entre les sexes et au comportement sexuel. D'après plusieurs études, le préservatif fait l'objet de croyances erronées (Sallah et al., 2006 ; Soubeiga, 2006; Desgrees Du Lou, 2005 ; Touré et al. 2005 et Gueye, 2003). Ces croyances et méconnaissances sont répandues et touchent de nombreuses personnes. Selon une estimation à l'échelle mondiale, les préservatifs fournis par le secteur public n'étaient utilisés que dans 21% des actes sexuels impliquant des partenaires non réguliers en 2003 (USAID et al. 2004).

L'insuffisance du dépistage réduit l'impact du traitement du VIH, car les individus qui sont diagnostiqués tardivement ont un moins bon pronostic. Toutefois, plusieurs pays appliquent avec succès une série d'approches destinées à aider les gens à connaître leur sérologie VIH.

Une prévention efficace de la transmission sexuelle du VIH exige d'associer des interventions programmatiques et des actions politiques susceptibles d'encourager des comportements plus sûrs, de réduire la vulnérabilité biologique et sociale à la transmission, d'encourager l'utilisation des techniques essentielles de prévention et de promouvoir des normes sociales qui privilégient la réduction des risques.

2.3.2. Accès aux soins, soutien et traitement

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que pour assurer soins, soutien et traitement aux PVVIH et à leurs familles, les programmes nationaux de lutte contre le Sida doivent développer des stratégies visant à renforcer les systèmes de soins entre autres celles « fournissant progressivement et durablement le plus haut standard de traitement du VIH », y compris les médicaments antirétroviraux (ARV) et les traitements contre les infections opportunistes. Ainsi peut-on actuellement considérer l'infection à VIH non plus comme une maladie mortelle mais comme une maladie chronique qu'il devient possible de stabiliser avec un traitement durant de nombreuses années (Katlama et Ghosn, 2004).

Au cours de la sixième conférence internationale sur la prise en charge communautaire et à domicile des PVVIH (Konare, 2006), on a constaté que les services composant les soins et le traitement comprennent le diagnostic, la prise en charge à l'aide des ARV, le traitement des infections opportunistes (IO), la réduction de la transmission mère-enfant, et l'éducation sanitaire. Les ARV contribuent à la réduction de plus 80% de décès chez les sujets vivant avec le VIH (Katlama, 2004). Cette réduction est également significative en Guinée, suite au démarrage du traitement ARV (CNLS-Guinée, 2006).

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le nombre de personnes sous médicaments antirétroviraux s'est accru, mais actuellement la plupart des individus qui ont besoin de ces thérapies n'en bénéficient pas. En effet, l'épidémie devance le taux auquel ces médicaments sont distribués. En 2007, le nombre estimé de nouvelles infections à VIH était 2,5 fois plus élevé que le nombre de personnes sous médicaments antirétroviraux cette année-là, soulignant ainsi la nécessité de faire beaucoup mieux s'agissant de prévenir les nouvelles infections à VIH (ONUSIDA, 2008).

Les faiblesses des systèmes de santé ralentissent l'intensification des programmes de traitement du VIH, d'où la nécessité de stimuler l'action en faveur du renforcement de ces systèmes. L'élargissement de la thérapie antirétrovirale contribue à la mise en place d'importantes améliorations dans l'infrastructure des soins de santé, notamment la rénovation et/ou la construction de structures sanitaires, les équipements et l'approvisionnement en médicaments essentiels, entre autres.

Pour étendre et soutenir l'accès aux traitements dans les milieux pauvres en ressources, il faudra mettre en place des compétences humaines solides et durables pour administrer les thérapies antirétrovirales. Cette priorité a attiré un large éventail d'efforts de renforcement des capacités. Une de ces initiatives, menée par l'OMS, est axée sur les moyens de « traiter, former et fidéliser » les professionnels de la santé (Samb et al., 2007). Les donateurs attachent une importance grandissante au renforcement des systèmes de santé pour soutenir l'élargissement du traitement du VIH. En 2007, le PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief) a dépensé 638 millions USD pour développer les capacités des secteurs privés et publics de la santé (PEPFAR, 2008). En novembre 2007, le Fonds mondial a annoncé que 20% des fonds de sa série 2008 d'attribution de subventions porteraient sur les mesures de renforcement des systèmes, notamment l'amélioration de l'infrastructure, le renforcement des filières d'approvisionnement et des ressources humaines (Fonds mondial, 2007). L'effort actuel d'accroissement de l'accès aux thérapies contribue à soutenir les systèmes de santé fragiles, apportant des bénéfices qui vont au-delà du VIH

Ce n'est que plus tard, en 2002, que les premiers sites pilotes de prise en charge associant la prévention et le traitement des malades sidéens ont démarré en Guinée, notamment au service de Dermatologie-vénérologie de l'hôpital national Donka (CHU Conakry), puis à l'hôpital préfectoral de Guéckédou (2003). Nonobstant des difficultés d'accès, comme par ailleurs, le taux de létalité des patients déclarés VIH a considérablement chuté de plus de 40% entre 2002 et 2006 (CNLS-Guinée, 2006). Cependant, il existe une inégalité de répartition en

ce qui concerne la mise en œuvre des interventions relatives au VIH entre les milieux urbain et rural, les personnes âgées et les enfants notamment.

2.3.3. Allègement de l'impact social et économique

Des problèmes économiques empêchent souvent les gens d'utiliser les médicaments antirétroviraux, car ils doivent par exemple payer une redevance, partager le paiement ou s'acquitter d'autres coûts-patient qui sont supportés par les ménages affectés. Le soutien socio-économique permet de satisfaire les besoins nutritionnels et quotidiens. Il peut être apporté sous forme de microcrédits, d'activités génératrices de revenus(AGR), de logement, de nourriture, d'aide à domicile, de systèmes d'assurance maladie prévoyant la prise en charge du VIH/Sida et de planification de l'aide aux orphelins et aux enfants vulnérables dans les foyers et les communautés (Konaré, 2006).

La *prise en charge à base communautaire* est constituée par « l'ensemble des services (psychosocial, spirituel, nutritionnel, matériel, médical, économique et éthico-juridique) offerts aux personnes vivant avec le VIH dans la famille ou dans la communauté » (Konaré, 2006). Elle permet de réduire la stigmatisation et la discrimination, de motiver les PVVIH à rester actives et positives le plus longtemps possible, de réduire les coûts des hospitalisations et autres dépenses récurrentes et enfin de décongestionner les structures hospitalières. La prise en charge à base communautaire peut être assurée par des agents sociaux à base communautaire pouvant être les PVVIH elles-mêmes, les familles (parents, frères, tantes, cousins etc.), les ONG/Associations, le personnel de santé, le personnel des affaires sociales, les leaders communautaires, etc. Par exemple, Bunnell (2006), souligne que l'intégration du conseil à la prévention du VIH dans un programme de thérapie antirétrovirale dispensée à domicile en Ouganda, associée au conseil et au test VIH volontaire pour les partenaires des personnes sous thérapie antirétrovirale, a eu pour effet une chute de 70% des rapports sexuels non protégés, et une baisse de 85% des rapports sexuels non protégés chez les couples mariés.

2.3.4. Respect des droits humains et réduction de la vulnérabilité

Les PVVIH sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la marginalisation. Il s'avère alors indispensable de disposer de services pour faire reculer ces phénomènes dans les établissements de santé, dans les communautés et sur les lieux de travail.

Le VIH/sida doit se comprendre comme un défi dont on ne peut atténuer par la violence. On peut toutefois constater que cette pandémie a suscité et édifié de nouvelles formes de solidarités qui ont bouleversé nos repères en termes de soins et de santé publique. La lutte

contre le sida doit désormais se comprendre en termes de justice et de moyens investis dans le partage des acquis, tout particulièrement auprès des communautés les plus vulnérables (Hirsch, 2003)

2.4. Evaluation des programmes de santé

2.4.1. Réponses à l'épidémie du VIH

En 2001, lors de la toute première Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/sida, les Etats Membres des Nations Unies ont renforcé la riposte à l'objectif 6 du Millénaire pour le développement en approuvant à l'unanimité la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (ONUSIDA, 2008). Depuis 2003, l'Etat guinéen a élaboré et adopté un plan national de développement sanitaire (2003-2012) et dispose d'un document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) de deuxième génération. Ces deux documents stratégiques de gestion traitent explicitement de la lutte contre le VIH/sida (CNLS, 2006). En outre, pour faire face à l'épidémie, cette politique s'est traduite par la mise en place des instances consacrées à la mise en œuvre de plans stratégiques d'interventions, notamment le Programme National de Lutte contre le Sida crée en 1987 (PNLS). Le PNLS devient en 2002, le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH-Sida (PNPCSP) au compte du Ministère de la santé, suite à la création du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) sous tutelle de la Primature, qui assure la coordination intersectorielle.

En réponse à l'engagement de l'UNGASS, la plupart des pays disposent maintenant d'une base solide sur laquelle édifier une riposte efficace au sida. Actuellement, 90% des pays disposent d'une stratégie nationale de lutte contre le sida, 85% ont mis en place un organisme national unique de coordination des activités contre le sida et 50% ont élaboré un cadre et un plan national de suivi et d'évaluation, ce qui correspond aux « Trois Principes » d'une riposte efficace (ONUSIDA, 2006). Par la même approche, le premier cadre stratégique national (CSN) de la Guinée, répertoire de toutes les actions de lutte contre le sida, a couvert 2003-2007. Le second CSN 2008-2012 élaboré par l'ensemble des acteurs, budgétisé avec un plan de suivi et d'évaluation, est en voie de validation. Mais seulement, les ambitions des pays, particulièrement à bas revenu se heurtent à des contraintes majeures de ressources qui limitent la mise en œuvre effective des actions concrètes. Néanmoins, le plaidoyer des Systèmes des Nations Unis dans le cadre du soutien aux programmes des pays s'est traduit ces deux dernières décennies par une mobilisation significative des bailleurs en faveur de la riposte contre l'épidémie du sida.

Les principaux bailleurs de fonds ont contribué à financer l'expansion de l'accès au traitement dont entre autres, la Banque Mondiale, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose, PEPFAR. Le PEPFAR a pour but de placer 2,5 millions de personnes sous traitement d'ici à 2012. D'ici à décembre 2007, le Fonds mondial avait financé la distribution de médicaments antirétroviraux à 1,4 millions de personnes, ce qui représente une augmentation de 88% par rapport à l'année précédente (Fonds mondial, 2008), UNITAID, un mécanisme international relativement nouveau créé pour acheter des médicaments et financé par les taxes aériennes, joue un rôle de premier plan dans l'élargissement des programmes de traitement pédiatrique et des services de prévention de la transmission mère-enfant.

Entre 2002 et 2006, la Guinée a mobilisé plus de 49, 6 millions de dollars pour la mise en œuvre de son cadre stratégique de lutte contre le sida dont le Round 2 du Fonds Mondial au compte de son programme de réduction de la morbidité et de la mortalité liées au sida. Par ailleurs, en 2006 son programme de renforcement des acquis des différents progrès réalisés en l'occurrence a bénéficié un second accord de subvention de plus de 20 millions de dollars US au compte du Round6 sida dont la mise en œuvre a effectivement démarrée en décembre 2007.

Au regard des progrès en cours dans le domaine du sida, on peut dire qu'il y a maintenant davantage de ressources et de savoir-faire. Cependant, encore faut-il savoir comment utiliser ces ressources et ces compétences au mieux. Malgré les progrès concrets réalisés au cours de ces dernières années pour obtenir des ressources bien plus importantes pour le VIH, des pays se débattent souvent pour traduire le nouveau financement en programmes nationaux élargis pour la prévention, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH. Les actions des diverses parties prenantes sont souvent mal coordonnées, et les faiblesses des infrastructures ralentissent la capacité des pays à absorber les nouveaux financements. Par exemple, en 2005, à la veille de la clôture de la première phase du Round2 sida, en collaboration avec le Ministère de la santé, récipiendaire (PR) de la subvention du Fonds Mondial en Guinée, une mission d'évaluation conjointe OMS/Fonds Mondial a relevé des insuffisances dans la gestion programmatique, financière et de l'approvisionnement, reflet de la faible absorption de fonds octroyé durant la dite période. Les recommandations de cette mission ont porté entre autres sur la nécessité de renforcement de capacité institutionnelle, l'amélioration du système de suivi, la promotion de partenariat en élargissant l'éventail des acteurs potentiels dans la mise en œuvre, etc. (Rapport mission conjointe OMS Guinée/FG 2005).

Par souci de participation et de représentation d'intérêts aussi larges que possible, le FM a ainsi mis en place des « Instances de coordination nationale » (ou CCM pour Country Coordinating Mechanisms). Composées de représentants de gouvernements, d'organismes internationaux, d'ONGs, d'institutions académiques, de sociétés privées et de représentants des personnes malades, ces instances travaillent à l'élaboration de propositions de subventions et supervisent la mise en œuvre des projets (Haut conseil de la coopération Internationale, 2004). Souvent, ces possibilités offertes en matière de collaboration intersectorielle dans le domaine de la santé ne sont pas suffisamment exploitées en raison de la clarification insuffisante des rôles et des responsabilités des différents acteurs, du caractère vertical des services de santé public, de la sous-estimation par les autorités, de la faible capacité des autres acteurs à s'attaquer aux problèmes de santé (OMS et al, 2008).

2.4.2. L'évaluation des interventions du secteur de la santé

2.4.2.1. Défis de performance du secteur de la santé

Le concept de la performance organisationnelle est devenu ces dernières années un thème qui sert souvent à légitimer de nombreux efforts de rationalisation que subissent plusieurs systèmes. Mais le caractère souvent public des organisations de santé et le rôle social important confié à cet établissement, qui traite des questions touchant la santé, la maladie, le handicap et la mort ne simplifient pas la réflexion et l'analyse d'un concept fondamentalement complexe (Sicotte, 1999). En outre, comme la politique publique, le projet n'est pas neutre (Ouédraogo, 2008, Loada 2008, Seck, 2008c) ; la fin justifie les moyens (Machiavel, 1469-1527., dans Traoré, 2008). Le modèle des relations humaines et celui des groupes d'intérêts reposent sur une vision organique ou naturelle des organisations selon laquelle les organisations sont des arènes politiques (Sicotte, 1999) où les intérêts sont en jeu. Cette dynamique est reflétée par les interactions et les pratiques des acteurs qui se caractérisent par leur projet, leurs valeurs, les ressources qu'ils ont ou qu'ils contrôlent ; ils interagissent dans un jeu permanent de coopération et de concurrence, pour accroître leur contrôle des ressources critiques du système d'action (argent, pouvoir-influence, information, relation et savoir) (Champagne 2005, dans Paré, 2008).

La capacité d'une organisation à s'approprier dans l'environnement les ressources requises à son bon fonctionnement et à sa survie deviennent ici d'importants critères pour juger de sa performance (Sicotte, 1999). *Encore, faut-il comprendre la mise en œuvre du Round6 dans son contexte en tant que tel.* Selon Cameron (1986), il ne peut exister un modèle universel de

performance organisationnelle, alors que la performance implique des échanges, des négociations, des compromis qui se nourrissent de tensions contradictoires. Quinn (1988) ajoute qu'une organisation peut être en même temps performante selon un critère ou une vision tout en étant non performante selon d'autres critères de performance.

2.4.2.2. Evaluation des interventions du secteur de la santé

Il nous semble insuffisant, d'énoncer des orientations politiques ou de ne mobiliser que des ressources pour la mise en œuvre des interventions, encore faut-il que les décideurs à tous les niveaux et les responsables des programmes se soucient de l'atteinte des objectifs en évaluant périodiquement l'état des progrès de ces interventions. Par définition, en se référant à Patton (1997), « l'évaluation de programme est la collecte systématique de données au sujet des activités, des caractéristiques et des effets des programmes, afin de porter des jugements sur ces derniers, d'améliorer leur efficacité et/ou d'être en mesure de prendre des décisions plus éclairées au sujet des programmes futurs » (McGuire, 2002). En plus, selon Monier (1992) (in Bégin, 1999), l'évaluation est aussi une démarche qui consiste à produire des connaissances dans le but d'appuyer les processus de gouverne et de gestion de politiques et de programmes. Cette conceptualisation de l'évaluation institutionnalisée est née de la nécessité de rendre compte des décisions prises et des actions « menées » dans le prolongement des approches de rationalisation des choix budgétaires qui ont marqué la gouverne et la gestion des affaires publiques dans plusieurs pays industrialisés à partir du milieu des années 1960 (Bégin, 1999). Par ailleurs, la pratique de l'évaluation peut être assimilable de nos jours à un acte permanent consistant à porter un jugement selon une démarche critique à l'aide d'une collecte systématique de données, à propos de multiples objets dans le but de prendre des décisions (Ridde, 2004).

On comprend aisément que les informations issues des évaluations périodiques des programmes mis en œuvre représentent une source privilégiée à partir de laquelle il est possible de prendre des décisions éclairées quant aux changements à apporter pour améliorer une intervention. Mais il existe très peu de données formatives relatives aux interventions en Afrique subsaharienne et particulièrement en Guinée.

Dans la littérature il existe une panoplie de définitions, de démarches, de méthodes et de techniques d'évaluation selon divers courants de pensée (ontologique et épistémologique) ou divers paradigmes (positiviste et constructiviste) qui les sous-tendent. Le choix d'une démarche d'évaluation et d'une ou plusieurs approches méthodologiques devrait être généralement fonction de la situation à évaluer (Patton, 1997 dans Begin, 1999). On peut

appuyer cette réflexion par celle de Ridde et Dagenais (sous presse) selon laquelle le paradigme au sein duquel l'évaluateur s'inscrit conditionne les méthodes utilisées, par exemple, pour répondre aux questions d'évaluation posées par les responsables d'un programme. Dans cette optique, les positivistes tenteront d'établir l'efficacité d'un programme en termes de mesure de comparaison comme dans un laboratoire où on contrôle tout ce qui se passe, tandis que les évaluateurs constructivistes défendront l'impossibilité d'isoler l'effet d'un programme de son environnement. Ces derniers, qui considèrent que dans le cas des programmes sociaux, il est impossible de reproduire des expériences de laboratoire, affirment aussi que toutes les connaissances sur les effets d'un programme sont co-construites par les acteurs sociaux concernés (Ridde et Dagenais, sous presse). Somme toute, dans le domaine de l'évaluation en santé, les objets à évaluer sont multidimensionnels et leur pleine compréhension nécessite des visions et des approches qui traversent les conceptions, les courants de pensée et les modes de mise en œuvre. La complémentarité des champs disciplinaires est nécessaire, car les enjeux de l'évaluation y sont transdisciplinaires (Bégin, 1999).

2.4.2.3. Evaluation de processus des interventions

De la logique du programme (Ridde, 2008), parmi les six types d'évaluation possibles, notamment l'évaluation des besoins, l'évaluation de la pertinence, l'évaluation du processus (implantation) de programme, l'évaluation de l'efficacité (effets), et l'impact, celle relative aux effets (conséquences à court et moyen terme) est la plus courante en pratique et dans la littérature. Ne dit-on pas que pour « faire des omelettes, il faut casser des œufs ». En effet, la pratique de l'évaluation pendant son essor important au cours des années 60 et 70 avec la mise en œuvre des grands projets aux Etats Unis, a visé des objectifs essentiellement sommatifs (*outcome evaluation model*, Mark, 1996 ;Champagne et Denis, 1990). Aujourd'hui, avec l'évolution de la recherche évaluative, Il faut faire prendre conscience aux « développeurs » que sont les agents de santé et les intervenants des projets de développement qu'évaluation ne rime pas avec contrôle (Ridde, 2004). Selon Champagne et Denis (1990), de telles évaluations, centrées uniquement sur l'appréciation des effets apportés par une intervention, ont généralement pour but de décider de la poursuite ou de l'interruption de différents programmes sociaux. Dans ce cas de figure, certains programmes potentiellement bénéfiques risquent d'être abandonnés à la suite d'une évaluation négative, alors même que certains de leurs éléments essentiels n'auront jamais été mis en place (Beaudry, et Gauthier, 1992). Pourtant, l'analyse de processus (implantation), qui est rarement effectuée, aide

essentiellement à décrire le déroulement réel du programme et à déterminer la population bénéficiaire.

On reproche donc à l'approche axée le plus souvent sur les effets (qui s'apparente au modèle de la boîte noire) d'imposer un modèle peu conforme à la réalité d'exécution des interventions, c'est-à-dire de ne pas reconnaître jusqu'à quel point l'efficacité de ces dernières est indirecte (Wess et Rein, 1992, dans Champagne et Denis 1990). En somme, elle propose bien souvent une définition trop étroite des objectifs d'un programme en négligeant de refléter la perspective des différents intervenants et des différents milieux d'implantation. De plus, elle n'assure pas un suivi serré de l'évolution d'une intervention, c'est-à-dire des modifications apportées à celle-ci au moment de son application (Champagne et Denis 1990). Le plus souvent, les planificateurs ont une vision purement théorique du programme, à l'extrême un regard dichotomique caractérisé par l'existence ou l'absence de l'intervention. Cependant, plusieurs auteurs soutiennent que toute intervention est susceptible d'être modifiée en cours d'opération étant donné que les ressources fluctuent d'une période à l'autre, que des changements se produisent périodiquement dans l'environnement, que les priorités et les politiques de services se transforment de façon imprévisible, que les actions entreprises n'ont pas toujours les effets escomptés, etc. (Beaudry, et Gauthier, 1992).

Enfin, il faut insister sur l'importance de planifier et d'utiliser une approche participative d'évaluation car de très nombreux processus évaluatifs n'ont rien donné, si ce n'est la production d'un joli rapport qui est aujourd'hui encore caché au fond d'un tiroir (Ridde, 2004). Or, en nous appuyant sur les données de la littérature, il est de notre devoir de rendre compte de nos interventions, mais également de comprendre que l'intérêt de toute évaluation requiert l'utilisation des résultats.

III. METHODOLOGIE

3.1. Cadre de l'étude

Le Ministère de la santé situé à Conakry est le cadre de notre étude. Il est le principal récipiendaire (PR) désigné par le CCM pour assurer la gestion de la subvention du Round 6 Sida financé par le FM. La direction de la santé publique, point focal à travers le Programme National de Prise en Charge Sanitaire des IST/VIH/Sida (PNPCSP) est responsable de la coordination de l'exécution du programme. Les bénéficiaires secondaires dont entre autres, les hôpitaux nationaux (CHU), les hôpitaux régionaux, les hôpitaux de district, la Pharmacie centrale de Guinée, les établissements privés de santé, les ONG locales, les ONG

internationales et les organisations bilatérales (GTZ, Unité Santé internationale, Solthis, Médecins Sans Frontières...), recourent aux ressources de cette subvention pour la mise en œuvre des activités. Dans le cadre de cette recherche, nous souhaitons parvenir à documenter la mise en place et le processus auquel on pourrait attribuer les retombées immédiates (extrants : biens et services) de ce programme.

3.2. Type et questions d'évaluation

3.2.1. Type d'évaluation

Nous avons choisi l'évaluation de processus pour la conduite de cette recherche. L'évaluation de processus, nous permet également de comprendre les changements éventuels susceptibles d'intervenir favorablement ou défavorablement pendant le déroulement de toute intervention et par conséquent aide à acquérir des connaissances pour la prise de décision et son amélioration. Selon Monier (1992 dans Bégin et al., 1999), ce type d'évaluation est un outil indispensable à la formation de l'action elle-même, à sa mise en œuvre et à son amélioration.

3.2.2. Questions d'évaluation

Dans le cadre de ce travail et eu égard à la logique de ce programme, nous avons tenté de répondre à trois principales questions d'évaluation, auxquelles se rattachent des sous questions fondamentales :

1) Quels sont les rôles des principaux acteurs dans la mise en œuvre de ce programme ?

- Quels sont les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme ?
- Comment sont allouées les ressources aux acteurs ?
- Comment les activités sont-elles réalisées par les acteurs ?

2) Existe-il des écarts entre les extrants attendus et ceux réellement produits par les mécanismes de mise en œuvre du programme ?

- Les ressources (infrastructures rénovées, équipements, personnel formé, médicaments et réactifs) mises en place par le programme assurent-elles la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ?

- Le programme a- t-il la possibilité d'offrir des services de soutien aux personnes vulnérables (travailleuses du sexe, femmes, enfants infectés et affectés, PVVIH) ?

3) Qu'est ce qui explique les écarts?

- Quels sont les facteurs qui favorisent la mise en œuvre du programme ?
- Quels sont les facteurs qui entravent la mise en œuvre du programme ?

3.3. Logique de l'intervention

3.3.1. Description du Programme (Round6 VIH/Sida)

Au niveau du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, un Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/Sida (PNPCSP) a été mis en place pour coordonner la réponse du secteur santé. Ce programme comprend des équipes régionales et préfectorales et est partie intégrante des soins de santé primaires. La lutte contre les IST/VIH/Sida est menée dans les 38 districts sanitaires du pays mais à des degré différents.

Le présent programme étudié vise d'une part à atteindre les objectifs de l'accès universel en améliorant l'offre de services de prévention des IST/VIH/Sida et l'accès de toute la population à ces services et simultanément à renforcer les capacités d'intervention des ONG, de la société civile, de coordination et de suivi/évaluation. *Le But* de ce programme est de réduire la morbidité et la mortalité liée au VIH/Sida pour atteindre l'accès universel d'ici 2012.

Il complète les actions menées par le gouvernement et celles des autres partenaires. On identifie quatre axes stratégiques qui se déclinent en quatre objectifs en conformité avec le cadre stratégique de lutte contre le sida (2003-2007) :

Objectif 1 : Améliorer l'offre de services de prévention des IST/VIH/Sida dans les groupes à haut risque avec 5 domaines de prestation de services.

- Extension des centres de dépistage volontaire : 15 nouveaux.
- Diagnostic et traitement des IST : 25 000 cas par an.
- Sécurité transfusionnelle : 10 000 poches testées par an.
- Prophylaxie post exposition : 200 prestataires des structures de santé publiques et privées formés.
- Prévention de la transmission mère enfant : 42 000 femmes enceintes testées pour VIH par an.

Objectif 2 : Améliorer l'accessibilité et la qualité de la prise en charge thérapeutique et du suivi des PVVIH y compris les personnes co-infectées avec 3 domaines de prestation de services

- Traitement des IO et ARV : 11 320 IO traités par an et 11 000 traitement ARV pour 5 ans.
- Activités conjointes Tuberculoses et VIH (TB/VIH) : 16% des co infectés traités.
- Dépistage précoce et traitement ARV chez l'enfant.

Objectif 3 : Renforcer les capacités d'intervention et le partenariat avec les organisations de la société civile y compris le réseau national des PVVIH, pour améliorer la prévention au niveau des populations vulnérables et la prise en charge psychosociale des malades.

- Communication Changement de Comportement (CCC) et mass média : 70 panneaux.
- Elaboration de document de politique de lutte contre le VIH/Sida sur le lieu de travail.
- Soutien aux PVVIH, aux orphelins et enfants vulnérables.

Objectif 4: Assurer la coordination, le suivi/évaluation du programme sida et la recherche opérationnelle.

- Recherches opérationnelles.
- Système de gestion et de coordination.

Les bénéficiaires de la proposition sont les patients VIH et TB/VIH, les femmes en consultation prénatale CPN, les travailleuses de sexes (TS) et leurs clients, la société civile et les familles affectées. Le Récipiendaire Principal (Ministère de la santé et de l'hygiène publique), fort de l'expérience de la gestion de la subvention précédente (Round2) procédera à la démultiplication des acteurs dans la mise en œuvre. Les sous bénéficiaires seront choisis en fonction des normes décrites dans le manuel de procédures administratives et financières.

Nous avons, dans le cadre du présent programme, cinq catégories d'acteurs : l'équipe projet (ministère de la santé et de l'hygiène publique, PNPCSP), les organes de décision (CCM) ; les membres du contexte dans lequel s'insère le projet, les fournisseurs de ressources externes (partenaires, sous bénéficiaires ou sous traitants, ONG, consultants, assistants techniques) et les destinataires (Fonds mondial, les utilisateurs finaux, directs et indirects).

3.3.2. Description de la logique d'intervention du Round 6

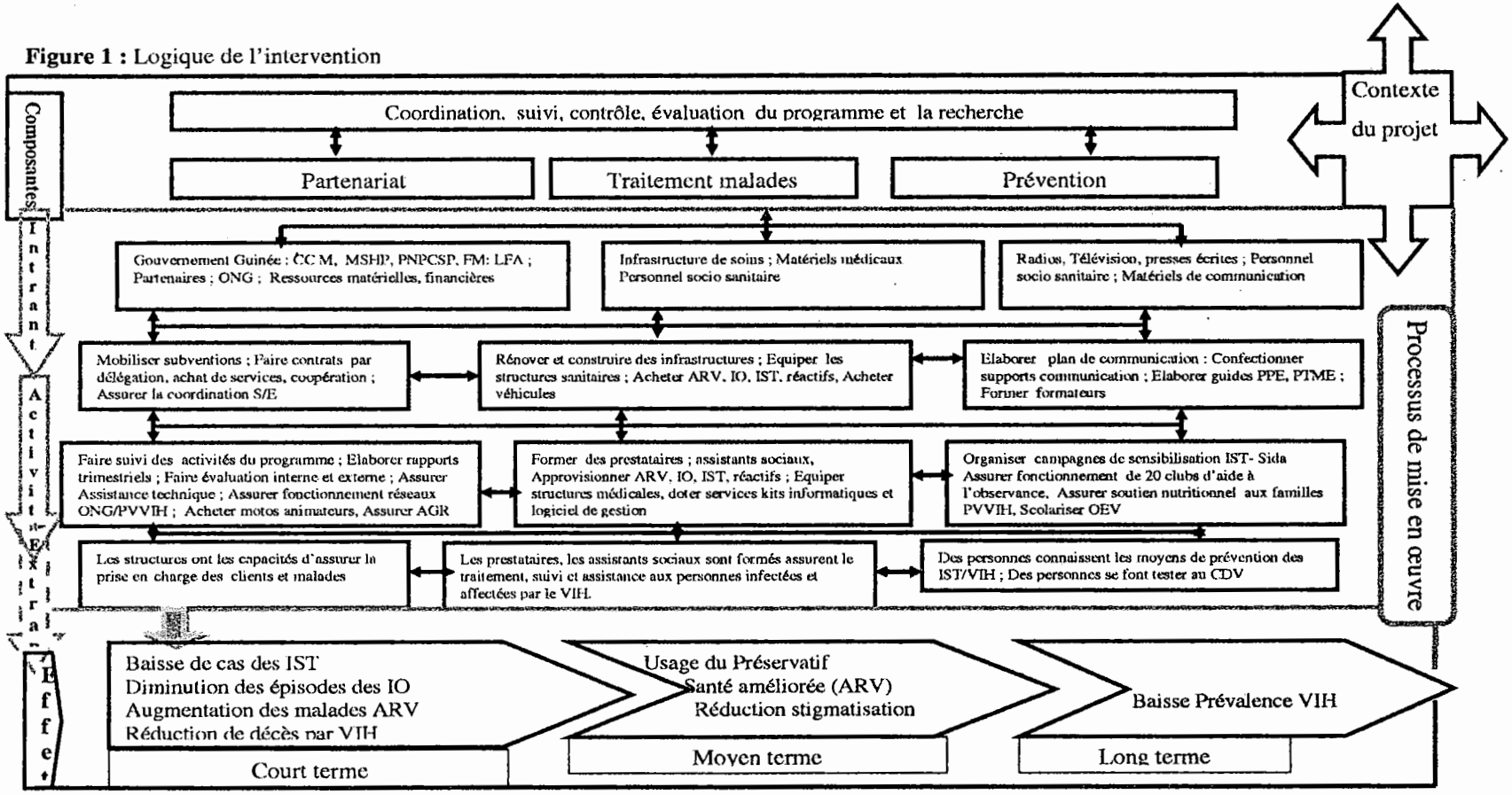
Des ressources humaines, matérielles, temporelles et financières contribuent à la réalisation des activités en rapport avec les quatre composantes. Une ou des activités mises en œuvre

par des acteurs conduisent aux extrants qui sont des retombées immédiates issues des activités. Les extrants se transforment à leur tour en effets à court et moyen terme. La production progressive des effets représente l'amorce de changements populationnels attendus ou non de l'intervention au niveau des bénéficiaires. Toutefois, le programme Roud6 sida constitue une action parmi d'autres entreprises en Guinée qui contribuent notamment à inverser l'épidémie du VIH/Sida. L'atteinte du but, en l'occurrence la réduction de la morbidité et la mortalité est tributaire des facteurs environnementaux dans lesquels le programme évolue.

La présente logique d'intervention indique en substance le schéma du plan opérationnel, ce que le programme est supposé faire avec qui et pourquoi. C'est un plan directeur du programme ; il indique les composantes, les ressources, les activités, les indicateurs, les relations possibles entre les éléments et les séquences de rendement du programme. Il indique ainsi les mesures de rendement du programme et aide à identifier les questions d'évaluation.

Le présent modèle logique indique que si les activités prévues sont réalisées dans les conditions prescrites, les extrants seront produits et les effets attendus contribueront à la réduction de la morbidité et da la mortalité, notamment la réduction des cas d'IST, des épisodes des infections opportunistes (IO) et l'augmentation des personnes soumis aux ARV, puis l'amélioration de l'état de santé des malades PVVIH et baisse de la prévention du VIH (la figure 1 ci-dessous présente la logique d'intervention du programme Sida Round6).

Figure 1 : Logique de l'intervention



Source : *Ouédraogo, 2006*

3.4. Devis de l'étude

Notre devis est une étude de cas unique. Le programme est considéré comme le cas unique à étudier, une étude (de cas) transversale explicative. Par ailleurs, Yin (cité par Massé, 2008), précise que l'étude de cas n'implique pas le recours à un type particulier de données (comme les données qualitatives) ou de méthodes. Au contraire, il poursuit en affirmant que l'étude de cas est une « stratégie de recherche » qui, comme d'autres stratégies telles les stimulations ou les devis expérimentaux, n'est pas liée à un type particulier de données. On peut aussi bien faire une étude de cas en utilisant des données et des méthodes quantitatives aux côtés de méthodes plus qualitatives de cueillette et d'analyse.

Les données collectées permettront de décrire l'implantation du programme et d'expliquer son processus de mise en œuvre en répondant aux questions d'évaluation de cette étude. Une étude de cas est une description détaillée d'un processus donné d'évaluation ou de planification dans son contexte de vie réelle (McCorcle cité par Massé, 2008). A partir du cas, notre mesure portera sur les données produites à partir du lancement du programme de janvier 2008 au 30 novembre 2008 soit une période de 9 mois d'activités révolus.

Les documents relatifs au programme sont des sources des données se rapportant aux acteurs impliqués dans la mise en œuvre, aux activités réalisées, aux produits (extrants) des activités. Les entretiens avec les acteurs nous situent par rapport au processus, au déroulement des activités, et aux facteurs qui influencent le processus de mise en œuvre du programme. De plus, l'observation des acteurs nous permettra de compléter les informations des deux sources précédentes.

Compte tenu de à l'objectif recherché et du type d'évaluation, nous avons choisi l'approche participative pour cette recherche évaluative. Elle consiste à faire participer les acteurs impliqués dans ce programme à travers la recherche de consensus sur la conception particulièrement des questions de l'évaluation, sur la méthode, sur leur implication dans l'exploitation des sources de données et leur avis en ce qui concerne le contenu du rapport de recherche (Ridde, 2008). Cette démarche facilitera la compréhension du programme par tous et l'adhésion quant à l'utilisation des résultats dans la prise de décision pour l'amélioration de la performance du programme.

3.5. Techniques d'échantillonnage et taille de l'échantillon

La population qui fait l'objet de cette étude est l'ensemble des acteurs qui ont un intérêt direct ou indirect vis-à-vis du programme Round6 sida : les acteurs de mise en œuvre, les bailleurs de fonds, les bénéficiaires des services et les partenaires techniques. Un choix

raisonné nous a permis de construire un échantillon hétérogène dans lequel tous les types d'acteurs sont représentés. Le choix raisonné s'explique par le fait que nous voulons assurer que les détenteurs d'enjeux des domaines d'intervention différents fassent partie de notre échantillon. Le choix raisonné des acteurs se justifie également par le modèle de devis de l'étude qui requiert des informateurs clés auprès des différentes catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme.

Notre échantillon s'est limité à 27 personnes soumises à l'entretien direct, après saturation relative aux informations recueillies. Les informateurs sont des acteurs impliqués directement ou indirectement dans la mise en œuvre du programme. Ces acteurs sont entre autres, des acteurs du secteur public, des institutions bi et multilatérale et des ONG/Associations locales et internationales (le tableau III ci-après présente les acteurs ayant participé à l'entretien).

Tableau III : Acteurs ayant participé à l'entretien

Acteurs	Rôles	Nbr
Secteur Public		
Secrétariat exécutif du Comité National de lutte contre le Sida (SE/CNLS)	Coordination de la lutte contre le Sida	2
Ministères Santé et Hygiène publique	Bénéficiaires Principal	1
Ministère Affaires Sociale	Prestataires de services	1
PNPCSP	Coordination	2
Pharmacie Centrale de Guinée (PCG)	Approvisionnement produit	2
Hôpital National Donka	Prestations de service, de soins	3
Hôpital National Ignace Deen	Prestations de service, de soins	2
Direction régionale de la Santé (DRS)	Coordination	1
Hôpital Régional de la Santé (HRS)	Prestations de service, de soins	1
Direction Préfectorale de la Santé (DPS)	Coordination	1
Secteur Privé		
Agent local du Fonds Mondial (LFA)	Suivi et évaluation	1
Agence de Gestion Financière	Gestion de mise en œuvre	1
Société civile		
CCM	Mobilisation de Fonds	2
ONG/Associations locales	Mobilisation communautaire	3
Partenaires extérieurs		
Institutions bi et multilatérales	Financement Plaidoyer	2
ONG internationales	Prestations et Plaidoyer	2
Total		**27**

3.6. Technique de collecte des données

3.6.1. Collecte des données

Au regard des objectifs de l'étude, nous avons jugé pertinent de récolter des données de type quantitatif et qualitatif. En effet, cette approche est susceptible de nous permettre de mieux décrire et d'expliquer le processus de mise en œuvre à travers les documents et les opinions des acteurs impliqués. En outre, le besoin de trianguler les informations a nécessité cette diversification des sources de données. Nous avons fait :

- Une revue des documents du programme Round6 par l'exploration du plan d'actions détaillés, du plan de suivi et évaluation, des rapports internes et externes, des contrats passés entre le PR et les bénéficiaires secondaires, ainsi que de tous documents administratifs susceptibles de nous fournir des informations conséquentes et crédibles dans le cadre du fonctionnement dudit programme.
- Les entretiens semi-ouverts individuels à l'aide du témoignage des responsables et acteurs impliqués dans la planification initiale et/ou la mise en œuvre du projet. Les entretiens portent sur les thèmes reliés aux questions d'évaluation.
- L'observation s'est faite durant les entretiens formels ou informels auprès des acteurs de mise en œuvre, pendant les réunions relatives au programme.

3.6.2. Outils de collecte des données

Pour recueillir les informations sur le terrain, des outils de collecte de données ont été développés (annexes) : une grille pour la revue documentaire, un guide d'entretien semi ouvert individuel, un questionnaire et un guide d'observation.

La grille d'analyse du contenu pour la revue documentaire comporte les objectifs, la liste des indicateurs recherchés en fonction des périodes correspondantes de collecte. Des données textuelles sont recueillies. Le guide d'entretien individuel est élaboré conformément aux thèmes relatifs aux questions d'évaluation retenues dont les principales sont relatives aux rôles des acteurs principaux, aux extrants produits par les activités et aux explications des écarts entre les extrants produits et prévus. Quant au guide d'observation, il comporte la description spatiale et temporelle des structures impliquées, ainsi que le constat fait des activités réalisées. En fin, le questionnaire complète le guide d'entretien, notamment pour des acteurs qui ont préféré compléter des informations par écrit.

3.6.3. Types de données et indicateurs de mesure

En se référant à notre devis, nos données sont mixtes et donc de nature qualitative et quantitative, conformément aux informations nécessaires pour répondre aux questions d'évaluation. Les indicateurs permettent de mesurer le niveau d'atteinte des biens et services immédiats issus directement des ressources engagées depuis le démarrage. Le tableau ci après résume les types de données et les indicateurs correspondants (le tableau IV ci après présente la liste des indicateurs).

Tableau IV : Liste des indicateurs

Données	Indicateurs
Quantitatives	Nombre d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre
	Nombre de contrats attribués avant l'allocation des ressources
	Nombre d'activités prévues
	Nombre d'activités démarrées
	Nombre d'activités réalisées
	Nombre d'extrants prévus
	Nombre d'extrants réalisés
	Taux de réalisation des activités
	Taux de réalisation des extrants
Quantitative	Nature de contrats
	Attitudes des acteurs vis-à-vis du programme
	Attentes des acteurs sur le déroulement des activités

3.7. Méthode d'exploitation et d'analyse des données

Nous avons analysé le contenu des documents disponibles et du contenu des entretiens et toutes autres sources de données susceptibles de fournir des informations utiles dans le cadre du présent travail. Les données quantitatives sont obtenues suite au dénombrement à partir de leur support. Les résultats sont présentés sous forme d'extraits textuels (citations des acteurs) et de tableaux descriptifs. Nous avons tenté de les interpréter et de donner des éléments d'explication conformément aux éléments discursifs et selon nos expériences dans le domaine, tout en étant évidemment conscient du risque de subjectivité lié à cette approche d'analyse. La diversité des sources de données et leur croisement dans l'analyse, renforceront la validité interne de notre étude. Enfin, Nous avons tiré des conclusions, puis formulé des recommandations.

3.8. Limites méthodologiques et difficultés rencontrées

3.8.1. Limites méthodologiques

La première limite à souligner est en rapport avec le type d'étude et le choix de l'échantillon ainsi que la taille de l'échantillon qui ne couvre pas l'ensemble des acteurs impliqués. Les résultats par conséquent ne pourraient être généralisés, c'est un cas unique

dans son contexte. Par ailleurs, nous avons pris des précautions notamment la diversité des sources d'informations par la triangulation, pour réduire les biais liés à la revue des documents et le déroulement des entrevues, mais certains demeurent tout de même.

3.8.2. Difficultés rencontrées

Le temps imparti pour cette étude représente la première difficulté. On n'a pas pu approfondir certains aspects, ceci nous a amené à circonscrire l'ampleur du travail. Il y a également l'indisponibilité de certains acteurs qui n'ont pas pu été interviewés et d'autres qui se sont retenus par rapport à certaines informations pertinentes qui auraient contribuées à la compréhension de certains aspects du processus de mise en oeuvre. Il faut reconnaître aussi que, même si certains acteurs ont été associés, notre approche a été semi participative car compte tenu du temps, nous n'avons pas pu remplir tous les critères de cette participation.

Toutefois, les pistes ouvertes par les informations contenues dans ce travail, contribueront dans un proche avenir, de prendre en compte ces limites et difficultés afin de compléter et d'approfondir ce travail.

3.9. Restitution des résultats

Trois étapes de restitution des résultats de cette recherche évaluative sont prévues :

- Une présentation des résultats aux responsables du Ministère de la santé et l'hygiène publique à Conakry, afin d'aboutir à un consensus sur les points clés du rapport d'évaluation (résultats, recommandations, conclusions) en novembre 2008 : faite le 28 novembre 2008 (Coordinateur Cellule de gestion des Programmes et Projets MSHP ; Coordinateur PNPCSP ; Coordinateur adjoint PNPCSP ; Chargé Suivi et évaluation PNPCSP ; Chargé (adjoint) Prise charge IST-VIH/Sida PNPCSP, ex Directeur National Santé Publique MSHP ; Responsable LFA Guinée ; Prestataire Hôpital National Donka, etc..
- La soutenance du mémoire à l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université de Ouagadougou, dans le cadre de l'obtention du Diplôme de Master en Population et Santé en décembre 2008 : faite le 17 décembre 2008, devant le jury avec mention « Bien » (15/20).
- La validation et la restitution finale au cours d'un atelier organisé par le Ministère de la santé à Conakry, à l'intention de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme en janvier 2009.

IV. RESULTATS

En s'appuyant sur la théorie du programme, notamment sur la chaîne de rendement de la logique d'intervention, nous avons tenté de trouver des éléments de réponses aux trois principales questions de cette analyse.

4.1. Rôles des principaux acteurs de mise en œuvre

4.1.1. Acteurs impliqués dans la mise en œuvre

Le document de Proposition Sida du round6, désigne à travers le CCM Guinée, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) comme le Récipiendaire Principal (PR) de cette subvention Sida du Fonds Mondial (FM). Les quatre composantes du round6, notamment la *Prévention, le Traitement, le Partenariat et la Coordination* sont mises en œuvre, respectivement par les établissements publics, les institutions bilatérales et multilatérales, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et associatives et le secteur privé. Parmi les catégories d'acteurs, le MSHP en tant qu'établissement public, est le principal acteur de mise en œuvre de toutes les composantes dudit programme. Les autres acteurs interviennent plus ou moins, dans les activités de *Prévention* et de l'élargissement du *Partenariat.*

Le document de politique nationale de lutte contre le Sida, adopte une stratégie multisectorielle de lutte contre les IST/Sida. Par conséquent le MSHP est le secteur qui s'occupe des aspects de prise en charge sanitaire (Ministère de la santé, 2008). Ce rôle est joué par le MSHP à travers le Programme de Prise en Charge Sanitaire et prévention des IST-VIH/Sida (PNPCSP), qui veille à l'application effective des directives de lutte contre les IST-VIH/Sida, assure le suivi et l'évaluation des activités planifiées, initie et coordonne les activités de formation et de recherche, recueille et diffuse les informations sur la situation épidémiologique des IST-VIH/Sida. La majorité des répondants, affirme que le MSHP, le PR du round est le maître de l'ouvrage et en même temps le principal opérateur de la mise en œuvre depuis le démarrage ((le tableau V ci après présente les acteurs impliqués).

Tableau V : Acteurs impliqués (sous bénéficiaires) dans la mise en œuvre du programme par le PR1 pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008

Acteurs impliqués	Composantes			
	Prévention	Traitement	Partenariat	Coordination
Etablissement public [2]	Oui	Oui	Oui	Oui
Institutions[3] **bi et multilatérales**	Oui	Non	Oui	Non
ONG locales et Associations	Non	Oui	Oui	Non
Secteur Privé	Non	Non	Non	Oui

Sources : *Plan de travail et Budget annuel, rapports de progrès trimestriels.*

4.1.2. Allocation des ressources aux acteurs

- **L'approche d'allocation des ressources du PR aux sous bénéficiaires (acteurs)**

Le PR s'est appuyé sur l'arrangement contractuel afin de mettre les ressources à la disposition de différents acteurs pour exécuter les activités prévues durant la première année de la phase 1. Parmi les 33 acteurs impliqués dans la mise en œuvre à ce jour, 21 des 22 acteurs relevant de l'Etat ont bénéficié des ressources par *délégation de responsabilité.* Ces 21 établissements relèvent du MSPH, assurent selon les répondants des dits établissements, la mission traditionnelle du MSPH conformément aux domaines couverts dans l'exécution du round6.

Les acteurs, notamment l'Université de Montréal par l'intermédiaire de son projet « Unité Santé Internationale », le Programme Alimentaire Mondial, les 8 ONG/Associations et le Ministère des Affaires Sociale de la Condition Féminine et de l'enfance (MASCFE) et le MSPH mettent en commun leurs efforts par *coopération contractuelle.* Ces derniers

[1] Ministère de la santé et de l'hygiène publique (Principal Récipiendaire du Fonds Mondial en Guinée).

[2] Ministère, Direction nationale, Programme National, Hôpital National, Direction régionale, Hôpital Régional.

[3] Institutions de Coopération technique et de Système des Nations Unies.

participent, à la mise en œuvre respectivement des volets Prise en charge des IST, de l'Appui alimentaire aux orphelins et enfants vulnérables, la Mobilisation communautaire dans la lutte contre les IST-VIH/Sida.

Le PR, par *achat de service,* bénéficie des prestations de l'Agence de Gestion Financière (AGF). Tous les acteurs ayant donné leurs opinions s'accordent sur le fait que le PNPCSP représente l'organe technique du PR, donc l'interface auprès de qui l'allocation des ressources est négociée. En principe, un comité d'étude des contrats doit approuver les contrats, conformément aux indications du manuel de procédures du FM (le tableau VI ci après présente les catégories d'acteurs impliqués selon l'approche d'allocation des ressources).

Tableau VI : Catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre par le PR, selon l'approche d'allocation des ressources pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1 allant du 1er janvier au 31 décembre 2008.

Acteurs impliqués		**Arrangement contractuel**		
		Délégation	Achat services	Coopération
Etablissement public	PNPCSP[4]	Oui	Non	Non
	Pharmacie Centrale Guinée (PCG)	Oui	Oui	Non
	Centre National de Transfusion Sanguine	Oui	Non	Non
	2 Hôpitaux nationaux	Oui	Non	Non
	8 Directions régionales	Oui	Non	Non
	8 Hôpitaux régionaux	Oui	Non	Non
	MASCFE[5]	Non	Non	Oui
Institutions bi et multilatérales (USI, PAM)		Non	Non	Oui
8 ONG locales et Associations		Non	Non	Oui
Secteur privé (Agence de Gestion Financière)		Non	Oui	Non
Total		21	1	11

Sources : *Rapports de progrès trimestriels, requêtes, termes de référence, contrats des sous récipiendaires.*

- **Contrats formels établis entre le PR et les acteurs impliqués**

Sur 33 arrangements contractuels possibles à travers l'allocation des ressources aux 33 acteurs impliqués, le PR a établi 13 contrats, soit 39%. Parmi les 22 acteurs du secteur public, 2 acteurs disposent d'un contrat, notamment la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) pour l'approvisionnement des médicaments, équipement et produits médicaux et le MASCFE pour la formation professionnelle des adolescents infectés et affectés par le VIH. Tous les acteurs ne relevant pas du secteur public sont liés au programme round 6 par un contrat signé par les parties engagées enl'occurrence le MSHP, le PNPCSP et le contractant. Par contre les

[4] Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST-VIH/Sida.

[5] Ministère des Affaires Sociales, de la Condition Féminine et de l'Enfance.

contrats des ONG/Associations locales portent les signatures du PNPCSP et de l'organisation concernée (le tableau VII ci après présente les catégories d'acteurs impliqués selon l'existence de contrat établi).

Tableau VII : Catégories d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre par le PR selon l'existence de contrat formel établi pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1 allant du 1er janvier au 31 décembre 2008.

Acteurs impliqués		**Existence de contrat**		
		Oui	Non	(%)
Etablissement public	PNPCSP	2	20	9
	Pharmacie centrale Guinée			
	Centre National Transfusion Sanguine			
	2 Hôpitaux nationaux			
	8 Directions Régionales			
	8 Hôpitaux Régionaux			
	MASCFE			
Institutions (bi et multilatérales)		2	0	100
8 ONG locales et Associations		8	0	100
Secteur privé (Agence Gestion Financière)		1	0	100
Total		13	20	39

Sources : *Rapports de progrès trimestriels, requêtes, termes de référence, contrats des sous récipiendaires.*

- **Analyse des contrats établis entre le PR et ses sous récipiendaires**

Selon la grille d'analyse utilisée, globalement 12 contrats sur 13 dépassent la moitié de la note totale attribuable (200 points). Avec un seuil acceptable à 75%, 7 contrats auraient pu être acceptés pour la signature avec quelques améliorations, suivant les notes attribuées aux différents éléments des dits contrats. Deux contrats sont satisfaisants et auraient pu aller à la signature tels que soumis. Dans l'ensemble, les contrats devraient être améliorés sur les éléments suivants : le préambule, les principes, le cahier des charges, les moyens mobilisés,

les indicateurs de performances, les mécanismes de suivi, les mécanismes d'évaluation et les modalités d'enregistrement.

Par ailleurs, l'analyse a permis de constater que les contrats relevant des institutions correspondent mieux aux normes. Aussi, les contrats se ressemblent assez dans la forme et le contenu, étant entendu que les objets sont aussi différents que les domaines d'intervention (le tableau VIII ci après présente l'adéquation aux normes des contrats établis).

Tableau VIII : Adéquation aux normes des contrats établis entre le PR et ses sous-récipiendaires pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1 allant du 1er janvier au 31 décembre 2008.

Indices d'appréciation (%)	Nombre	(%)
0 – 54	1	8
55 – 74	3	23
75 – 84	7	54
85- 100	2	15
Total	13	100

Sources : *Rapports de progrès trimestriels, conventions, contrats des sous récipiendaires et Grille d'analyse de contrat.*

- **Illustration de l'approche contractuelle de l'allocation des ressources aux acteurs**

Au terme de l'exploitation des documents, de recueil des opinions des acteurs à travers les séries d'entretien, des réponses aux questions et de l'observation directe des pratiques, le schéma 1 ci-dessous nous paraît proche de la réalité. Il montre des approches de relations développées par différents acteurs impliqués, dans la transformation des ressources de la subvention du round6, par l'intermédiaire du PR en biens et services au bénéfice de la population. Ces relations se traduisent par des négociations entre les acteurs à différents niveaux, nous sommes parvenus à identifier trois principales catégories d'acteurs :

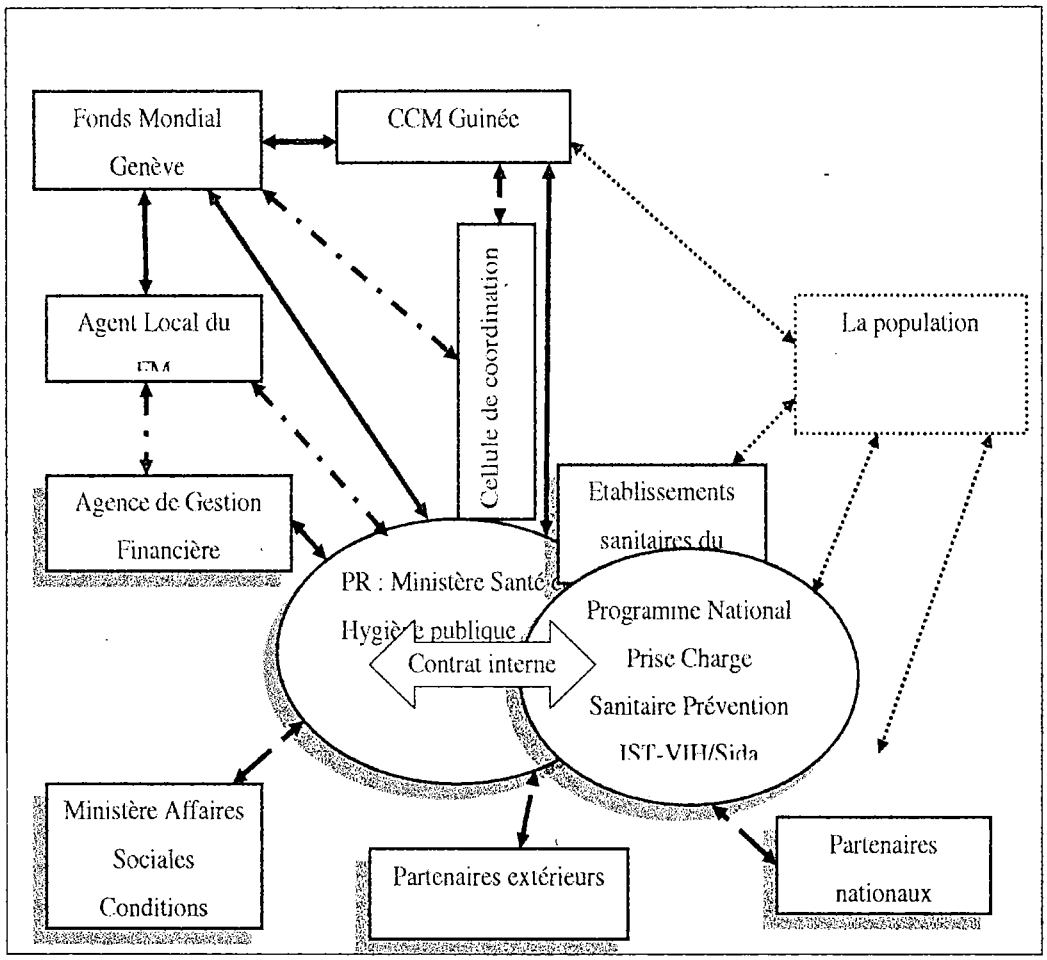
- Les mobilisateurs de la subvention : le MSHP qui à travers CCM soumissionne la proposition du programme au FM. Une fois que la requête est admise pour la

subvention, le FM se fait représenter au niveau pays par un cabinet privé, qui prend le nom de l'Agent Local du Fonds auprès des organes de coordination pays.

- Les transformateurs des intrants (ressources) : le MSHP, PR allouent par contrats des ressources aux sous bénéficiaires (partenaires) locaux et extérieurs pour l'exécution du programme Round6.
- Les utilisateurs des biens et services : la population est le bénéficiaire de biens et services de la subvention.

Ces trois acteurs ont des relations réciproques. Ils négocient les ressources et sont permanemment engagés dans des conflits d'intérêt qui contribuent à la production des biens et services (la figure 2 ci après, illustre l'approche contractuelle de l'allocation des ressources).

Figure 2 : Illustration de l'approche contractuelle de l'allocation des ressources



Source : inspirée du diagramme de Seck, 2008

Contrat interne par délégation de responsabilité

Contrat par achat de services ou sous-traitance

Contrat par coopération

Contrat d'objectifs

Contrats moral et de services

4.1.3. Activités réalisées par les acteurs

- **Réalisation des activités par composantes**

Pour la mise en œuvre des quatre composantes du programme, 104 activités étaient prévues pendant les trois premiers trimestres. Globalement, 75 activités ont effectivement démarré et 57 activités ont contribué à la production des produits attendus soit 55% de réalisation.

Par composantes les taux de réalisation se rapprochent. La composante relative à l'élargissement du *Partenariat* dans lutte contre le VIH a atteint le maximum avec 68% des activités réalisées, suivie des composantes *Préventions* et la *Coordination*. Les activités destinées au *Traitement,* sont réalisées à 41%. Pour maints acteurs, l'acquisition des intrants notamment les médicaments et autres équipements médicaux conditionnent la réalisation d'un certain nombre d'activités liées au *Traitement* (le tableau IX ci après présente le niveau de mise en œuvre des activités par composante).

Tableau IX : Niveau de mise en œuvre des activités par composantes durant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008.

Composantes	Activités prévues	Activités démarrées	Activités réalisées	Taux de réalisation (%)
1. Prévention IST/VIH	29	22	16	55
2. Traitement des malades	17	16	7	41
3. Partenariat élargi	28	19	19	68
4. Coordination, suivi/évaluation et recherche	30	18	15	50
Total	104	75	57	55

Sources : *Plan de travail et Budget annuel, rapports de progrès trimestriels, requêtes, termes de référence, contrats des sous récipiendaires.*

- **Réalisation des activités par catégories budgétisées**

Par catégories d'activités budgétisées, il existe un écart important entre les taux de réalisation spécifique. Les 3/4 des activités relatives à la *Planification/Administration* ont été atteints, suivi des activités relatives à la *Formation*, *Support aux bénéficiaires* réalisées à 69% soit plus 2/3 prévues, et celles relatives aux *Ressources humaines* et *Infrastructure/Equipement* avec un taux qui dépasse la moitié des activités prévues soit respectivement à 63% et à 58%. A l'opposé, pour les catégories notamment, *Médicaments, Produits/Equipements médicaux, Matériel de communication, Suivi/Evaluation,* une seule activité a été effectivement réalisée dans chacune sur l'ensemble prévu. Les opinions des acteurs sur cette faible performance dans la réalisation de ces activités sont diverses. Toutefois, la tendance générale évoque à une mauvaise planification des dites activités d'une part et de l'autre, le doute sur la capacité des acteurs engagés pour mener à bien ces activités. La lourdeur des procédures du bailleur et l'infarctus des voies de communication entre les différents acteurs qui interagissent dans l'accomplissement de ces activités sont aussi des arguments qui sont dégagés par des répondants (le tableau X ci après présente le niveau de mise en œuvre des activités selon les catégories budgétisées).

Tableau X : Niveau de mise en œuvre selon les principales catégories d'activités des composantes du programme pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1 , allant du 1er janvier au 31 décembre 2008.

Composantes par activités		Activités prévues	Activités démarrées	Activités réalisées	Taux de réalisation (%)
1. Prévention et Traitement	Matériel de communication	4	1	1	25
	Infrastructure/Equipement	12	7	7	58
	Formation	29	22	20	69
	Produits/Equipements médicaux	12	12	1	8
	Médicaments	4	4	1	25
2. Partenariat élargi et coordination, suivi/évaluation, recherche	Support aux bénéficiaires	16	12	11	69
	Planification/Administration	12	9	9	75
	Suivi/Evaluation	3	2	1	33
	Ressources humaines	8	5	5	63
	Assistance technique	4	1	1	25
Total		104	75	57	55

Sources : *Plan de travail et Budget annuel, rapports de progrès trimestriels, requêtes, termes de référence, contrats des sous récipiendaires.*

4.2. Extrants produits par le programme depuis son démarrage

Au regard du plan de travail, autrement dit le plan de suivi et d'évaluation de la première phase du round 6 et des réalisations assurées par l'exécution des tâches planifiées, nous avons réussi à mesurer les écarts grâce aux indicateurs de processus.

4.2.1. Les écarts dans la production des extrants de la composante *Prévention*

Quatre indicateurs relatifs à la composante *Prévention* sont mesurés dans le but de rendre compte des biens et services produits au terme des activités en l'occurrence. Le *nombre d'échantillons de sang ayant fait l'objet d'un test VIH/Syphilis/Hépatite B et C* est allé au delà de ce qui était attendu, avec un écart positif de services de 1 518 qui représente près du cinquième des services attendus. En outre, on ne dénote pas d'écart en ce qui concerne le *nombre de CDV intégré et opérationnel pour le dépistage du VIH*, ainsi que le *nombre prestataires formés à la Prévention Post Exposition (PPE)*, soit respectivement un taux de réalisation de 100%. Cependant, il existe un écart de moins de 15 centres rénovés et équipés de PTME sur 25 prévus pour le dépistage du VIH chez les femmes en âge de procréer et spécifiquement pour les femmes enceintes lors des consultations pré natales au niveau des Centres de Santé et Service de Maternité. Aucun service adapté pour la prise en charge des professionnels du sexe n'a pu être mis en place pour la prise charge syndromique des infections sexuellement transmissibles, particulièrement chez ce groupe vulnérable au VIH (le tableau XI ci après présente le niveau de réalisation des extrants relatifs à la composante Prévention).

Tableau XI : Niveau de réalisation des extrants selon les indicateurs clés de la composante Prévention des IST/VIH pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008.

Prévention IST/VIH	Extrants prévus	Extrants réels	Ecarts	Taux de réalisation (%)
Nombre de structures de santé adaptées à la PEC syndromique des IST chez les TS	10	0	-10	-
Nombre de CDV intégré et opérationnel	8	8	0	100
Nombre de poche de sang transfusé ayant fait l'objet d'un test VIH/syphilis et hépatites B et C	9000	10518	+1518	117
Nombre de prestataires formés à la PPE	90	90	0	100
Nombre de centres rénovés et équipés pour PTME	25	10	15	40
Total	9133	10626	+1493	116

Sources : *Plan de suivi et évaluation annuel, Rapports de progrès trimestriels, requêtes, termes de référence, contrats des sous récipiendaires.*

4.2.2. Les écarts dans la production des extrants de la composante *Traitement*

Les quatre indicateurs requis pour mesurer les produits de la composante Traitement montrent un taux de réalisation satisfaisant dans l'ensemble, excepté le *nombre de prestataires des centres ambulatoire de traitement de la Tuberculose (CAT) pour la prise en charge conjointe du VIH et de la tuberculose chez des personnes co-infectées*, avec 50% soit moins 20 prestataires des CAT non formés. Plus 360 *personnes infectées par le VIH ont*

bénéficié du traitement par les médicaments antirétroviraux pendant les trois premiers trimestres. Toutefois, il a été fastidieux pour nous, d'identifier concrètement le nombre de traitements ARV, attribuable aux seules activités du round6, à partir des souches de traitement ou des témoignages des acteurs. C'est pourquoi, un indicateur qui nous semble pertinent, notamment le *nombre de nouvelles structures sanitaires intégrées pour la prise en charge de la cohorte de malades ARV round6* qui ne figure pas dans plan de suivi et d'évaluation, aurait pu aider à lever cette nuance (le tableau XII ci après présente le niveau de réalisation des extrants relatifs à la composante Traitement).

Tableau XII : Niveau de réalisation des extrants selon les indicateurs clés de la composante Traitement des malades VIH pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008.

Traitement des malades VIH	Extrants prévus	Extrants réels	Ecarts	Taux de réalisation
Nombre de nouvelles structures sanitaires de PEC des malades VIH				
Nombre de personnels formés à la PCIMAA	120	120	0	100
Nombre de PVVIH recevant un traitement IO	8700	8630	-70	99
Nombre de PVVIH recevant un traitement ARV	750	1110	+360	148
Nombre de prestataires CAT formé à la PEC co-infection TB/VIH	40	20	-20	50
Total	9610	9880	+410	103

Sources : *Plan de suivi et évaluation annuel, Rapports de progrès trimestriels, requêtes, termes de référence, contrats des sous récipiendaires.*

4.2.3. Les écarts dans la production des extrants de la composante *Partenariat*

Toutes les activités relatives au *Partenariat*, ont produit des services attendus avec des différences plus ou moins importantes. Les extrants des deux premiers indicateurs sont réalisés à 3/4 et à plus de 2/3 avec des écarts respectifs de moins de 20 *membre d'ONG et*

autres partenaires formés en communication interpersonnelle et de moins de 2 *Activités génératrice de Revenu (AGR) pour l'appui aux femmes infectées et affectées par le VIH.* Par contre, on observe un écart de près de plus 2 fois le nombre prévu de *familles PVVIH et OEV recevant un appui nutritionnel* soit 255 familles et OEV supplémentaires (le tableau XII ci après présente le niveau de réalisation des extrants relatifs à la composante Partenariat)..

Tableau XIII : Niveau de réalisation des extrants selon les indicateurs clés de la composante Partenariat pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008.

Partenariat élargi	Extrants prévus	Extrants réels	Ecarts	Taux de réalisation
Nombre de membres d'ONG et autres partenaires formés en communication interpersonnelle	60	40	-20	67
Nombre d'AGR de femmes infectées et ou affectées appuyées	8	6	-2	75
Nombre de familles PVVIH et OEV recevant un appui nutritionnel	150	405	+255	270
Total	218	451	233	207

Sources : *Plan de suivi et évaluation annuel. Rapports de progrès trimestriels. requêtes, termes de référence, contrats des sous récipiendaires.*

4.2.4. Les écarts dans la production des extrants de la composante *Coordination*

Pour la composante Coordination, seules les activités relatives à l'acquisition de véhicules de supervision ont produit avec succès l'extrant attendu avec un taux de réalisation à 100%. Une seule réalisation est notable en ce qui concerne les *Supervision*, les *Etudes/Enquêtes* et *l'Appui aux ONG* (le tableau XII ci après présente le niveau de réalisation des extrants relatifs à la composante Coordination)..

Tableau XIV : Niveau de réalisation des extrants selon les indicateurs clés de la composante Coordination, Suivi/Evaluation et la recherche pendant les trois premiers trimestres de l'an 1 de la phase 1, allant du 1er janvier au 31 décembre 2008.

Coordination, Suivi/Evaluation et recherche	Extrants prévus	Extrants réels	Ecarts	Taux de réalisation
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Nombre de supervisions (nationales, régionales, préfectorales et ONG) réalisées	2	1	-1	50
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Nombre d'ONG appuyées	3	1	-2	33
Total	10	5	-5	50

Sources : *Plan de suivi et évaluation annuel, Rapports de progrès trimestriels, requêtes, termes de référence, contrats des sous récipiendaires.*

4.3. Eléments d'explication des écarts entre extrants réels et prévus

Nous avons abordé avec les acteurs, deux volets qui nous ont paru pertinents pour trouver des éléments d'explication des écarts constatés à travers les réalisations. A partir des documents et des extraits textuels des acteurs auxquels nous avons eu accès durant les deux mois consacrés à cette étude, nous tenterons d'expliquer des facteurs synergiques à la transformation des ressources mobilisées pour la réalisation des extrants et les facteurs qui entravent la réalisation des extrants.

4.3.1. Les facteurs synergiques

Les répondants s'appuient sur des arguments relatifs au contexte international et local de lutte contre le Sida, mais également sur des aspects relatifs à la prise de conscience individuelle face aux effets tangibles perçus tous les jours de près ou de loin.

- **Du contexte international de lutte contre le VIH**

De l'avis de la majorité des acteurs, l'existence de subventions durables comme celle du FM et d'autres subventions destinées à lutter contre le Sida, contribue à mettre en pratique les différentes politiques et stratégies dont disposent les pays dans le cadre de lutte contre le Sida, particulièrement dans les pays à ressources limitées comme la Guinée. Ainsi témoigne un acteur des organes de coordination du Round6 : « *...c'est l'existence d'abord de financement. Je pense que ça c'est fondamental. Le fait qu'il y ait de l'argent disponible pour prendre en charge tous les aspects liés à la mise en œuvre de ce programme* ». Egalement, il ressort aussi dans cette étude que la volonté internationale de voir tous les acteurs s'impliquer dans la lutte constitue un atout. Selon l'avis d'un partenaire de mise en œuvre : « *...la volonté de tous les partenaires, de tous les acteurs à s'investir réellement dans la mise en œuvre de ce programme, je pense que ce sont des facteurs vraiment, de nature à favoriser disons les activités...* »

- **Du contexte local de lutte contre le sida**

L'existence de programmes parallèles de lutte contre le Sida est de l'avis d'un certain nombre d'acteurs un élément de force pour mener à bien ce programme. Aussi, l'implication des décideurs pour faciliter en améliorant la gouvernance, l'équité et la transparence dans la gestion de la chose commune est gage de réussite de tels programmes destinés aux personnes vulnérables. L'avis suivant est partagé par plusieurs observateurs : « *...développer un cadre de communication et de transparence entre les instances de décision d'une part, mais de l'autre côté aussi, entre les acteurs de mise en œuvre. Renforcer l'aspect gouvernance, la transparence et l'équité...* ». L'implication de l'ensemble des acteurs qui ont des responsabilités dans des domaines spécifiques dans la lutte contre le Sida est aussi un moyen pour favoriser l'exécution de toutes les activités inscrites. Pour un responsables de la société civile (ONG/Associations) : « *Si les collectifs sont responsabilisés, je pense que ça va faciliter l'harmonisation des programmes, ça va faciliter le cadre de concertation, ça va faciliter aussi la mobilisation des données...* ».

En outre, les acteurs estiment que certaines reformes au niveau des instances locales peuvent ajouter un plus pour décrisper certaines léthargies à des moments difficiles. En suivant ce propos par exemple « *...la restructuration du CCM est un facteur extrêmement important. Parce que si au début de ces programmes FM depuis 2003, ça n'a pas marché, parce que le président du CCM est d'une même entité que le PR. Il ne peut pas décider contre lui-même. Donc, avec cette restructuration du PR, nous sommes en droit de dire que certaines décisions bénéfiques sont possibles.* Pour autant, le suivi des activités par les instances de coordination apparaît aussi comme un élément de surveillance qui peut promouvoir et accélérer l'exécution du Round6. Reprenant cet acteur *: « .... actuellement je crois qu'il y a quand même un CCM qui est fonctionnel. Qui suit. On demande au PNPCSP de temps en temps lors des réunions, de venir faire le point des activités, ce qui a été réalisé, ce qui n'a pas été réalisé, pourquoi ça n'a pas été réalisé. Il y a un mécanisme de suivi et ce CCM est indépendant par rapport au MSPH.* Pour les uns, le renforcement de capacité du PR pour une meilleure et adéquate réaction aux sollicitations du FM doit aussi être recherché. Au dire de ce partenaire, cela se justifie par des progrès constatés ces derniers moments : « *... Je crois que le PNPCSP a muri. Il y a quand même un certain nombre de personnes qui sont maintenant au niveau du PNPCSP qui ont une connaissance assez poussée des procédures au niveau du FM et qui fait qu'il y a un certain nombre de choses qui bougent. Ils (PR) ont amélioré substantiellement aussi, leur capacité d'absorption, ce qui est aussi un élément important au niveau du round6.*

Tandis que d'autres acteurs des organes de coordination nationale insistent sur le fait que les interlocuteurs du FM doivent aussi avoir la capacité en termes de qualification, d'expériences et de promptitudes dans le traitement des données qui sont soumises à leur appréciation.

- **De la prise de conscience individuelle face aux effets tangibles perçus tous les jours de près ou de loin**

La participation des personnes infectées et affectées à la lutte contre le VIH contribue à promouvoir les actions entreprises dans ce sens. La prise de conscience individuelle et collective est importante pour l'atteinte des objectifs. Comme le dit ce prestataire de services : « *... je félicite les personnes vivant avec le VIH. De plus en plus, elles prennent connaissance de leur maladie. C'est-à-dire elles considèrent le sida comme toutes autres maladies. Mieux elles sont conscientes du fait que vraiment, elles doivent être assidues, elles doivent prendre les médicaments. Ce qui fait que, à visage découvert, elles viennent prendre librement leurs*

médicaments. » A partir du moment où le bénéficiaire prend conscience de la nécessité d'utiliser les services offerts, chacun à son niveau se voit accorder une importance liée à ses efforts.

4.3.2 Les facteurs qui entravent la mise en oeuvre

Ici encore, les acteurs s'emploient à soutenir des arguments relatifs au contexte international et local comme des éléments cruciaux qui peuvent, on ne peut mieux, affecter le déroulement de l'exécution dans l'espace et dans le temps. D'autres parlent également de problèmes techniques liés à la gestion des ressources par les acteurs impliqués.

- **Du contexte international**

La lutte contre le VIH est plus que la maîtrise de l'évolution d'une maladie mortelle, il également démontré que c'est un véritable problème de développement. Faire face au VIH, requiert une mobilisation multisectorielle. Ce cadre du secteur public par exemple est conscient des enjeux associés aux difficultés actuelles : «*...le VIH étant une maladie liée à la fois à un problème de développement, de pauvreté plus qu'à une simple maladie. Je me dis que ça se situe dans le même panier que les autres problèmes de développement auxquels le pays, n'arrive pas à faire face financièrement. Egalement, parce qu'à cause de la corruption très développée ici...*

La subvention du FM existe dans bon nombre de pays, encore faut il s'inspirer des meilleures pratiques pour rendre fluide cette mise en œuvre, pour satisfaire de nombreuses attentes du bailleur et des utilisateurs des services. La majorité des acteurs estiment que la subvention du FM, n'existe pas qu'en Guinée. Pour bon nombre, le monopole de l'exécution du Round par le PR, est un facteur de risque car le PR est loin d'avoir la capacité de faire tout. Selon l'opinion d'un acteur de la société civile : «*...dans les autres pays, le Burkina, le Mali, le Sénégal où ils ont le personnel, ils ont la compétence. Mais ils vont quand même, collaborer et sous traiter avec les partenaires parce qu'on ne peut pas avoir toutes les compétences et même quand on a toutes les compétences sur un pays vaste, il faut aller vite. Par ce que le VIH aujourd'hui, c'est vraiment une situation dramatique. Et pour ça il faut vraiment sous-traiter avec d'autres partenaires. Je prends le cas de la PTME, aujourd'hui, on est désolé. Mais à ce stade on devrait pouvoir couvrir l'ensemble du pays en sites PTME. Mais on n'est encore à quelques uns qui ne font même pas le tiers du pays.*

- **Du contexte local de mise en œuvre**

La situation sociopolitique et la gouvernance sont évoquées par plusieurs répondants. Depuis près de 5 ans, le pays vit dans un contexte d'instabilité sociopolitique récurrente qui affecte tous les secteurs. La mauvaise gouvernance qui se caractérise par la gestion disons calamiteuse des dépenses publiques et le manque de transparence, constats faits par certains acteurs du secteur public et partenaires, ne garantit pas la confiance entre le pays et les bailleurs de fonds. Au fait, les conséquences de ce contexte se matérialisent par la rareté des fonds ou le retard de mise à disposition des fonds existants. A en croire cet auteur : « ... *la Guinée au niveau africain est classée par Transparency comme le premier corrompu en Afrique. Rien qu'avec cette image, l'aspect mobilisation des fonds en faveur de ce pays, un facteur de blocage. Du fait qu'aussi l'environnement politique des échéances électorales qui sont là, qui ne donnent pas une bonne impression, qui laissent les bailleurs dans une position attentiste ne contribue pas aussi, à mobiliser les fonds rapidement pour le pays. Ce qui fait qu'il y a tout le temps des conditions qui émergent liées au décaissement par le bailleur.* Cette situation de va et vient entre le PR et le FM, contribue à endormir le PR et démotiver les sous bénéficiaires qui perdent confiance aux promesses du PR.

- **De problèmes techniques liés à la gestion des ressources par les acteurs impliqués**

De l'avis général, peu d'acteurs ont été invités au lancement de ce programme. Les sous bénéficiaires potentiels dans leur majorité ignorent le contenu du plan opérationnel de travail et du Manuel de Procédures Administratives et Financières. L'atelier de démarrage durant lequel l'équipe du projet est présentée, ainsi que le détail du manuel de procédures liées à l'utilisation des ressources aux acteurs, est déterminant pour la réussite des interventions. Mais de l'avis de ce partenaire potentiel, ce n'est toujours le cas : « ...*c'est le problème d'informations. Il y a un manuel de procédures qui est produit. Mais malheureusement, c'est tout récemment lorsqu'on a été bloqué par rapport à certains décaissements, qu'on s'est rendu compte qu'il existe. Si les gens ne sont pas informés de tout ça, avant d'envoyer un projet, des requêtes, donc vraiment, ça va constituer des obstacles* ». D'autres acteurs ajoutent que les procédures mêmes du FM, si elles ne sont pas claires et qu'elles ne sont pas bien comprises par ceux qui doivent les appliquer constituent aussi des difficultés. *Selon, cet acteur du secteur privé : « Le fait que les gens, les acteurs qui sont impliqués très souvent font une mauvaise lecture des procédures du FM. Et là, quand vous ne comprenez pas très bien, forcément c'est des facteurs de retard. Mettez en œuvre une norme, une procédure, vous ne la faites pas telle que prescrite par le FM, ça se bloque à un niveau et vous allez perdre*

un, trois voir même 6 mois. Les conditionnalités sont souvent peu réalistes devant certaines situations, surtout dans les procédures d'approvisionnement... ».

Par ailleurs, l'aspect managérial du PR est aussi vivement décrié par la majorité des acteurs des instances de coordination, tel qu'illustré par les propos de cet acteur : *« ... l'aspect managérial pour la collecte des informations et la sortie du rapport à temps. Parce que, c'est ce rapport qui est contractuel. Le rapport, il est à la fois technique et financier. Et, s'il y a un retard dans la production, retard dû vraiment a une insuffisance, de suivi-supervision. Parce que, quand on fait un suivi rapproché et une supervision régulière qui est à la fois formative, on récupère les informations qui permettent de faire l'agrégation pour produire le rapport. Mais si ceux qui sont mandatés pour diligenter cet aspect doivent attendre que les sous bénéficiaires déposent les rapports, je pense que ça va freiner un peu l'allure de la mise en œuvre... ».*

V. DISCUSSION

A partir des résultats observés durant cette étude, nous constatons que la réalisation des biens et services a été possible grâce à la transformation des intrants par l'interaction entre acteurs impliqués dans l'exécution du Round6 Sida. En se focalisant sur les données, nous allons tenter de les interpréter de manière fidèle, puis de leur donner un sens qui, nous espérons sera utilisé à bon escient par les acteurs pour l'amélioration de la mise en œuvre.

Cette discussion se fera autour de trois éléments principaux, relatifs à nos trois questions d'évaluation, notamment le rôle des acteurs impliqués, les écarts entre les extrants prévus et ceux réalisés et les éléments d'explication des écarts.

5.1 Rôles des principaux acteurs de mise en œuvre du Programme Round 6 Sida FM, Guinée

5.1.1. Acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme

Le PNPCSP, est le principal sous bénéficiaire du MSHP, mais également l'interface entre le PR et les autres sous bénéficiaires. Les sous bénéficiaires ne relevant pas du MSHP, représentent une faible proportion avec 12 sous bénéficiaires soit 36%, contre 21 sous bénéficiaires liés directement au MSHP soit près des 2/3 (64). Cela dénote, la difficulté que nous avons eue pour situer la position véritable du PNPCSP dans la gestion du FM. Il apparaît

tantôt en sous bénéficiaires quand il est question de débloquer les fonds par ces cadres pour l'exécution des activités sur le terrain à l'image des autres acteurs, ou tantôt « PR » quand il y a contractualisation pour allouer les ressources aux acteurs de terrain. Toutefois, selon l'avis même de certains acteurs du PNPCSP : *« le PNPCSP est le Programme consacré par le MSHP, selon sa mission à coordonner l'analyse, la formulation des propositions FM et assure naturellement la mise en œuvre. Le PNPCSP est explicitement un sous bénéficiaire du MSHP. Fait figure également, de PR d'autres façons puisque. Il est pratiquement le réceptacle de toutes les requêtes devant bénéficier de quelconques ressources du FM en Guinée, il traite également toutes les questions relatives à cette subvention adressée par le FM au PR ».*

Cependant, la tendance générale ne partage pas cet avis. Pour d'aucun, la proposition du Round6 est multisectorielle, comme la lutte contre le Sida, l'est d'ailleurs naturellement. Pour eux la répartition des tâches a été faite dès le départ, pendant la planification qui a vu la participation de l'ensemble des acteurs potentiels. Même, si ce principe a du mal à s'appliquer dans la réalité aujourd'hui, de toute évidence pour la réussite de la mise en œuvre le MSHP a plus à gagner en se focalisant sur la coordination que de s'impliquer dans des activités de terrain non essentielles. Comme témoigne ce partenaire : « *... j'ai eu la chance d'être recruté comme consultant pour rédiger cette proposition Round6, personne ressource pour les autres subventions FM en Guinée. La démarche de la planification d'abord a été participative, ce qui sous-tend une mise en œuvre naturellement participative. Au moment de la planification, on a identifié les différents acteurs, de toutes les 4 composantes : secteur public, secteurs privé, société civile y compris les Organisations de personnes vivant avec le VIH. Et, ce listing cible cite nommément les sous bénéficiaires potentiels. Mais comme si le PR, ne sait pas faire l'économie du passé, comme le round2, nous avons constaté après le décaissement du premier fonds, que le PR fait tout à la place des autres acteurs* ».

Il est ressort de ce qui suit que le PNPCSP est incontournable dans la mise en œuvre du Round6. Etant, l'instrument technique du MSHP dans l'application de ses stratégies de lutte contre le Sida, jouer son rôle d'intendant lui facilitera la coordination des actions entreprises dans la lutte contre les IST-VIH/Sida.

5.1.2. Allocation des ressources aux acteurs

- **L'approche d'allocation des ressources du PR aux sous bénéficiaires (acteurs)**

Sur les 33 sous bénéficiaires de mise en œuvre, les ressources sont allouées par *Délégation de responsabilité* aux 21 sous bénéficiaires du MSHP. Mais, pour ces 21 sous bénéficiaires, le PR aurait établi un contrat formel avec seulement la PCG qui assure l'approvisionnement en médicaments et produits et équipements médicaux. Par contre les 13 autres sous bénéficiaires disposent d'un contrat dûment établi avant l'allocation des fonds, soit 39% de l'ensemble. En dehors de l'Agence de Gestion Financière, qui est du secteur privé qui vend ses services au PR par *Achat de services*, les 12 autres disposent de *Contrat de coopération* avec le PR.

L'approche contractuelle est une « vieille nouveauté » pour la plupart des pays africains qui ont commencé par l'Etat providence. La gestion par approche contractuelle s'explique à priori par l'émergence de l'approche contractuelle des années 90 à nos jours et pour cause selon Seck (2008), entre autres : la multiplicité et diversité des acteurs impliqués dans la santé ; mieux cibler le champs d'intervention (prestation de services, achat de services, financement de la santé, gestion des services de santé) ; promouvoir la décentralisation et participation communautaire ; la nécessité pour l'Etat de suivre les performances du système et d'orienter les actions afin de répondre aux besoins des populations ; la reconnaissance réciproque des acteurs et la concertation, etc..

Pourtant cette approche, n'est pas courante car les données ci-dessus en témoignent pour le cas de la gestion du Round6 par une structure de l'Etat (MSHP).

Toutefois, les avis à propos de la faible contractualisation sont contrastés. Les uns parlent, de la volonté du PR, car celui-ci n'a pas tenu à informer suffisamment les acteurs sur les possibilités de partenariat et les autres pensent que les règles dictées par le FM en seraient pour quelque chose. Pour cet acteur par exemple, c'est juste un problème de communication relative aux activités : *le déficit d'information par rapport aux activités du Round6. Par exemple, je ne connais pas le manuel de procédures du programme, je ne connais pas non plus le PAO (Plan annuel Opérationnel) qui peut me permettre de connaitre les requêtes que je dois faire formuler afin de participer à la mise en œuvre des activités.* Cependant un autre partenaire pense qu'il y a anguille sous roche, par ce qu'il a du mal à comprendre les deux langages du FM, selon qu'il se retrouve avec le PNPCSP/PR ou selon qu'il se retrouve avec les partenaires : « *...si je prends par exemple le cas de la sous-traitance. La Guinée nous a toujours dit, le Programme national nous a toujours dit : oui, on peut sous traiter. Le FM nous a dit : nous les obligeons. Nous voulons qu'ils sous traitent. Mais quand on veut passer*

à l'acte concret, vraiment ça pose des problèmes. Le FM pose pas mal de questions. Mais puisque le FM veut que le programme soustraite, moi je me dis que le FM devait être quand même un peu plus souple de dire même si c'était prévu dans le programme antérieurement, maintenant on peut les autoriser à le faire de façon à permettre que ces activités se fassent... ».

Par ailleurs, en ce qui concerne l'absence de contrat entre le PR et les sous bénéficiaires qui relèvent du MSHP, on n'a pas trouvé de raisons convaincantes. De l'avis de tous les acteurs, le contrat demeure un outil de gestion par excellence. Mais pour certains acteurs (MSHP, PNPCSP, Hôpitaux), ces structures peuvent être considérées comme des prolongements du MSHP pour ces missions auprès de la population. Comme soutien cet acteur du secteur public : « *ces structures en même enseigne que le PNPCSP, sont selon moi, des extensions du MSHP. Quand l'Etat met des ressources à leur disposition, c'est obligatoire qu'elles assurent le rôle qu'elles jouent dans leur domaine d'interventions respectif contenu dans la subvention round6. Il n'y a donc pas de contrat écrit entre ces structures et leur tutelle dans le cadre du Round6. La façon dont entre autres le Choléra, le Paludisme, la Lèpre sont gérés par ces structures de santé, c'est de la même façon que le Sida doit être géré...* »

Le contrat étant un document juridique et de suivi et d'évaluation par excellence, qui lie les parties qui s'engagent à collaborer en mettant en commun leurs efforts, faut-il passer outre en ce qui concerne les *contrats par délégation de responsabilité* pour notre cas présent. En l'absence de contrat, rien ne pourrait garantir l'application systématique des obligations des parties engagées notamment en termes de la promptitude des rapports de progrès et la qualité des produits des activités.

- **Analyse des contrats établis entre le PR et ses sous récipiendaires**

Après analyse des 13 contrats établis, 4 contrats présentent des imperfections nombreuses et qui ne devraient pas aller à la signature, soit une valeur des notes attribuées aux questions de la grille inférieur au seuil acceptable de 75%. Plus de la moitié des contrats ont obtenu des valeurs oscillant entre 75 et 84%. Ces contrats, auraient été admis pour la signature, après l'amélioration d'un certain nombre d'éléments desdits contrats. Seulement 15%, soit 2 contrats sont conformes aux normes et qui ne souffriraient d'aucune imperfection dans leur élaboration, apte pour la signature. Par ailleurs, la ressemblance des imperfections inhérentes aux contrats sont si proches, qu'on peut se permettre de croire que les acteurs se mettraient ensemble pour rédiger.

Le contrat contient tous les aspects pouvant permettre à la coordination de veiller à la bonne application des activités confiées à ses sous bénéficiaires. Encore, faut-il comprendre les difficultés auxquelles le PR doit faire face à l'image de la gestion de mise en œuvre actuelle. Toutefois, on peut affirmer avec plus ou moins de risque de se tromper, que s'il existe dans le manuel de procédures une obligation de contracter avant toute allocation de ressources, les passages relatifs seraient flous ou tout simplement, les garants observeraient une certaine légèreté dans le respect des principes.

Par ailleurs, nous ne disposons pas de données empiriques suffisantes afin de renforcer les arguments ci-dessus, relatifs à l'utilité de contrat dans le cadre de *délégation*, d'*achat de services* ou de coopération contractuelle, cependant, nous sommes d'avis avec Ouédraogo (2008) qui affirme que le suivi est une composante essentielle dans la mise en œuvre d'un projet.

5.1.3. Activités réalisées par les acteurs

- **Réalisation des activités par composantes**

Nous avons constaté que le processus engagé depuis le démarrage du round6 en Janvier 2008 a permis d'atteindre 55% de réalisation des 104 activités prévues. Ce qui représente une performance moyenne non négligeable à trois mois de la fin de la première année de la Phase1. En outre, la désagrégation des quatre composantes montre un écart important entre le taux de réalisation de la composante Prévention à plus de 2/3 (68%), comparativement à celui de la composante Traitement qui se trouve très loin de la moitié des réalisations. Selon la logique d'intervention du Round6, les activités des quatre composantes sont inter reliées. La non réalisation de certaines activités aura forcement des effets inattendus sur la production subséquente d'un certain nombre d'extrants, voir sur la qualité des extrants. Par exemple l'absence de la mise en place des centres adaptés pour la prise en charge syndromique des IST chez les travailleuses du sexe, de mobiliser toutes les activités liées à ce volet précis.

- **Réalisation des activités par catégories budgétisées:**

En considérant les réalisations par catégories d'activités, le taux brut demeure inchangé (55%), contrairement aux taux spécifiques qui laissent paraître de plus amples écarts entre catégories. Par exemple, 3/4 des activités de *Planification/Administration* sont achevées, ainsi que les activités relatives à la *Formation, Support aux bénéficiaires* réalisées à 69% (2/3),

contrairement aux activités relevant de l'approvisionnement *(Médicaments, Equipement/Produits médicaux)* où seulement 2 activités ont été réalisées sur 16 prévues. La facilité des premières pourrait s'expliquer par le fait que les intrants de ces activités sont à portée de mains notamment les formateurs, les cibles des formations en ce qui concerne la catégorie *Formation*. Les opérateurs et les cibles de la catégorie *Supports aux bénéficiaires* ne sont pas non plus difficiles à toucher, notamment les ONG/Associations locales, le Programme Alimentaire Mondial (PAM) expert reconnu, dans le domaine de l'approvisionnement en produits alimentaires entre autres. Cependant, les difficultés liées à l'acquisition des médicaments trouvent diverses interprétations. A priori, la subvention du FM est prioritairement destinée aux malades, ce qui fait que le budget des *Médicaments, Equipement/Produits médicaux*, représente près de 60% de la subvention. En plus, le FM est directement associé à la transaction financière de ce gros montant, contrairement au montant qui est viré au compte du PR pour utilisation sur place. On constate ainsi le reflet de ces deux catégories sur la composante *Traitement* cité plus haut.

Mais en pratique, maints acteurs estiment que cet argument ne suffit pas pour expliquer la mauvaise performance du PR dans l'acquisition des *Médicaments, Equipement/Produits médicaux*. De l'avis de cet acteur : *« Ces écarts s'expliquent par deux facteurs : les facteurs internes, c'est-à-dire, les acteurs eux-même en leur sein et les facteurs externes relatifs au FM par rapport aux procédures très lourdes et contraignantes ».*

Pour aller dans le même sens, nous avons constaté que la tendance générale qui se dégage, se focalise sur deux éléments pour soutenir leur opinion sur la question, à savoir la capacité du PR versus son agent d'approvisionnement représenté par la PCG et les procédures de l'approvisionnement du bailleur, le FM. Ils soulignent le doute sur la capacité de la PCG, car pour eux, malgré l'appui institutionnel que la PCG a demandé librement et qui a été financé, les médicaments ne sont pas encore disponibles. Pourtant quelques-uns défendant la complexité, estime que la PCG, n'est le seul qui doit jouer tous les rôles dans cet approvisionnement. De l'avis de cet acteur du secteur public, la PCG n'a que ce qu'on peut lui reprocher à distance de la réalité : *« Les problèmes d'approvisionnement, il ne faut pas se leurrer ne dépendent pas que de la PCG. Il faut dire que pour approvisionner, il faut d'abord quantifier, évaluer les besoins, cela se passe en amont, pas du ressort exclusif de la PCG. Il y évidemment un problème de planification et de communication. L'avantage que nous avons, c'est d'avoir l'expérience du terrain. Avant le FM, nous assurions déjà l'approvisionnement, donc il y a atout, un système d'information qui est là, auquel nous nous referons et qui nous*

sert forcement pour essayer d'affiner les calculs sur ce que nous devons faire. Mais encore il faudrait que, chacun dans cette mise en œuvre joue parfaitement son rôle.

Par ailleurs, cette étude nous a permis de constater que les activités du FM, au niveau de certains acteurs affectent souvent d'autres programmes essentiels du système de santé sur le terrain. C'est le cas par exemple des soins de santé primaires qui s'enfoncent de plus en plus, ce qu'un partenaire de terrain constate avec amertume : « *...on n'a pas d'ARV au niveau de la PCG, mais la PCG a presque abandonné tous les autres produits des centres de santé pour uniquement le FM, parce qu'il a de l'argent là-bas. Et du coup le système de soins de santé primaires est en péril, parce que dans aucun des centres de santé il n'y a de médicaments maintenant. On est à l'intérieur, il y a rupture de médicaments, de molécules d'autres pathologies là-bas. On n'a pas les anciens services qu'on avait, le nouveau service n'est pas là.*

5.2. Extrants produits par le programme depuis son démarrage

Les extrants ou les biens et services immédiats, conséquences de la réalisation des activités, sont également intimement liés pour l'atteinte des résultats, objectifs et finalité de la proposition Sida, Round6. Par ricochet, ils reflètent directement les relations de cause à effet de la transformation dérivée de l'ensemble des ressources (financières, matérielles, humaines, temporelles, spéciales et informationnelles) mobilisées pour la réduction de la mortalité et de la morbidité du Sida en Guinée d'ici 2012. Nous allons donc tenter d'interpréter les écarts raisonnablement obtenus par défaut ou par excès à partir des activités exécutées par les acteurs durant les trois premiers trimestres de la Phase1. Puis, nous nous appuierons sur les données chiffrées et discursives de cette étude pour donner sens à nos constats.

5.2.1. Les écarts dans la production des extrants de la composante *Prévention*

Nous avons constaté qu'aucune *structure de santé adaptée à la PEC syndromique des IST chez les TS n'a vu le jour.* Pour les autres indicateurs de la composante *Prévention Nombre de centres rénovés et équipés pour PTME* est réalisé à 40% avec un écart de moins de 15 centres PTME. Par contre, on a trouvé un écart de plus 1 518 *Poches de sang transfusés ayant fait l'objet d'un test VIH/syphilis et hépatites B et C,* soit près 1/5 des 9 000 prévues.

A partir de nos observations relatives aux procédures inhérentes aux activités de constructions ou de rénovations dont entre autres les appels d'offre, le virement des dépenses,

le démarrage des travaux de maçonnerie etc., on pourrait dire que le temps imparti, un trimestre, prévus pour ces travaux pourrait sembler insuffisant dans certain contexte. Ce répondant du secteur privé, va dans le même sens en soulignant : « *...moi, je dis que c'est compliqué. Compliqué dans la mesure où pratiquement les rapports sont purement trimestriels. Il y a de ces activités de rénovation ou de construction qui ne peuvent pas finir avant trois mois. Avant trois mois, nous avons de la peine, le plus souvent, mais comme c'est un cas, au fait nous sommes habitués* ».

A moins qu'on ne trouve un arrangement interne pour donner satisfaction au bailleur, qui le plus souvent est attaché au remplissage des cellules de son tableau de bord des indicateurs. Attitude forcément préjudiciable à la qualité des produits. Mais, d'autres estiment aussi qu'il faut respecter les exigences du bailleur, car pour eux, ces exigences ne sont pas faites pour la Guinée seulement. La manière dont les autres arrivent à s'adapter, la Guinée doit faire de même.

Nous estimons cependant que l'ampleur de ces travaux pourrait représenter un outil de mesure pour justifier la justesse ou non du temps. Par conséquent, une rénovation faisant l'objet de passage d'une couche de peinture sur une partie d'une infrastructure déjà en place ou un simple réaménagement d'une salle pourrait se réaliser en moins de 45 jours.

5.2.2. Les écarts dans la production des extrants de la composante *Traitement*

Il n'existe pas d'écarts dans les indicateurs liés à la composante *Traitement*, exception faite au *Nombre de prestataires CAT formés à la PEC coïnfection TB/VIH* avec un écart de moins 20 non formés. En outre, le *Nombre de PVVIH recevant un traitement ARV,* réalise un écart de plus 360, représentant près de la moitié des bénéficiaires prévus. L'indicateur réalisé par défaut, pourrait s'expliquer par la crise de communication, évoquée plus loin par la plupart des acteurs entre le PR et ses sous bénéficiaires potentiels dans la mise en œuvre des activités. Pour un autre, la démarche actuelle de la mise en œuvre, n'est en faveur de personnes, parce que pour lui la lutte contre le Sida est multidimensionnelle. Aller sans les autres ne fera que retarder et impacter la performance. Pour lui : « *...Ce programme est à mon avis un boulevard avec des croisés par endroit, je veux dire que ce programme est le produit de concertation de tous les acteurs presque. Il faut donc que tous les souscripteurs contribuent à sa mise en œuvre comme prévu, c'est de cette façon que le décaissement sera aisé...* ».

En ce qui concerne l'excès d'écart observé relatif au *Nombre de PVVIH recevant un traitement IO,* genre d'écart d'ailleurs souhaitable, qu'on pourrait nommer comme une sur

performance dans la production d'extrants attendus. Ce type d'écart pourrait s'expliquer par une faiblesse liée à la planification, dans l'estimation de certains niveau d'indicateurs par sous estimation de besoins. Abordant le même aspect ce prestataire soutient en ce terme : « ... *A partir des prescripteurs, on sait réellement le nombre de patient réellement intéressé pour les ARV. Chacun (médecin) connaît, le nombre de patient qu'il suit. Si déjà la file active est maitrisée par le programme, des informations, des données fiables, une statistique viable, la planification sera en ce moment aisée* ».

En pratique, il arrive le plus souvent que par défaut de base de calcul lié à une défaillance du système d'information, que les planificateurs se servent des informations intuitives pour procéder à des estimations de besoins et des projections lointaines dans la formulation de Programme/Projet. En outre, certains reconnaissent que le contenu du programme Round6 qui date de 2 ans révolu, aurait besoin d'ajustement, conformément au changement particulièrement populationnel au fil du temps, dans les limites évidemment de son budget. Selon un répondant.

Par ailleurs, conscient de la subjectivité dans l'interprétation des données, particulièrement qualitatives, nous soutenons objectivement qu'il existe un contraste. Un contraste, entre des faibles taux de réalisation des activités de la composante *Traitement*, des taux insignifiants relevant des catégories *Médicaments, Equipement/Produits médicaux* et l'inattendue surperformance observée dans la réalisation des extrants correspondants.

On pourrait plus ou moins penser que les intrants des programmes parallèles pourraient assurer la production de ces extrants, soit pour satisfaire les attentes du bailleur ou soit comme moyen de mitigation pour la continuité des actions déjà entreprises dans le cadre du Round6. Il pourrait aussi être plausible, vue la situation, que l'Etat mette des moyens urgents pour parer à une éventuelle léthargie, avant la régulation des procédures du FM par son entité d'approvisionnement qui a en charge ces activités en souffrance. Mais, pour un certain nombre d'acteurs, en plus de la crise de communication observée depuis dans la mise en œuvre du Round6, l'absence d es intrants, notamment les médicaments pour démarrer la cohorte de patients ARV Round6, suffit pour croire qu'aucun malade du Round6 ne pourrait exister à ce jour. Cet argumentaire est renforcé par cette plus forte tendance au sein des prestataires : *...nous, on donne des soins. On traite les malades, on ne connaît pas trop c'est quoi, le FM. On ne saura point faire la différence entre ce qui concerne les malades de telle ou de telle subvention, c'est ceux qui sont, là haut qui peuvent vous répondre. Mais il arrive souvent quand il y a rupture des ARV au niveau de la Pharmacie durant certaines réunions qu'on parle du FM et de Round ou encore de CNLS. Je sais que le FM traite les malades du*

Sida, du Paludisme, de la Tuberculose, n'est-ce pas. Le reste, je ne maîtrise vraiment pas. Je sais également que depuis un bon moment que les médicaments IO, ARV du FM sont gratuits...

5.2.3. Les écarts dans la production des extrants de la composante *Partenariat*

Les indicateurs relatifs à la composante *Partenariat* n'ont pas tous été réalisés. On observe un écart de moins de 2 *d'Activités Génératrices de revenus (AGR) non attribuées aux femmes infectées et ou affectées appuyées.* On constate également que 40 *membres d'ONG et autres partenaires sont formés en communication interpersonnelle* contre 60 prévus, avec un écart de moins de 20.

Toutefois, nous avons noté un écart de plus 255 soit prés de plus 2 fois le nombre prévu de *familles PVVIH et OEV recevant un appui nutritionnel.* On pourrait lier cet excès observé dans l'atteinte de ces extrants, par l'expertise de l'acteur responsable de ce domaine. Il faut aussi signaler que cette activité fait partie d'un vaste programme de distribution de denrées alimentaires aux populations vulnérables en général et en particulier les PVVIH et OEV, selon certains répondants. On pourrait se demander, si c'est le cas, comment cet acteur parvient il à justifier les bénéficiaires de la subvention du PR dans cette communauté de récipiendaires. Cette subvention serait-elle diluée dans un panier commun ? Représente-t-elle un manque à gagner pour les cibles du PR au niveau du PAM ? Favorise-t-il une amélioration de quantité, de qualité ou simplement une augmentation en nombre de bénéficiaires ? En tout cas, les avis sont divers et il est difficile de palper la réalité sur le terrain. De même, l'identification du nombre de personnes soumises aux ARV que compte ce Round6. Selon un bénéficiaires : « *...l'utilisation de ce montant que le programme met à la disposition du PAM, nous ne savons pas réellement à quoi cela a servi, parce que rien n'a changé dans l'appui que le PAM nous a apporté, pour toujours. Nous n'avons pas vu d'améliorations, nous n'avons rien constaté par rapport à une amélioration de l'assistance que le PAM nous donne, ce que le PAM donnait, c'est ce qu'il continue à donner. Malgré cette subvention, qui est venu s'ajouter. Si on était consulté bien avant la signature de cette convention. Peut-être qu'on aura ou on pouvait en ce moment proposer des éléments qui pourraient aider vraiment à atteindre des objectifs du programme national...* »

Ce qui est certain, c'est qu'il existe des ONG qui bénéficient des appuis nutritionnels, mais aucun répondant des hôpitaux n'a affirmé être au courant de soutien apporté à des malades stigmatisé ou vulnérables qui ne manquent au niveau des services d'hospitalisation selon les

propos recueillis. Toutefois, selon un autre acteur impliqué dans la distribution des vivres, en dehors de certaines ONG/Association nationales qui bénéficient de l'appui du PAM, la subvention mise à la disposition du PAM par le PR aurait contribué à maintenir et augmenter le nombre de besogneux des bénéficiaires des ONG internationales dont entre autres, Centre Saint Egidio Dream, les Centres de Traitement Ambulatoire de MSFB.

5.2.4. Les écarts dans la production des extrants de la composante *Coordination*

Au niveau de la composante coordination, le niveau d'atteinte d'un seul extrant est assuré à 100% notamment le nombre de véhicules requis pour la supervision. En pratique pourtant, le retard dans l'acquisition des véhicules aurait pu être justifié eu égard au long processus lié à la réalisation de ce type d'achat. A cœur vaillant et une goutte d'organisation des tâches l'impossible peut être possible. Un partenaire, parlant de l'effet retardataire de l'environnement avance : *l'achat d'un véhicule sur le marché local, a trainé de 3 à 4 mois lié au conflit d'intérêt et autres difficultés de trouver un compromis gagnant-gagnant dans des transactions entre les acteurs intéressés. Cette réalité, par exemple est un des aléas auxquels la réalisation de certaines activités fait face. Une* telle situation n'est nullement en faveur du respect des délais pour la production des rapports trimestriels.. Des opinions soutiennent que c'est aussi un facteur de blocage *: l'instabilité politique que vit le pays depuis près de 5 ans affecte également la mise en œuvre. Le changement récurrent de Ministre qui par surcroit est signataire des engagements de toutes les dépenses ou autres cadres imprégnés des mécanismes peut constituer un frein. L'arrivée d'un nouveau demande souvent un temps non négligeable d'apprentissage et de connaissances des dossiers, ce qui fait qu'il arrive qu'une signature d'un ordre de virement (OV) prenne banalement parfois, de 2 à 3 semaines.*

Les activités de coordination, de suivi et d'évaluation sont indispensables pour l'atteinte des résultats et le respect des engagements du PR vis-à-vis du bailleur et des populations bénéficiaires des services attendus.

Partant, le PR aura plus à gagner en se déployant énergiquement dans la coordination, suivi et évaluation des activités développées par les acteurs au niveau opérationnel, que de s'associer à certaines activités qui ne devraient être de son ressort. Car d'après nos observations, les activités du FM absorbent substantiellement ces opérateurs eu égard aux omniprésentes pressions. Comme dirait l'autre : tout est urgent au niveau du FM, le FM ne sait pas attendre, tout doit être fait aussitôt.

En tout cas sur le terrain, on observe ce qu'on peut se permettre de qualifier de syndrome d'épuisement au niveau des principaux acteurs, notamment, le PNPCSP qui est l'interface incontournable du PR et la PCG qui à la lourde tâche d'assurer l'approvisionnement. Ces quelques propos viennent renforcer ce constat : ... *le FM représente presque 80% de notre temps de travail, ... : il y a des gens qui ne font que ça d'ailleurs ici. Parce que vous savez ce qu'on est en train de faire la, par rapport au FG, est un début pour nous. Donc, tant que le système n'est pas lubrifié, et on n'est pas habitué aux procédures du FM, ça devient difficile d'aller vite.* C'est comme si ces acteurs sont presque complètement détournés des activités quotidiennes actuellement. Exprimant le même problème un autre s'alarme : *aujourd'hui, les autres bailleurs ont tendance à prendre distance de nous car on leur fait rarement recours, et quand ils nous font recours en notre qualité de, ils estiment nos réactions timides. Parce que tous nos efforts et temps sont investis dans le FM, c'est le principal bailleur du Programme d'ailleurs. On y consacre presque 90% de nos temps de travail...*

Il y a d'une part, le souci de lever un défi et de plaire à un bailleur majeur au risque de s'exposer au gel d'une importante subvention en ce temps de recrudescence de l'épidémie du VIH. Mais ce qui est à craindre est forcement, le craque du système de santé du pays qui doit de toute façon demeurer, même le jour ou le VIH, cessera d'être une préoccupation d'aussi grande ampleur qu'actuellement.

VI. CONCLUSION

Apres avoir interprété les données obtenues, nous avons tenté par la suite de donner des éléments d'explication relatifs aux écarts constatés dans la mise en œuvre. Nous allons à présent tenter de résumer les différents constats conformément aux questions abordées tout long de cette analyse.

Pour cela, nous avons choisi d'aborder trois aspects en *Point forts et Points faibles*, les acteurs de mise en œuvre, les activités et les extrants, et le contexte de mise en œuvre de ce programme sida Round6.

6.1. Acteurs impliqués dans la mise en œuvre

Points forts

Le choix du Ministère de la santé et de l'hygiène publique comme le PR : la Guinée est un pays pauvre qui subit le poids de l'épidémie, mais qui dispose de peu de ressources financières propres pour y faire face. La subvention du FM, contribue à améliorer l'accès aux soins des personnes infectées et collatéralement une bonne partie de la population. En plus, cette subvention contribue à renforcer les capacités du système de santé qui est de surcroit parmi les secteurs les moins soutenus par le budget public.

L'implication des autres secteurs dans la mise en œuvre : la reconnaissance par le MSHP (PR) de la place des autres acteurs dans le domaine de lutte contre le VIH, contribue à développer le partenariat et à augmenter la capacité d'absorption des fonds alloués. Cette initiative doit être poursuivie et entretenue dans le but d'améliorer la globalité des soins, inévitablement la qualité et la couverture.

Le développement de l'approche contractuelle dans la mise en œuvre : l'arrangement contractuel contribue à renforcer l'autorité du MSHP, dans la coordination des actions entreprises, qui représente sa mission non négociable pour la pérennité d'un système de santé qui se veut durable. Cet arrangement contractuel ne doit point se limiter au seul secteur non public car la définition d'indicateurs pertinents et simple dans un contrat représente un outil indispensable pour la gestion au quotidien.

L'existence de ressources propres : le système de santé est bien structuré en Guinée. Il dispose des ressources notamment le capital humain, les infrastructures, des programmes, qui complètent les ressources financières mobilisées. Ces ressources doivent être renforcées, valorisées pour rendre les soins continus et accessibles sans obstacles.

Existence de partenaires locaux et internationaux prêt à appuyer le PR : l'implication des autres intervenants est plus qu'une simple obligation du bailleur, c'est une approche stratégique qui exprime une volonté de bonne gouvernance. Les partenaires de terrain sont devenus des interlocuteurs plus que crédibles aux yeux des donateurs dans le cadre de l'aide internationale.

Existence de cadre de concertation : les organes mis en place notamment, le CNLS, le CCM, PNPCSP, Cellule de coordination de Programmes/Projets du MSHP, LFA, AGF, représente des cadres idéals de débats, de contradiction, de négociation, de compromis, de plaidoyer pour le consensus et la facilitation de la communication entre les acteurs.

Point faibles

Faible élargissement de la gamme d'intervenants : Etant donné la participation de l'ensemble des acteurs à la formulation de la proposition Sida Round6, par conséquent la mise œuvre ne devrait souffrir d'aucune ambiguïté quant à la sous-traitance de certaines activités auxquelles d'autres secteurs ont de l'expertise requise. L'élargissement des acteurs au niveau opérationnel est une opportunité qui permet au MSHP de jouer son rôle d'intendant.

L'insuffisance de leadership du MSHP dans le domaine de la prise en charge sanitaire des IST-VIH/Sida : Devant la timidité du MSHP, les premières initiatives concrètes ont été amorcées par les partenaires notamment les MSFB, la GTZ envers la population. Ces partenaires constituent les sources incontournables d'informations crédibles sur le terrain. En plus, la focalisation du MSHP sur le seul Projet FM, pour lequel, il s'est fait prisonnier, ne permet à ce jour d'occuper sa place de premier acteur dans le pays.

L'insuffisance de communication entre les acteurs : même si aujourd'hui, il existe un certain nombre de cadres de concertation notamment les réunions de suivi u CCM, de la Cellule de Coordination des Programmes du MSHP, ces concertations ont peu d'impact sur la mise en œuvre. On observe souvent que les intervenants se concertent peu, ils ne sont pas souvent au même niveau d'information dans la mise en œuvre du même programme. Ces cadres ressemblent plus à une plate forme de compte rendu que de prise de décisions permettant de promouvoir les meilleures pratiques et de rectifier les difficultés.

Faible qualification et expérience de certains acteurs : la carence dans la maitrise des procédures, de certains dossiers au niveau opérationnel et au niveau des organes de coordination doit être évaluée et corrigée. Le recyclage et la formation continue doit faire l'objet de préoccupation pour l'ensemble des acteurs y compris le FM.

6.2. Activités mise en œuvre

Points forts

Le décaissement par semestre de fonds. : La disponibilité de fonds représente la première condition pour démarrer les activités et subséquemment l'atteinte des extrants. En outre, la mise à disposition du fonds de deux trimestres donne une marge de manœuvre au PR. Cet avantage a permis au PR, d'engager presque, l'ensemble des activités programmées pour les trois trimestres.

La possibilité de réaménagement de certaines activités du plan initial : Même si, l'appui institutionnel apporté à la PCG ne figurait pas dans le plan initial, l'existence de conditions optimales étaient indispensables pour assurer l'approvisionnement en médicaments réactifs, produits et équipement médicaux. Le traitement des malades dépend absolument de la disponibilité des intrants ci-dessus.

L'efficacité des organes d'appui : L'appui de l'Agence de Gestion Financière (AGF) a contribué à ce jour à désamorcer les difficultés relatives à la gestion financière, auxquelles le PR faisait face durant le Round2. Il est possible à ce jour de retracer toutes les dépenses effectuées par activités, par items, par catégories budgétaires. Il existe une comptabilité dynamique (Logiciel comptable fonctionnel). La visibilité comptable du programme Round est un atout, qui consolide la confiance entre les parties engagées.

Points faibles

La faible coordination: Le PR doit s'assurer que chaque intervenant dispose en temps voulu de l'information dont il a besoin pour s'acquitter correctement de ses rôles et responsabilités dans l'exécution des activités. C'est une fonction de gestion de l'information et sa circulation qui repose sur un bon système de suivi et d'évaluation.

L'absence de certains aspects critiques dans la planification : Au fait, la mise en œuvre se voulait participative avec l'implication d'un certain nombre de partenaires listés dans la proposition, mais il se trouve que les charges par exemples liées à la prise en charge du personnel desdits partenaires ne figurent pas dans le budget. Par ailleurs, l'absence de certains

indicateurs de processus et des indicateurs de risque ne facilite pas la collecte de certaines données propres aux ressources engagées. Cet état de fait ne permet pas au PR de faire de propositions réalistes au bailleur face aux difficultés. L'occultation de stratégies de mitigation des risques pendant la planification opérationnelle représente une lacune qu'il faudrait corriger.

L'impact des activités des programmes FM sur les autres missions du PNPCSP et la PCG : le poids des programmes FM, paralyse les autres missions essentielles de ces deux dispositifs nationaux du MSHP. Malgré le renforcement de capacité intervenu ces dernières années, aucune amélioration n'a été observée, le FM demeure toujours le focus du PNPCSP et devient le premier champ d'intérêt de la PCG.

6.3. Contexte de mise en œuvre

Points forts

La mobilisation de la communauté internationale dans la lutte contre le Sida : la prise en compte du Sida dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), est une preuve déterminante de l'engagement de tous les décideurs du monde dans la lutte contre le Sida. En même temps, la mise en place de diverses sources durables de financement de lutte contre le Sida telle que le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, rend possible l'inversion de la tendance de l'épidémie du VIH/Sida dans le monde et particulièrement dans les pays à ressources limitées dont l'Afrique au sud du Sahara qui porte le fardeau du Sida.

L'amorce de l'application du principe du « Tree ones » en Guinée : aujourd'hui, il existe un Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida. Ce document stratégique présente un plan opérationnel, un plan de suivi et évaluation et un budget global de la Guinée en matière de lutte contre le Sida pour les 5 ans en cours (2008-2012).

L'existence parallèle de projets de lutte contre le Sida : Les forces et faiblesses des projets qui existent sur le terrain servent sans doute de repères, aux acteurs du Round6 à contourner

des obstacles éventuels. Aussi, la collaboration entre acteurs dans le but d'une synergie d'action représente un manque à gagner dans l'atteinte de certains résultats.

Points faibles

La discrimination dans l'accès à certaines subventions de lutte contre le Sida : Les conditions liées à l'obtention de certaines subventions limitent la capacité de bon nombre de pays à mettre en œuvre effectivement leur plan stratégique de lutte contre le Sida, tandis que d'autres pays en bénéficient par excès.

La faible participation financière du budget national dans les actions de lutte contre le Sida : Cet état de fait se traduit par une dépendance absolue comme le cas Guinéen, aux subventions extérieures. Aussi, il se manifeste par une réduction significative de marge de manœuvre des gestionnaires de programmes face aux difficultés.

La mauvaise gouvernance et l'instabilité sociopolitique : le manque de transparence, la faible participation des communautés dans la prise de décisions affectent l'attrait de l'aide au développement. Par ailleurs les troubles sociopolitiques récurrents amènent les bailleurs à retarder les échéances de mise à disposition des fonds.

La faible application des principes de « Tree one » : Malgré l'existence d'un seul cadre stratégique de lutte contre le Sida, les autres principes notamment, la coordination unique et le système unique de suivi et évaluation peinent à fonctionner véritablement.

La duplication des interventions sur le terrain : La faiblesse du système de suivi et d'évaluation contribue à la duplication de certaines informations. Elle peut également contribuer à la concentration des interventions en un seul endroit, alors que d'autres peinent à connaître leur première intervention.

Le PR à travers le PNPCSP joue un rôle déterminant dans le processus de mise en œuvre de la proposition Sida, Round6. Encore faut il promouvoir l'élargissement de gamme de partenaires afin de que le MSHP, puisse véritablement jouer son rôle d'intendant qui lui est dévolu. Une bonne coordination avec un système d'information de gestion efficace, renforce l'utilisation harmonieuse des ressources et subséquemment une visibilité et une crédibilité des

biens et services destinés au bien être de la population. Aussi, la prise en compte des enjeux contextuels contribuera à minimiser les contraintes qui influencent le processus actuels de réalisation des extrants du Round6

VII. RECOMMANDATIONS

Apres avoir abordé des éléments d'explication de la mise en œuvre du Round6 Sida pour son amélioration à travers les résultats et la discussion, nous avons tenté de formuler des conclusions par des constats assortis de ce travail. Nous allons à présent tenter de formuler des recommandations optimales, concrètes et possiblement faisables. Notre approche à consister à faire participer les utilisateurs, les détenteurs d'enjeux, ceux pour qui les résultats de l'évaluation sont d'un intérêt particulier (Patton, cité par Ridde 2008). Ainsi, notre rôle facilite la prise de décision des utilisateurs au lieu d'agir uniquement en tant que juge indépendant et distant. Nous allons formuler les recommandations sur la base des réponses apportées aux questions de recherche.

7.1. Rôles des principaux acteurs de mise en œuvre du Programme

7.1.1. Acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme

Il est établi à travers ce travail que le MSHP, PR de la subvention est l'acteur principal de la mise en œuvre de la subvention Sida, Round6. Le bénéfice sous tendu par ce choix sur le système de santé ne souffre d'aucune contestation. Etant donné les enjeux que requiert la mise en œuvre efficace de cette subvention, il serait rentable d'élargir la gamme d'acteurs en vue de promouvoir l'utilisation de fonds et une bonne visibilité des résultats. Toutefois, tout le monde s'accorde sur le fait qu'il n'est nullement fait cas des frais relatifs par exemple au personnel lié à un partenariat quelconque.

Recommandation1

En vue d'améliorer la collaboration et de rendre efficace la mise en œuvre, nous recommandons au PR :

i) D'associer à priori à la mise en œuvre des acteurs dont les activités s'inscrivent dans le plan opérationnel du Round6 et qui s'engagent à prendre en charge les frais liés au salaire du personnel.

ii) D'associer selon la pertinence ou les besoins des acteurs dont les activités s'inscrivent dans le plan opérationnel et justifiant la nécessité de prise en charge de certains frais liés au personnel comme par exemple une indemnité de motivation.

7.1.2. Allocation des ressources aux acteurs

Etant donné la diversité des domaines couverts par le Round6, le PR a développé l'arrangement contractuel comme approche pour l'exécution d'un certains nombre d'activités. Il est cependant apparu que les seuls qui disposent d'un contrat explicites sont des partenaires du PR qui relève en majorité du secteur non public. Ce qui démontre que l'établissement d'engagements en vue de faciliter le suivi et d'obtenir la crédibilité des données ne constituait pas une priorité dans l'allocation des ressources aux acteurs du MSHP.

Recommandation 2

Vu la place que revêt l'établissement de contrat entre deux partenaires qui s'engagent à mettre en commun leurs efforts pour atteindre un but, nous recommandons:

i) La souscription par le FM de l'établissement de contrats normés comme une des conditions de l'allocation de ressources du PR aux sous bénéficiaires.

ii) L'analyse de tous les contrats par une équipe experte du PR, avant toute acceptation de contrats de sous-traitance.

7.1.3. Activités réalisées par les acteurs

Nous avons montré que la totalité des activités ont démarré. Nous reconnaissons aussi que tout le monde est d'avis qu'en dehors de la diversité des activités qui dépassent le seul domaine du PR, le manque de communication à été un frein à la mise en œuvre de certaines activités qui auraient dues l'être. Par ailleurs, il est apparu aussi que par manque d'expériences de certaines structures d'appui à la mise en œuvre, que certaines activités ont connu des retards

Recommandation3

Pour améliorer la performance du PR, nous recommandons :

i) Au FM, d'exiger une qualification et de l'expérience au LFA par rapport à l'évaluation des documents soumis par le PR, à fortiori d'autoriser le recrutement d'une personne experte ayant une qualification dans le traitement des données médicales.

ii) Au PR, de renforcer son système de suivi et d'évaluation en recrutant un assistant data manager.

iii) Au FM et au PR d'améliorer le système de gestion du projet Round6 en s'appuyant sur la CCM et la Cellule de coordination dans la gestion de l'information auprès des acteurs, en prenant l'acte de designer le coordinateur de la Cellule comme Point Focal du FM au MSHP.

iv) Au FM et au PR de permettre la prolongation de l'assistance de l'AGF, pour la consolidation du mécanisme mis en place et son appropriation par le personnel du PR.

v) Au PR de renforcer les capacités de la PCG eu égard aux nouvelles charges du FM, en affectant du personnel supplémentaire pour qu'elle continue à soutenir le système de soins de santé primaires.

7.2. Extrants produits par le programme depuis son démarrage

Bien que nous ayons réussi à identifier des progrès tangibles dans la production de biens et des services pour la population. Toutefois, par défaut ou par excès, la production des biens aurait pu être optimale avec l'utilisation de statistiques fiables lors de la planification de la proposition. La défaillance du système d'information n'a pas certainement rendu possible cette précision au niveau des indicateurs. Il n'a pas aussi été aisé de justifier l'affectation du nombre de personnes traitées aux activités exclusives du Round6.

Recommandation 4

Pour l'utilisation optimale des ressources qui se font de plus en plus rares, nous recommandons au PR:

i) De fonder la planification des programmes sur des statistiques fiables.

ii) D'associer les acteurs de terrain à l'expression de besoins en matière de formulation de programmes de santé par approche de « 'bas en haut ».

iii) D'établir des outils permettant de dissocier les informations des interventions qui ne relèvent pas de la même source de financement.

iv) De faire un plaidoyer auprès du gouvernement de la mise en agenda d'un Fonds public de 5% du budget national dans le cadre de la lutte multisectoriel contre le sida.

BIBLIOGRAPHIE

Beaudry, J. et Gauthier, B. (1992). L'évaluation de programme (Chapitre 17), pp. 425-452, in Gautier, B : *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données (2ème édition)*. Presse de l'Université du Québec, Canada, 584 pages.

Bégin, C., Joubert, P. et Turgeon, J. (1999). L'évaluation dans le domaine de la santé : conception, courants de pensée et mise en œuvre, pp. 265-81, in Bégin, C. Bergéron, P., Forest P.G et Lemieux, V. (1999). *Le système de santé québécois : un model en transformation*. Presse de l'Université de Montréal, Canada, 444 pages

Bouchaud, O et al. (2004). *Caractéristiques épidémiologiques et cliniques de l'infection VIH en région tropicale : in VIH, 2004*. Paris (FR), Ed Doin, pp. 483-497

Bryce, J et al. (2008). *Maternal and child undernutrition: effective action at national level.* Lancet DOI:10.1016/S0140-6736(07)61694-8.

Bunnell R (2006). *Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda.* AIDS, 20(1):85–92.

Cameron, K.S. (1986). *Effectiveness as Paradox : Consensus and Conflict in Conceptions of Organizational Effectiveness*. Management Science. 32 (5), 539-553

Carael, M et al. (2004). *Déterminants et dynamique de la transmission sexuelle du VIH en Afrique Sub-saharienne : implication pour le contrôle du VIH. - Ouagadougou* (BF): Uiesp; Uerd- 33p

Chanal, V, Lesca H et Martinet A-C. (1997). *Vers une ingénierie de la recherche en sciences de la gestion*. France : Revue française de la gestion.

Champagne, F et Denis, J L. (1990). *Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : analyse de l'implantation*. Service Social, 41 (1), 143-193

CNLS-Guinée (2006). *Rapport/bilan Pms.* Conakry : SE/CNLS, page consultée le 12 novembre 2007, www.cnlsguinee.org

Crepaz, N et al. (2005). *Systematic review of HIV prevention interventions in reducing sexual risk behaviors among HIV_ persons.* Résume´ No TP–50. Atlanta, Conférence nationale sur la prévention du VIH. 12–15.

Diallo, I. (2003). *L'évaluation des connaissances sur les modes de transmission et les facteurs de risques du VIH/SIDA en entreprise : l'expériences des entreprises chimiques du Sénégal.* Dakar : IFPDR. Dakar

Desgrees du lou, A. (2005). *Le couple face au VIH/sida en Afrique sub-saharienne : information du partenaire, sexualité et procréation.* Paris (FR): INED, - p. 221-242

Elwy, R et al. (2002). *Effectiveness of interventions to prevent sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in heterosexual men.* Archives of Internal Medicine, 162:1818–30.

Family Health International (2007). *Primary health care services increased with integration of basic HIV care.* Consulté le 23 mars 2008 sur www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Rwanda.

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2008). *Monthly progress update–31January2008.*
http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/basics/progress_update/progressupdate.pdf, consulté le 10 septembre 2008.

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2007b). *Board of the Global Fund approves US$ 1.1 billion in new grants.* Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Genève. Communiqué de presse, 12 novembre.

Food and Nutrition Technical Assistance (2004). *HIV/AIDS: A Guide for Nutritional Care and Support.* Academy for Educational Development, Washington DC.

Fournier, P et Potvin, L. (1995). *Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme.* Sciences sociales et santé ; vol 13.

Gazin, P et al. (2006). *Femmes prostituées à Phnom Penh (Cambodge) : Evolution des connaissances, attitudes et pratiques entre 2000 et 2004.* Paris: Med Trop, 66 : 157-161

Genest, B-A et Nguyen, T-H. (2002). *Principes et techniques de la gestion de projet.* Québec : Editions sigma delta, ed3.

Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action.* International Food Policy Research Institute, Washington DC.

Girault, P et al. (2004). *HIV, STIs and sexual behaviors among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia.* AIDS Education and Prevention, 6(1):31–44.

Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH(2004). *La prévention du VIH à l'ère de l'accès élargi au traitement*

Gueye, O B K. (2003). *Problématique de la sensibilisation des prostituées clandestines et développement des pratiques préventives face à l'infection à VIH/SIDA.* IFPDSR. Dakar

Haut conseil de la coopération Internationale. (2004). *Rapport sur le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.* Paris

Hentgen, V et al (2002). *Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé en matière de VIH/sida à Tamatave (Madagascar).* Paris : Bull Soc Pathol. Exot, 2, 103-108, page consultée le 15 octobre 2007, www.cat.inist.fr.

Emmanuel Hirsch. (2003). *VIH/Sida: éthique du soin, de la recherche et accès aux traitements.* Médecine/sciences. www.ist.inserm.fr : consulté le 23 décembre 2008.

Katlama, C ; Ghosn, J (2004). *VIH et SIDA : Prise en charge et suivi du patient.* Paris : Masson.

Konaré, O. (2006). *Rapport de stage : Analyse du système de suivi- évaluation du programme de prise en charge à base communautaire du VIH/SIDA dans la région de Koulikoro au Mali.*ISSP. Master en Population et Santé (ISSP), Université de Ouagadougou.

Langevin, A. et al. (2006). *Connaissances, Attitudes et pratiques de lycéens guinéens face aux IST/VIH/SIDA.* Idéaliste, page consultée le 12 novembre 2007, www.idealist.org.

Lemieux, V (2002). *Etude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir.* Laval : Presse Université Laval, ed2.

Louada, A. (2008). *Notes de cours : Politique publique.* Master en Population et Santé (ISSP), Université de Ouagadougou.

Massé, R. (2008). *Notes de cours (séance 2.4.8) : Etudes de cas.* Master en Population et Santé (ISSP), Université de Ouagadougou.

McGuire, M. (2002). *Projet de la société canadienne d'évaluation visant à appuyer la defense des interets et le perfectionnement professionnel : Examen de la littérature.* Zorzi et Associates. Toronto (Ontario).

Merson M H et al. (2000). *Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries.* AIDS, 14(Suppl. 2):S68-S84.

Ministère de la santé (2003). *Plan National de Développement Sanitaire.* Ministère de la santé. Conakry (Guinée)

Ministère de la santé publique (2006). *Proposition Round6, Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme : Programme Sida.* Ministère de la santé publique. Conakry (Guinée).

Ministère de la sante publique (2001). *Enquête Nationale sur la sero- prévalence du VIH/SIDA en Guinée (ESSIDAGUI /2001).* Conakry : Ministère de la santé Publique, page consultée le12 novembre 2007, www.cnlsguinee.org.

Ministère du plan (2005). *Enquête Démographique et de santé III.* Conakry : Ministère du Plan.

OMS et al (2008). *Conférence internationale sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique.* Ouagadougou : AFR/PH/08/1.

OMS (2006). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – travailler ensemble pour la santé.* Genève (http://www. who.int/whr/2006/fr/index.html, consulté le 22 mai 2008). OMS.

OMS. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant.* Genève : OMS.

ONUSIDA. (2008). *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida.* ONUSIDA Genève.

ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida.* Genève. ONUSIDA.

Ouedraogo, D. (2008). *Notes de cours : Analyse des systèmes de santé en Afrique.* Master en Population et Santé (ISSP), Université de Ouagadougou.

Ouédraogo, S. 2006. *Rapport de stage : Analyse de la pertinence du programme d'acces des adolescents et des jeunes a la sante de la reproduction/planification familiale du centre d'ecoute pour jeunes de ouagadougou.* Master en Population et Santé (ISSP), Université de Ouagadougou.

Paré, A. (2008). *Notes de cours : Analyse de la performance.* Master en Population et Santé (ISSP), Université de Ouagadougou.

PNUD. (2003). *Rapport mondial sur le développement humain : les objectifs du millénaire pour le développement : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine.* Paris : Economia

President's Emergency Plan for AIDS Relief (2008). *The Power of Partnerships: Fourth Annual Report to Congress on PEPFAR.*

Quinn, R.E. (1988). *Beyond rational Management : Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance.* San Francisco: Jossey Bass Publication.

Ridde V. (2008). *Notes de cours (séance 3.3.2): Types et approches en évaluation.* ISSP. Master en Population et Santé, Université de Ouagadougou

Ridde, V (2004). *L'évaluation de programme en santé internationale : qu'est ce que c'est, comment la planifier et utiliser une approche participative ?* Québec (CA) : Université Laval, 2004- p. 23-29.

Ridde V et Dagenais C. (Sous presse)). *Introduction générale à l'évaluation de Programme*

Sallah e. D et al (2006). *Etude comparative sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en rapport avec le VIH/SIDA : auprès des femmes enceintes dans les districts sanitaires urbain de Bè et rural de Kloto (Togo).* Dakar : SOPEMI, pp. 651-656, page consultée le 24 novembre 2007, www .cat.inist.fr.

Samb B et al. (2007). *Rapid Expansion of the Health Workforce in Response to the HIV Epidemic.* New Eng J Med 2007;357:2510-2514.

Seck, I. (2008a). *Notes de cours : Atouts et difficultés du management projet.* Master en Population et Santé (ISSP), Université de Ouagadougou.

Seck, I (2008b). *Notes de cours : Contractualisation.* Master en Population et Santé (ISSP), Université de Ouagadougou.

Seck, I. (2008c). *Notes de cours : Gestion des projets dans un environnement de projet.* Master en Population et Santé (ISSP), Université de Ouagadougou.

Sicotte, C ; Champagne, F et Contandriopoulos A-P. (1999). *La performance organisationnelle des organismes publics de santé.* Montréal : Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol6.

Soubeiga, A (2006). Jeunesse et sexualité ; stratégies amoureuses, négociation et gestion des risques d'infection à VIH : une enquête auprès de jeunes lycéens de la ville de Ouagadougou. Ouagadougou (BF): PUO, p. 243-279.

The Global Coalition on Women and AIDS « *faillite des efforts de prévention du VIH et de protection contre virus auprès des femmes et des filles* » communiqué de presse, www.unaids.org

Thiétart, R. A. (2007). *Méthodes de recherche en management.* Paris :Dunod, ed3.

Toure, B et al. (2005). *Connaissance, attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH/SIDA.* Paris : Med Trop, 65, 346-348, page consultée le 15 octobre 2007, www.actu-pharo.com

Traoré, A (2008). *Notes de cours : Analyse politique du contexte : Principes de planification stratégique.* Master en Population et Santé (ISSP), Université de Ouagadougou.

UNGASS «*Suivi et évaluation au niveau communautaire : Mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/sida », Conseil international des ONG de lutte contre le sida* ICASO Site Internet: www.icaso.org Diffusion anticipée Mai 2006, consulté le 10/09/06

USAID et al. (2004).*Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003.* USAID, ONUSIDA, OMS, CDC et Policy Project. Disponible sur http:// www.who.int/hiv/pub/prev_care/coverage/en/

Walzer A et al. (2006). *Determinants of survival without antiretroviral therapy after infancy in HIV-1-infected Zambian children in the CHAP Trial.* J Acquir Immune Def Syndr 42:637-645.

Wong, M L, et all (2004). *Long-term effects of condom promotion programme for vaginal and oral sex on sexually transmitted infections among sex workers in Singapore.* AIDS, 18(8):1195–99.Singapore.

ANNEXES

ANNEXE I : Grille de revue documentaire (inspirée du plan de suivi/évaluation 2007-2008 du programme Round6)

1. Amélioration de l'offre de services de préventions IST/VIH/SIDA dans les groupes à haut risque							
Indicateur Clés	**Données attendues**	**T1**	**T2**	**T3**	**T4**	**Source de données**	**Responsables des activités**
Nombre de sites CDV intégrés						Rapport	MSP[6]/USI[7]/GTZ[8]/ CR[9]/FHI[10]/FMG[11]
Nombre de personnes conseillées et testées dans les CDV						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG
Nombre de structures de santé adaptées à la PEC syndromique des IST chez les TS						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG
Nombre de poche de sang transfusé ayant fait							MSP/USI/GTZ/

[6] Ministère de la santé (PNPCSP, Pharmacie Centrale de Guinée, CHU, Centre National de Transfusion Sanguine, Hôpitaux)

[7] Unité Santé Internationale (Coopération Canada)

[8] Coopération Allemande

[9] Croix Rouge

[10] Family Heath International

[11] Fraternité Médicale Guinée

l'objet d'un test VIH/syphilis et hépatites B et C						Rapport	CR/FHI/FMG
Nombre de prestataires formés à la PPE						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG
Nombre de centres rénovés et équipés pour PTME						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG
Nombre de femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG
Nombre de femmes enceintes recevant un traitement prophylactique ARV						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG
Nombre d'enfants nés infectés VIH nés de mères séropositives						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG
2. Amélioration de l'accessibilité, la qualité de la prise en charge thérapeutique et le suivi des PVVIH y compris les personnes co-infectées (TB)							
Indicateur Clés	**Données attendues**	**T1**	**T2**	**T3**	**T4**	**Source de données**	**Responsables des activités**
Nombre de personnes traitées pour les IO dans les sites de prises en charge						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG
Nombre de personnes recevant un traitement Antirétroviral et suivi						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG
Nombre de prestataires CAT formé à la PEC co-infection TB/VIH						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG

Nombre de patients TB suspects référés pour traitement antituberculeux						Rapport	MSP/USI/GTZ/ CR/FHI/FMG
Nombre de personnels (médecins, infirmiers, sages femmes, conseillers etc.) formés à la PCIMAA						Rapport	MSP/ USI/ /GTZ
3. Renforcement des capacités d'intervention et le partenariat avec les organisations de la société civile y compris le Réseau National des PVVIH pour améliorer la prévention au niveau des populations vulnérables et la prise en charge psychosociale							
Indicateur Clés	**Données attendues**	**T 1**	**T 2**	**T 3**	**T 4**	**Source de données**	**Responsables des activités**
Nombre de membres d'ONG et autres partenaires formés en communication interpersonnelle						Rapport	MSP/MCTI[12]/ ONG/ /GTZ
Nombre d'OEV scolarisés						Rapport	MSP/MASCFE [13]/ UNICEF/ONG USI /GTZ
Nombre de familles PVVIH et OEV recevant un appui nutritionnel						Rapport	MSP/MASCFE/ PAM[14]/ONG

[12]

[13] Ministère affaires sociales, promotion Féminine et enfance

[14] Programme Alimentaire Mondial

Nombre d'AGR de femmes infectées et ou affectées appuyées						Rapport	MSP/MASCFE/ ONG/ USI/GTZ
4. La coordination, le suivi/évaluation du programme et la recherche opérationnelle							
Indicateur Clés	**Données attendues**	**T 1**	**T 2**	**T 3**	**T 4**	**Source de données**	**Responsables des activités**
Nombre d'études/enquêtes réalisées						Rapport	MSP/INSP[15]/UNIVERSITE/ ONG
Nombre de supervisions (nationales, régionales, préfectorales et ONG) réalisées						Rapport	MSP/ONG
Nombre d'ONG appuyées						Rapport	MSP/ONG

[15] Institut nationale de Santé Publique

ANNEXE II : Guide d'entretien de l'analyse de mise en œuvre du Round 6 Sida, Fonds Mondial

Guide d'entretien semi ouvert

Date d'enquête : /___/___/ /___/___/ /___/___/___/___/ N^0 Fiche /___/___/

Thèmes

1. Rôles des principaux acteurs de mise en œuvre du Programme Round 6 Sida FM, Guinée

- Acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme

- Allocation des ressources aux acteurs

- Activités réalisées par les acteurs

2. Les biens et services produits par le programme depuis son démarrage

- Les infrastructures rénovées, équipements, personnel formé, des médicaments et réactifs

- Soutien aux personnes vulnérables (travailleuses de sexe, les femmes, les enfants infectés et affectés, les PVVIH)

3. Explication des écarts entre les biens et services réels et ceux planifiés

- Facteurs favorables (synergiques) à la mise en œuvre du programme

- Facteurs qui entravent la mise en œuvre du programme

ANNEXE III : Grille d'observation de l'analyse de mise en œuvre du Round 6 Sida, Fonds Mondial

Date d'enquête : /___/___/ /___/___/ /___/___/___/___/ N^0 Fiche /___/___/

Grille d'observation

Contexte de l'observation

Acteurs

Activités

Biens existants

Services fournis aux bénéficiaires

Eléments retenus de réunions

ANNEXE IV : Questionnaire de l'analyse de mise en œuvre du Round 6 Sida, Fonds Mondial

Date d'enquête : /___/___/ /___/___/ /___/___/___/___/ N^0 Fiche /___/___/

1. Quel est votre domaine d'intervention dans la lutte contre le Sida ?

2. Avez-vous un agrément? Si oui, précisez le nombre d'années d'exercice pratique.

3. Avez-vous déjà collaboré avec le Ministère de la Santé avant le programme Fonds Mondial ? Si oui, préciser les deux derniers types de collaboration.

4. Avez-vous participé aux ateliers de planification du Round6 en 2006 ? Si oui, pensez vous que vos préoccupation ont été pris en compte par ce programme en cours d'exécution ?

5. Avez-vous participé à une rencontre de lancement dudit programme ?

6. Avez-vous été convié à une ou plusieurs concertations relatives à ce programme ? Si oui, lesquelles ?

8. Connaissez-vous les procédures administratives et financières relatives au programme ?

7. Etes-vous prêt à collaborer avec le Ministère de la santé pour la mise en œuvre de ce Programme ? Si vous bénéficiez de ressources du programme, préciser la nature de contrat.

9. Selon vous quelle est la situation actuelle du Programme ?
10. Le programme a-t-il été mis en œuvre tel que prévu ? Si non, pourquoi ?

11. Dans quelle mesure, selon vous, le programme a-t-il contribué à l'établissement de collaborations et de partenariats réussis en réponse à la lutte contre le sida?

12. Dans quelle mesure, selon vous, le programme a-t-il amélioré l'accès à la prévention et au soutien pour les soins et les traitements?

13. Selon vous, qu'est-ce qui a fonctionné ?

14. A votre avis, qu'est-ce qui n'a pas fonctionné?

15. A votre avis, quelles sont les meilleures pratiques du Programme?

16. Quelles sont vos attentes qui pourraient contribuer à changer et à améliorer le Programme?

IMPRIMERIE MODERNE DU BURKINA (IMB)
03 BP 7178 OUAGA 03 - Tél. : 70 25 85 40

03 BP : 7118 Ouagadougou 03
Tél : (+226) 50 30 25 58 / 59
Fax : (+226) 50 30 25 60
E-mail : directeur@issp.bf
Site web : http://www.issp.bf