

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail - Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIVISION DE LA RECHERCHE
OPERATIONNELLE EN SANTE

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work - Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

DIVISION OF HEALTH
OPERATIONS RESEARCH

**EVALUATION DU PROGRAMME MINSANTE/ESTHER DE
DECENTRALISATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES
PVVIH AU CAMEROUN PAR LE TUTORAT DE 1^{ère} GENERATION**

RAPPORT PRELIMINAIRE

INVESTIGATEUR PRINCIPAL :

Pr ZOUNG KANYI BISSEK Anne Cécile

CO-INVESTIGATEURS :

Dr BILLONG Serge Clotaire

Mr BETSI EMMANUEL

Dr NGONO MBALLA

Dr IDA PENDA

Dr NGO NEMB Marinette Epse TCHATO

Mr DE SYG SEKE Kouassi

Mr BITOUGA Bernard Aristide

Dr BOUBA BASSIROU

Année 2014

1. Equipe de Recherche

La conduite de cette importante recherche a nécessité la mise sur pied d'une équipe pluridisciplinaire de chercheurs ayant des capacités et des connaissances avérées dans le domaine du VIH/SIDA. Cette équipe de recherche est un ensemble de consultants nationaux qui ont décidé de se mettre ensemble pour réaliser cette étude.

Elle est constituée de :

Comité de pilotage :

- **Pr. ZOUNG KANYI Anne Cécile BISSEK** (Dermatologue, Enseignant Chercheur, Chercheur Principal)
- **Dr BILLONG Serge Clotaire** (Epidémiologiste, Chercheur principal Adjoint)
- **M. BETSI Emmanuel** (Sociologue - Chercheur)

Comité de suivi technique

- **Dr. NGONO MBALLA Marie Rose** (Pharmacien - Chercheur)
- **Dr. IDA PENDA** (Spécialiste en PTME, PECP et TARV, Chercheur)
- **Dr. NGO NEMB Marinette** (Médecin de Santé Publique, Chercheur)
- **M. DE SYG SEKE KOUASSI** (Ingénieur Socio-économiste, Statisticien - Chercheur).
- **Mr BITOUGA Bernard Aristide** (Anthropologue Chercheur-UYI)
- **Dr BASSIROU Bouba** (Médecin Santé Publique Mscm, CMSE/ESTHER)

Etude sous financement ESTHER (Ensemble pour la Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau)

Situé sis Immeuble MAMCH Rond Point Nlongkak

B.P : 14164 Yaoundé – Cameroun Tel/Fax Bureau : +237 22 20 97 62 Gsm +237 79 50 41 50

E-mail : cpc2d.cameroun@esther.fr Site Web : www.Esther.fr

REMERCIEMENTS

L'étude portant sur «**L'évaluation du programme de décentralisation de la prise en charge globale des PVVIH au Cameroun par le tutorat de 1^{ère} génération**» a été menée grâce à l'implication et à la participation de plusieurs institutions (DLMEP, CNLS, DROS, GIP ESTHER). Qu'il nous soit permis à travers ce rapport de leur adresser notre profonde reconnaissance.

Nous remercions les Responsables du niveau central du Ministère de la Santé Publique, les Délégués régionaux, les Chefs Service de Santé du District et les différents responsables des différentes structures sanitaires enquêtées pour leur disponibilité, leur étroite collaboration et surtout pour leur accompagnement lors de la phase de collecte des données qui nous a permis de rechercher et d'obtenir des documents et autres données susceptibles d'éclairer ou de renseigner nos outils et indicateurs. Nous tenons également à remercier de façon particulière les PVVIH (femmes et hommes) qui ont répondu sans ambages à nos questions à la sortie des consultations.

La conduite de cette étude a été effective grâce à la mobilisation et à la mise à disposition des fonds par GIP ESTHER. Qu'il puisse trouver à travers ce geste l'expression de notre profonde gratitude.

Nous remercions enfin tous les membres de l'équipe de recherche et tout le personnel de terrain à savoir les agents enquêteurs et les superviseurs dont la persévérance a permis que les travaux de terrain et d'analyse se fassent correctement et dans les délais impartis.

Nos sincères remerciements s'adressent enfin à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de cette étude.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
Table des matières	4
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES ABBREVIATIONS ET SIGLES	10
RESUME EXECUTIF	11
1. Contexte général	11
Avec un taux de prévalence élevé de 5,5% de sa population adulte en 2003, le Cameroun a fait de la lutte contre le Sida l'une des priorités de la stratégie sectorielle de santé, surtout sur le plan de la prise en charge globale des PVVIH. Le comité national de lutte contre le Sida (CNLS) a noté une augmentation croissante des patients camerounais sous ARV de 2001 à 2008 (<i>ONUSIDA et OMS 2008</i>). En 2004, 11% seulement des personnes éligibles sont sous traitement ARV. Malgré la mise en place d'une organisation pyramidale de prise en charge des soins VIH en 2001, les 23 Centres de Traitement Agréés (CTA) nationaux créés par le Ministère de la Santé Publique pour la délivrance des soins et des ARV, n'ont pas suffi à augmenter l'accès aux soins et ARV à tous les patients. Même la baisse du coût des ARV n'a pas permis de résoudre le problème de l'accès à la prise en charge globale qui était resté géographiquement limité. C'est pourquoi, en 2004, le Ministère de la Santé Publique a défini et désigné des structures de prise en charge des PVVIH et a opté pour un programme de décentralisation de la prise en charge des PVVIH depuis le niveau central et régional vers les hôpitaux de district par la création de centaines d'Unités de Prise en Charge (UPEC) parrainées par des CTA dit « tuteur ».	
2. Principaux objectifs	11
3. Méthodologie générale	11
4. Résultats de l'évaluation	12
5. Recommandations	14
INTRODUCTION.....	15
CONTEXTE ET JUSTIFICATION	16
OBJECTIFS.....	17
Objectif général	17
Objectifs spécifiques	17
RÉSULTATS ATTENDUS	17
MÉTHODOLOGIE	17
Définition des concepts	18
Centre de Traitement Agréés (CTA).....	18
Unité de Prise En Charge (UPEC).....	18

Décentralisation de la prise en charge en vue d'un accès universel à la TARV au Cameroun	19
Tutorat au Cameroun.....	19
APPROCHES DE RECHERCHE QUALITATIVE	20
Champ géographique et population cible de l'étude	20
Méthode et outils de collecte de données	21
Echantillonnage et population d'étude	24
APPROCHES DE RECHERCHE QUANTITATIVE	24
Champ géographique et population cible de l'étude	24
Méthode et outils de collecte des données.....	25
Echantillonnage	25
Participants à l'étude	25
Critères d'inclusion	25
COLLECTE, SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNÉES.....	26
Formation du personnel et organisation de la collecte des données.....	26
Organisation des équipes de saisie et déroulement de la saisie	26
Traitement des données	27
CONCLUSION PARTIELLE.....	27
1.1 SITUATION DE LA DÉCENTRALISATION DE L'OFFRE DE LA PEC GLOBALE DU VIH AU CAMEROUN ET ÉTAT DES BESOINS AVANT L'ANNÉE 2008	28
1.2 STRATÉGIE ADOPTÉE	29
1.3 OBJECTIFS ET INDICATEURS DU PROGRAMME DE DÉCENTRALISATION DE LA PEC GLOBALE DU VIH/SIDA AU CAMEROUN	30
1.3.1 Objectifs intermédiaires.....	30
1.3.2 Objectifs spécifiques	30
1.3.3 Résultats attendus	30
1.4 RESSOURCES PLANIFIÉES EN FONCTION DES OBJECTIFS DÉCRITS	31
1.5 RESSOURCES HUMAINES.....	33
1.6 LE JUMELAGE COMME LEVIER DE LA PERTINENCE DU PROJET TUTORAT	34

1.7 IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES	34
1.8 MÉCANISMES DE PÉRENNISATION DU PROGRAMME TUTORAT	35
1.9 CONCLUSION PARTIELLE	35
CHAPITRE 2 : EFFICACITE ET EFFICIENCE DU PROGRAMME DE DECENTRALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA PAR TUTORAT AU CAMEROUN	36
2.1 PRODUCTION DES DOCUMENTS DE NORMES ET PROCEDURES	36
2.1.1 Processus et extraits.....	36
2.1.2. Facteurs catalyseurs/inhibiteurs à la production de documents de normes et procédures du tutorat.....	38
2.1.2.1. Facteurs catalyseurs à la production de documents de normes et procédures du tutorat..	38
2.1.2.2. Facteurs inhibiteurs à la production de documents de normes et procédures du tutorat ..	39
2.2 RENFORCEMENT DES CAPACITES DES CTA/UPEC	41
2.2.1 Processus et extraits.....	41
2.2.2 Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan du renforcement des capacités des CTA/UPEC	44
2.2.2.1. Facteurs catalyseurs sur le plan du renforcement des capacités des CTA/UPEC	44
2.2.2.2. Facteurs inhibiteurs sur le plan du renforcement des capacités des CTA/UPEC	45
2.3 RENFORCEMENT DES CAPACITES DES MEMBRES DES EQUIPES THERAPEUTIQUES DES UPEC ET DES EQUIPES TECHNIQUES REGIONALES ET CADRES DU DISTRICT.....	46
2.3.1 Processus et extraits.....	46
2.3.2. Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan du renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et des équipes techniques régionales et cadres du district.....	48
2.3.2.1 Facteurs catalyseurs sur le plan du renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et des équipes techniques régionales et cadres du district.....	48
2.3.2.2 Facteurs inhibiteurs sur le plan du renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et des équipes techniques régionales et cadres du district.....	48
2.4 FONCTIONALITE DE LA COLLABORATION ENTRE LES STRUCTURES TUTRICES ET TUTUREES.....	49
2.4.1 Processus et extraits.....	49

2.4.1.1 Contribution des intervenants des niveaux central et intermédiaire à la mise en place d'un réseau fonctionnel CTA-CTA et CTA-UPEC tutorées.	49
2.4.1.2 Fonctionnalité de la collaboration au niveau central : entre les différents CTA tuteurs ...	50
2.4.1.3 Fonctionnalité de la collaboration au niveau régional : entre le CTA tuteur et ses UPEC50	
2.4.1.4 Fonctionnalité de la collaboration au niveau du district de santé : entre les UPEC et les autres structures sanitaires du district.....	51
2.4.2 Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan de la fonctionnalité, de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées	52
2.4.2.1. Facteurs catalyseurs sur le plan de la fonctionnalité, de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées	52
2.4.2.2. Facteurs inhibiteurs sur le plan de la fonctionnalité, de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées	52
2.5 COORDINATION DES ACTIVITES DU PROGRAMME.....	54
L'objectif 5 du programme, visait à assurer la coordination, la supervision et le suivi / évaluation des activités du tutorat. Les résultats attendus prévoyaient qu'en 2012, 100% des CTA tuteurs et 100% des UPEC déterminent de manière fiable le nombre de PVVIH sous ARV sur site et dans les UPEC à la 5ième année de mise en œuvre du programme. Au demeurant, il est apparu que la coordination, la supervision et le suivi / évaluation des activités du tutorat étaient effectifs dans la quasi-totalité des CTA et UPEC.	
2.5.1 Processus et extrants de coordination.....	54
2.5.2. Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan de la coordination	55
2.2.5.1. Facteurs catalyseurs sur le plan de la coordination	55
2.5.2.2. Facteurs inhibiteurs sur le plan de la coordination	55
2.6 SUPERVISION DES ACTIVITES DU PROGRAMME	56
2.6.1 Processus et extrants.....	57
2.6.2.1. Facteurs catalyseurs sur le plan de la supervision	59
2.6.2.2. Facteurs catalyseurs sur le plan de la supervision	59
2.7 SUIVI/EVALAUATION DES ACTIVITES DU PROGRAMME.....	60
2.7.1 Processus et extrants.....	61
2.7.1.1 Tenue des réunions des comités thérapeutiques dans les UPEC	61
2.7.1.2 Suivi et évaluation des activités des CTA	61

2.7.2. Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan du suivi/évaluation du programme	62
2.8 DECAISSEMENT DE FONDS POUR LES ACTIVITES DU PROGRAMME	64
2.8.1 Processus et extrants.....	65
2.8.1.1 Ressources attribuées à ce projet au départ	65
2.8.1.2 Taux délais de décaissement	65
2.9 CONCLUSION PARTIELLE	66
CHAPITRE 3 : EFFETS DU PROGRAMME ET MECANISMES DE PERENISATION PROPOSES	68
3.1 EFFETS DU TUTORAT SUR LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE	68
3.1.1 Amélioration dans la PEC selon les patients du VIH depuis 2008.....	68
3.1.2 Connaissance des services offerts	69
3.1.3 Accessibilité financière des services offerts	70
3.1.4 Facteurs contextuels limitant l’accessibilité	71
3.1.5 Facteurs contextuels limitant la satisfaction des patients	72
3.2 SUGGESTIONS DES MECANISMES DE PERENNISATION DU PROGRAMME DE DECENTRALISATION DE LA PEC DES PVVIH.....	73
3.2.1 Stratégies « porteuses » du programme de décentralisation en cours	73
3.2.2 Suggestions de stratégies alternatives de financement	74
3.2.3 Extension de la décentralisation et développement d’un tutorat de 2ème génération	75
3.2.3.1 Avis des prestataires de soins	75
3.2.3.2 Avis des bénéficiaires.....	76
CONCLUSION PARTIELLE.....	77
CONCLUSION	79
RECOMMANDATIONS	81
ANNEXES	84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: CTA/UPEC prévus et visités par région	20
Tableau 2: Récapitulatif du cadre théorique de l'étude et variables à collecter pour les données qualitatives	21
Tableau 3 : Personnes interrogées au niveau central et intermédiaires en fonction de leur statut par région.....	24
Tableau 4 : Récapitulatif du cadre théorique de l'étude et variables à collecter pour les données quantitatives	25
Tableau 5 : Objectifs spécifiques du programme et leur contenu	30
Tableau 6 : Contributions des partenaires en fonction des domaines d'intervention.....	31
Tableau 7 : Partenariat Nord – Sud	34
Tableau 8 : Elaboration, validation, traduction et multiplication des documents de normes et procédures du tutorat pour la PEC décentralisée du VIH/SIDA	37
Tableau 9 : Disponibilité des documents auprès des CTA/UPEC	37
Tableau 10 : Contribution des intervenants à l'élaboration et diffusion des documents au niveau central et intermédiaire	38
Tableau 11 : Indicateurs sur la capacitation des CTA par les experts des Hôpitaux du Nord .	42
Tableau 12 : Participation des intervenants du niveau central et intermédiaire au renforcement des capacités des CTA tuteurs.....	43
Tableau 13 : Capacitation des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et équipes cadres du district par l'équipe technique régionale et le CTA tuteur	46
Tableau 14 : Participation des intervenants du niveau central et intermédiaire au renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique de l'UPEC	47
Tableau 15: Contribution des intervenants des niveaux central et intermédiaire a la mise en place d'un réseau fonctionnel entre les CTA et entre chaque CTA tuteur et ses UPEC	49
Tableau 16 : Indicateurs de la fonctionnalité de la collaboration entre différents CTA	50
Tableau 17 : Indicateurs de la fonctionnalité de la collaboration entre le CTA tuteur et ses UPEC.....	50
Tableau 18: Participation des intervenants du niveau central et intermédiaire à la gestion exhaustive (coordination, supervision et suivi/évaluation) des activités du tutorat.....	55
Tableau 19: Indicateurs de supervision des activités du tutorat au niveau des CTA de 2008 à 2012.....	57
Tableau 20: Indicateurs de supervision des activités du tutorat au niveau des UPEC.....	58
Tableau 21: Montant de la première tranche de financement reçue et décaissé	65
Tableau 22 : Amélioration dans la PEC selon les patients du VIH depuis 2008	69
Tableau 23 : Connaissance des services offerts par les participants	69
Tableau 24 : Services de PEC globale PVVIH pour lesquels les participants avaient contribué financièrement.....	70
Tableau 25 : Facteurs contextuels limitant l'accessibilité.....	71
Tableau 26 : Facteurs limitant la satisfaction des patients (N=336)	72
Tableau 27 : Opinions des patients pour éventuel rapprochement des services de prise en charge du VIH	76

LISTE DES ABBREVIATIONS ET SIGLES

ARV	Antirétroviraux
ARC	Agent Relais Communautaire
CHU	Centre Hospitalier et universitaire
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CN	Coordination Nationale
CN ESTHER	Coordination Nationale ESTHER
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CP C2D	Comité de Pilotage du Contrat de Désendettement et de Développement
CSI	Centre de Sante Intégré
CSPSE	Chef de Service de la Planification Suivi et Evaluation
CTA	Centre de Traitement Agrée
DLMEP	Direction de la Lutte contre le Maladie, Endémie et Pandémie
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique
FMSB	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
GTC CNLS	Groupe Technique Central du Comité national de Lutte contre le Sida
GTR	Groupe Technique Régional
IAP	Indicateur d'Alerte Précoce
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MEO	Mise En œuvre
MIO	Maladies Infectieuses et Opportunistes
MINSANTE	Ministère de la Sante Publique
OMS	Organisation Mondiale de la sante
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
PEC	Prise en Charge
PVVIH	Personnes Vivants avec le VIH
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SPA	Secrétaire Permanent Adjoint
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UPEC	Unité de Prise en Charge

RESUME EXECUTIF

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation du Programme de décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) au Cameroun. Cette évaluation a été réalisée par la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS). Elle a bénéficié de l'assistance technique et de l'appui financier de la représentation camerounaise de GIP ESTHER.

1. Contexte général

Avec un taux de prévalence élevé de 5,5% de sa population adulte en 2003, le Cameroun a fait de la lutte contre le Sida l'une des priorités de la stratégie sectorielle de santé, surtout sur le plan de la prise en charge globale des PVVIH. Le comité national de lutte contre le Sida (CNLS) a noté une augmentation croissante des patients camerounais sous ARV de 2001 à 2008 (*ONUSIDA et OMS 2008*). En 2004, 11% seulement des personnes éligibles sont sous traitement ARV. Malgré la mise en place d'une organisation pyramidale de prise en charge des soins VIH en 2001, les 23 Centres de Traitement Agréés (CTA) nationaux créés par le Ministère de la Santé Publique pour la délivrance des soins et des ARV, n'ont pas suffi à augmenter l'accès aux soins et ARV à tous les patients. Même la baisse du coût des ARV n'a pas permis de résoudre le problème de l'accès à la prise en charge globale qui était resté géographiquement limité. C'est pourquoi, en 2004, le Ministère de la Santé Publique a défini et désigné des structures de prise en charge des PVVIH et a opté pour un programme de décentralisation de la prise en charge des PVVIH depuis le niveau central et régional vers les hôpitaux de district par la création de centaines d'Unités de Prise en Charge (UPEC) parrainées par des CTA dit « tuteur ».

2. Principaux objectifs

L'objectif principal de ce projet était d'évaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et les mécanismes ou dispositifs de pérennisation du tutorat de 1^{ère} génération, des CTA vers les UPEC mis en place dans le cadre de la décentralisation de la PEC globale des PVVIH, de 2008 à 2012.

De manière spécifique l'étude visait à : décrire les activités et les ressources planifiées, les objectifs retenus, les résultats attendus et les mécanismes de suivi-évaluation retenus dans le cadre du Tutorat de 1^{ère} génération ; comparer le niveau de réalisation des activités et des extrants aux prévisions ; Identifier les premiers effets de ce projet sur la qualité de la prise en charge globale du VIH/SIDA dans la perspective d'un tutorat de 2^{ème} génération ; faire une analyse comparative entre les ressources attribuées et les résultats obtenus.

3. Méthodologie générale

Afin d'évaluer les effets du programme de décentralisation de la prise en charge des PVVIH au Cameroun, la méthodologie développée dans le cadre de cette recherche repose une triangulation des méthodes de recherche permettant d'optimiser les résultats escomptés. De ce fait, il s'agissait d'une étude transversale à visée évaluative qui a comporté deux volets quantitatif et qualitatif.

L'évaluation du programme est le résultat de deux types d'analyse notamment une analyse descriptive (données quantitatives) et une analyse de contenu (données qualitatives).

4. Résultats de l'évaluation

4.1. Pertinence

Il est ressorti qu'il y avait une cohérence entre les besoins identifiés au départ, la stratégie retenue et la chaîne des objectifs, résultats attendus et activités retenues. Cependant, il y a lieu de relever que certains aspects importants liés à la clarification des modalités de fermeture, d'extension ou d'interaction entre le Projet tutorat et les autres projets menés sur le VIH au niveau du MINSANTE n'ont pas été explicitement édictés.

La planification des activités et la programmation financière adoptées dans le cadre de ce projet restaient trop ambitieuses et peu réalistes dans la mesure où la majorité des activités (28/38) avaient été planifiées en Année 1 sans tenir compte de toutes les pesanteurs administratives, opérationnelles et structurelles. Ce qui de manière directe devait occasionner une surcharge de travail en année 1 et augurer d'une mauvaise qualité des activités mises en œuvre.

Il faut également relever que la dimension humaine n'a pas été suffisamment prise en compte lors de la conception de ce projet. En effet, les aspects liés à la motivation « administrative » et financière des personnels de santé et ARC impliqués dans la mise en œuvre de la PEC globale du VIH au Cameroun n'ont pas été énoncés.

4.2. Efficacité et efficience

Points forts :

- L'élaboration, la validation, la multiplication et la diffusion des documents de procédures de normes et procédures du tutorat ont été effectives ;
- Le projet a contribué au renforcement des capacités du personnel des CTA/UPEC et des Equipes cadres DS et Régionales ;
- La collaboration entre les différents CTA-UPEC est effective et fonctionnelle ;

Points faibles :

Cependant de nombreuses insuffisances ont été relevées dans la mise en œuvre du projet de tutorat de première génération lors de l'analyse des indicateurs de réalisation.

- La collaboration CTA-CTA et collaboration UPEC-FS du DS non effective;
- La coordination a peu fonctionné, les supervisions régionales et les évaluations ont été faiblement mises en œuvre ;
- Le suivi clinique dans les CTA/UPEC et la mise en place d'un logiciel de suivi dans les CTA a été effective.

Les problèmes relevés :

Documents, Normes et Procédures:

- Insuffisance quantitative;
- Pas tous traduits;
- Mal disséminés.

Renforcement des capacités RH en PEC globale:

- Pas de recyclage programmé;
- Pas de visibilité des activités de formation des partenaires du Nord au niveau des EC Régionale;
- Insuffisance quantitative du personnel;
- Manque de mécanisme de motivation;
- Peu de supervision formative.

Coordination:

- Mise à l'écart des ECD régionales et DS;
- Coordination Nationale du projet n'a pas fonctionné.

Suivi/Evaluation:

- Faiblesse du reporting des données;
- Retard dans la mise en place de ESOPE;
- Pas de plan de S/E spécifique à ce projet.

Gouvernance:

- Retard dans la MEO du projet;
- Le réseautage CTA-CTA n'a pas fonctionné.

4.3. Effets du tutorat sur les bénéficiaires (PVVIH)

Les effets favorables

- Les bénéficiaires avaient une connaissance moyenne, des services offerts dans les CTA/UPEC ;
- Les bénéficiaires appréciaient l'augmentation du nombre de personnel formé à la PEC du VIH ;
- La continuité de la gratuité des ARV était appréciées des bénéficiaires;
- Les bénéficiaires en grande majorité sont favorables à un éventuel rapprochement des services de prise en charge du VIH pour deux raisons fondamentales :
 - économies réalisées en termes de transport vers les CTA/UPEC (86,3%) ;
 - réduction du temps d'attente (10,4%).

Les effets défavorables

- Les services offerts dans les CTA/UPEC aux PVVIH ne sont pas gratuits. La plupart des PVVIH (89%) déclarait déboursier de l'argent pour la réalisation du suivi biologique et 39% pour le suivi clinique.
- Les facteurs économiques (57,7%), la distance (39,5%), la crainte de la révélation du statut sérologique (4,3%), le manque de soutien de la famille et de la communauté (3,7%) et le manque de maîtrise de l'importance des services (1,9%).
- Les moments d'attente dans les CTA/UPEC, le manque de professionnalisme du personnel au niveau de la réception, concernant l'écoute, l'attention, les réponses aux

préoccupations des PVVIH lors des consultations sont apparus comme des facteurs qui limitent la satisfaction des patients et traduisent une mauvaise qualité de la prise en charge.

- (28,6%) des bénéficiaires ont émis des craintes concernant la divulgation de statut sérologique (stigmatisation).

5. Recommandations

- Revoir les modalités d'extension de la décentralisation de la PEC ;
- Renforcer les capacités des personnels de santé impliqués dans le tutorat ;
- Revoir les mécanismes d'implication et de motivation du Bureau de Coordination Nationale, des équipes cadre régionale et de district ;
- Restructurer le jumelage en lui donnant de nouvelles orientations stratégiques ;
- Renforcer le dispositif de coordination et de suivi-évaluation.

INTRODUCTION

Depuis des années, le Cameroun a fait de la lutte contre le sida l'une des priorités de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS). Pourtant la baisse du coût des antirétroviraux (ARV) en 2004, n'a pas permis de résoudre le problème de l'accès à la prise en charge (PEC) par les ARV qui restait limité à moins des égards. C'est pourquoi en 2004, le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), en complément des Centres de Traitement Agréés (CTA) mis en place depuis 2001, a défini et désigné des Unités de Prise en Charge (UPEC) des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) dans les hôpitaux de district, sur toute l'étendue du territoire. Il a opté pour un système de décentralisation de la PEC des PVVIH vers les hôpitaux de district par la création de ces UPEC parrainées par des CTA dit « tuteur » dans chaque région, accompagné plus tard de la gratuité des ARV en 2007.

Depuis lors, en 2008, la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLMEP) assistée du GIP-ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau) et d'autres partenaires du MINSANTE ont mis en œuvre le *tutorat* qui est l'accompagnement des formations sanitaires de niveau inférieur par des formations sanitaires de niveau supérieur dans la mise en place des services efficaces et durables dans le domaine de la PEC globale des PVVIH. Il les prépare ainsi à long terme à acquérir leur autonomie pour pouvoir, à leur tour, accompagner d'autres formations sanitaires de niveau inférieur.

Au cours de la mise en œuvre (MEO) de cette stratégie dénommée « Tutorat de 1^{er} génération », les progrès observés semblent évidents quant aux performances de certains CTA et UPEC « tutorés » notamment en ce qui concerne le renforcement des ressources humaines. Toutefois, certains problèmes sont constatés dans l'application des directives de mise en œuvre de la stratégie du tutorat tant au niveau des CTA que des UPEC fonctionnels. C'est pourquoi, dans le but d'améliorer cette stratégie, nous avons évalué tout le programme de décentralisation par le tutorat de 1^{ère} génération afin d'identifier les gaps existants. Ceci pour en tirer toutes les leçons et ainsi accélérer les prochaines étapes de la décentralisation.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Avec un taux de prévalence élevé de 5,5% de sa population adulte en 2003, le Cameroun a fait de la lutte contre le Sida l'une des priorités de la stratégie sectorielle de santé, surtout sur le plan de la PEC globale des PVVIH. Le comité national de lutte contre le Sida (CNLS) a noté une augmentation exponentielle des patients camerounais sous ARV de 2001 à 2008 (ONUSIDA et OMS 2008). En 2004, 11% seulement des personnes éligibles étaient sous traitement ARV. Malgré la mise en place d'une organisation pyramidale de PEC des soins VIH en 2001, les 23 CTA nationaux créés par le MINSANTE pour la délivrance des soins et des ARV, n'ont pas suffi à augmenter l'accès aux soins et ARV à tous les patients. Même la baisse du coût des ARV n'a pas permis de résoudre le problème de l'accès à la PEC globale qui était resté géographiquement limité.

C'est pourquoi, en 2004, le MINSANTE a opté pour un programme de décentralisation de la PEC des PVVIH depuis le niveau central et régional vers les hôpitaux de district. Ceci à travers la création de centaines d'UPEC parrainées par des CTA dit « tuteur ». En 2005, un premier projet piloté par ESTHER a été mis en œuvre dans la province du Centre avec le CTA de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) en partenariat avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier et 12 UPEC. A ce dit projet, il a été apporté une activité de formation (atelier, formation sur site, stage, spécialisation) du personnel soignant (médecin, infirmière, sage-femme, biologiste, pharmacien, assistante sociale et agent de relais communautaire) impliqué dans la PEC du VIH / SIDA. De plus, le CTA et les UPEC avaient été dotés d'équipements pour le suivi biologique, d'intrants, de consommables et un kit de démarrage (ARV et médicaments pour le traitement des infections opportunistes).

Enfin, du matériel informatique ainsi qu'un logiciel dénommé ESOPE avaient été pourvus pour une activité de suivi clinique de la PEC. Ainsi, à partir des résultats encourageants et à la demande du Ministre de la santé Publique du Cameroun, le GIP-ESTHER a été sollicité pour accompagner la décentralisation de l'accès aux soins des PVVIH par la stratégie du tutorat sur l'étendue du territoire national.

Avec l'amélioration de l'accès aux ARV et aux soins, des obstacles ont été surmontés, notamment la capacité des infrastructures sanitaires et leurs ressources humaines à assurer la PEC par ARV, le maintien d'un bon niveau d'observance aux traitements. Conscient de ces difficultés, l'étude EVAL ANRS 12 116 a été conduite au Cameroun entre Septembre 2006 et Avril 2007, avec la collaboration du MINSANTE, du Programme National de Lutte contre le Sida du Cameroun, et GIP-ESTHER afin d'évaluer de manière pluridisciplinaire l'impact d'un accès décentralisé aux soins sur l'équité du recours au traitement ARV. Certains facteurs structurels qui limitent l'efficacité de la décentralisation de l'accès aux ARV ont été relevés. Il s'agissait d'une part, des difficultés d'approvisionnement en médicaments ARV et en réactifs CD4 aboutissant à des ruptures de traitement. D'autre part, une insuffisance des ressources humaines les plus qualifiées telles que les médecins et les assistants sociaux accompagnée par la mauvaise répartition de celles-ci sur le territoire. Enfin, une démotivation des ressources humaines en raison de la précarité des statuts, des salaires faibles et des conditions de travail difficiles.

Depuis la MEO de la décentralisation en 2008 par le Tutorat de 1^{ère} génération, aucune évaluation du programme, même à mi-parcours, n'avait été faite jusqu'à lors. Nonobstant cette situation, le Programme Multilatéral de lutte contre le VIH/SIDA du Cameroun à travers le

projet Round 10 du Fonds Mondial envisage l'extension de la PEC et un tutorat de 2^{ème} génération. Ce dernier consistera à rendre disponible le kit de PEC globale au niveau des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) et des Centres de Santé Intégré (CSI) alors même que les résultats du Tutorat de 1^{ère} génération ne sont pas connus.

Dans le but d'améliorer la qualité de la MEO du tutorat de 1^{ère} génération et éventuellement le passage à un autre niveau de décentralisation et de tutorat, la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) a été commise pour évaluer le programme C2D MINSANTE/ESTHER de décentralisation de la PEC globale du VIH/SIDA par le tutorat de 1^{ère} génération. Cette évaluation devra mettre en relief les problèmes spécifiques au tutorat depuis le début de sa mise en œuvre en 2008 et contribuer non seulement à l'évaluation globale du Plan Stratégique National 2011-2015, mais aussi à la rédaction de la note conceptuelle du Cameroun au Fonds Mondial dans le cadre de son nouveau mécanisme de financement (NFM).

OBJECTIFS

Objectif général

L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et les mécanismes ou dispositifs de pérennisation du tutorat de 1^{ère} génération, des CTA vers les UPEC mis en place dans le cadre de la décentralisation de la PEC globale des PVVIH, de 2008 à 2012.

Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement il s'agissait de :

- Décrire les activités et les ressources planifiées, les objectifs retenus, les résultats attendus et les mécanismes de suivi-évaluation retenus dans le cadre du Tutorat de 1^{ère} génération ;
- Comparer le niveau de réalisation des activités et des extrants aux prévisions ;
- Identifier les premiers effets de ce projet sur la qualité de la prise en charge globale du VIH/SIDA dans la perspective d'un tutorat de 2^{ème} génération ;
- Faire une analyse comparative entre les ressources attribuées et les résultats obtenus.

RÉSULTATS ATTENDUS

A la fin de cette évaluation, les résultats ci-dessous étaient prévus :

- ❖ Les activités et les ressources planifiées, les objectifs retenus, les résultats attendus et les mécanismes de suivi-évaluation susceptibles de garantir l'atteinte des objectifs poursuivis par le Tutorat de 1^{ère} génération sont décrits.
- ❖ Le niveau de réalisation des activités et des extrants est apprécié par rapport aux résultats attendus et des indicateurs retenus ;
- ❖ La perception et la satisfaction que les bénéficiaires ont de la qualité des prestations qui leur est offerte sont identifiés;
- ❖ Une analyse comparative entre les ressources attribuées et les résultats obtenus est faite au regard du chronogramme prévisionnel.
- ❖

MÉTHODOLOGIE

Au vu des objectifs de l'étude, une triangulation des méthodes de recherche permettant d'optimiser les résultats escomptés a été utilisée. C'est pourquoi, cette étude transversale à

visée évaluative a comporté deux volets qui ont été réalisés conjointement. A l'enquête statistique qui a consisté en l'administration de questionnaire a été joint un volet qualitatif utilisant une revue documentaire, les techniques d'entretien et de discussion de groupes ciblés. Toutefois, il importe de définir les différents concepts utilisés dans le cadre de cette étude.

Définition des concepts

Centre de Traitement Agréés (CTA)

Les décisions 178/MSP/CAB du 16 Mars 2001 et N°0190/MSP/CAB du 30 Mars 2001 ont permis de créer et de désigner 13 des 23 CTA actuellement fonctionnels sur lesquels porte cette évaluation.

Ces derniers ont été créés pour servir de centres de référence pour la confirmation du diagnostic de l'infection à VIH et pour la thérapie antirétrovirale. Ils ont pour missions, dans le respect de la confidentialité et selon les règles de l'éthique médicale de :étudier les dossiers des patients ; sélectionner les patients devant bénéficier d'un traitement par les antirétroviraux en fonction de leurs critères clinico-biologiques ; prescrire les protocoles thérapeutiques adéquats selon les protocoles nationaux ; assurer la prise en charge globale (affections opportunistes, affections non opportunistes et prise en charge psychosociale) ; assurer à travers leurs pharmacies une dispensation pour les prescripteurs publics et privés affiliés aux Centres ; assurer le suivi et la contre référence des patients ; assurer la prophylaxie d'urgence après exposition professionnelle ou tout autre exposition à risque notamment en cas de viol ; assurer le suivi du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en collaboration avec les services impliqués et le Comité National de Lutte contre le Sida ; participer à la formation et au recyclage du personnel médical, paramédical et social, en fonction du programme établi par le Comité National de Lutte contre le Sida ; participer à la recherche fondamentale et opérationnelle; tenir les statistiques et rendre trimestriellement compte de leurs activités au Comité National de Lutte contre le Sida.

Pour leur fonctionnement effectif, les CTA devaient disposer de : une équipe comprenant un personnel médical, paramédical et social formé pour la prise en charge globale; un équipement et des consommables médicaux adéquats pour le diagnostic et la confirmation de l'infection à VIH, le dépistage actif de la tuberculose, les tests biologiques courants ; un paquet minimum de médicaments essentiels pour la prise en charge des affections opportunistes et non opportunistes ; des médicaments antirétroviraux prévus dans les protocoles thérapeutiques définis par la Direction de la Lutte et de la Maladie ; un outil informatique permettant la gestion et la centralisation des données statistiques.

Les Centres de Traitement Agréés s'approvisionnent en antirétroviraux à travers la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME) soumis à une tarification unique fixée par décision du Ministre en charge de la Santé Publique.

Unité de Prise En Charge (UPEC)

Septembre 2004 est marqué par la désignation, la création et l'organisation des Unités de Prise en Charge (UPEC) des Personnes Vivant avec le VIH/Sida par les antirétroviraux au Cameroun par le MINSANTE. Afin d'être accréditées pour la délivrance des antirétroviraux, les unités de prise en charge devaient remplir les critères suivants : avoir un laboratoire équipé et disposant des consommables médicaux adéquats pour le diagnostic et la confirmation du test VIH, le dépistage actif de la tuberculose, les examens biologiques courants et spécifiques

pour le suivi biologique des patients sous ARV ; une pharmacie fonctionnelle ; un système d'enregistrement et de notification permettant l'évaluation des protocoles thérapeutiques et de la prise en charge globale des malades ; un personnel formé à la prise en charge globale des PVVIH. La composition minimale de l'UPEC recommande comme personnel soignant: 02 médecins, 02 infirmiers, 01 technicien de laboratoire, 01 dispensateur de médicament, 01 agent de soutien psychosocial (psychologue, assistant social, volontaire communautaire ou personne vivant avec le VIH/Sida).

Décentralisation de la prise en charge en vue d'un accès universel à la TARV au Cameroun

La décentralisation a été menée au Cameroun avec l'assistance technique et financière du GIP « ESTHER » (Ensemble pour Solidarité thérapeutique En réseau) qui a une vocation internationale et vise la création de conditions d'une prise en charge globale adéquate à travers la mise en place de jumelages hospitaliers et associatifs Nord-Sud dont les activités sont centrées sur le renforcement des capacités.

La décentralisation de la prise en charge des PVVIH a facilité l'augmentation de la couverture des besoins de 15 % fin 2005 à 38 % en 2008, puis 46,3 % fin 2009, soit le taux le plus élevé dans le contexte de l'Afrique centrale et de l'Ouest.

Quatre traitements de première ligne composés de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ont été définis dans les protocoles nationaux et sont disponibles dans l'ensemble des centres de traitement agréés et des unités de prise en charge pour l'initiation du traitement. Quatre autres traitements sont recommandés en seconde ligne, comprenant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de protéase. Alors que les traitements de première ligne sont disponibles dans les UPEC et les CTA, les traitements de seconde ligne sont limités aux centres de traitement agréés.

Tutorat au Cameroun

Sur le plan étymologique, tutorat vient du latin *tueor, eri, tuitus* qui signifie : avoir les yeux sous, veiller sur, protéger, prendre soin d'après le dictionnaire le Robert c'est : une personne qui protège ou soutient quelqu'un. Enseignant, étudiant avancé ou professionnel qui guide un débutant, un apprenti.

Dans l'acception du MINSANTE le tutorat est l'accompagnement des formations sanitaires de niveau inférieur dans la mise en place des services efficaces et durables dans le domaine de la prise en charge globale des PVVIH. Il les prépare à long terme à acquérir leur autonomie et à prendre le relais en matière d'accompagnement des formations sanitaires de niveau inférieur. Ainsi, le tuteur désigne toute formation sanitaire de niveau supérieur qui accompagne une formation de niveau inférieur dans la prise en charge des PVVIH. Tout ceci a été fait avec l'appui d'un partenaire technique et financier le GIP- ESTHER et le financement du Contrat de Développement Désendettement (C2D).

Les principes du tutorat se résument en l'intégration des activités, l'approche multidisciplinaire et la standardisation des pratiques.

APPROCHES DE RECHERCHE QUALITATIVE

Champ géographique et population cible de l'étude

Le choix a été fait de mener cette étude de manière exhaustive dans tous les 13 CTA où le Programme C2D MINSANTE/ESTHER met en oeuvre des activités d'appui par jumelage Nord-Sud et les 26 UPEC qui leurs sont rattachés. Excepté les villes de Yaoundé et de Douala où respectivement 03 et 02 CTA ont été choisis, 01 CTA de chaque chef-lieu de région a été retenu. Concernant les UPEC à enrôler, leur choix s'est fait par convenance. Soit l'UPEC la plus anciennement engagée dans le tutorat avec la plus importante file active et une des UPEC la plus récemment engagée avec une grande file active. Les 13 CTA « tuteurs » et les UPEC y rattachées étaient les suivants :

Tableau 1: CTA/UPEC prévus et visités par région

Région	Structure à enquêter		Structures enquêtées	
	CTA	UPEC	CTA	UPEC
Adamaoua	L'hôpital Régional de Ngaoundéré	UPEC de l'hôpital luthérien de Ngaoundéré,	L'hôpital Régional de Ngaoundéré	UPEC de l'hôpital luthérien de Ngaoundéré,
		UPEC de l'hôpital de district de Meiganga		UPEC de l'hôpital de district de Meiganga
Centre	L'Hôpital Central de Yaoundé (HCY)	UPEC de l'hôpital de district de la cité-verte,	L'Hôpital Central de Yaoundé (HCY)	UPEC de l'hôpital de district de la cité-verte,
		UPEC de l'hôpital de district de Obala,		UPEC de l'hôpital de district de Obala,
	L'hôpital Général de Yaoundé	UPEC de l'hôpital de district de Mfou,	L'hôpital Général de Yaoundé	UPEC de l'hôpital de district de Mfou,
		UPEC de l'hôpital de district de Djoungolo		UPEC de l'hôpital de district de Djoungolo
	Le Centre Hospitalier d'Essos/CNPS	UPEC de l'hôpital St-Luc de Mbalmayo,	Le Centre Hospitalier d'Essos/CNPS	UPEC de l'hôpital St-Luc de Mbalmayo,
		UPEC du centre de santé catholique de Bikop		UPEC du centre de santé catholique de Bikop
Est	L'hôpital Régional de Bertoua	UPEC de l'hôpital de district d'Abong-Mbang	L'hôpital Régional de Bertoua	UPEC de l'hôpital de district d'Abong-Mbang
		UPEC de l'hôpital luthérien de Garoua-Boulaï		UPEC de l'hôpital luthérien de Garoua-Boulaï
Extrême-Nord	L'hôpital Régional de Maroua	UPEC de l'hôpital de district de Mokolo	L'hôpital Régional de Maroua	UPEC de l'hôpital de district de Mokolo
		UPEC de l'hôpital de district de Bogo		UPEC de l'hôpital de district de Bogo
Littoral	L'hôpital Laquintinie de Douala	UPEC de l'hôpital Militaire de Douala	L'hôpital Laquintinie de Douala	UPEC de l'hôpital Militaire de Douala
		UPEC de l'hôpital Ad Lucem de Bonamoussadi		UPEC de l'hôpital Ad Lucem de Bonamoussadi
	L'hôpital Général de Douala	UPEC de l'hôpital régional de Nkongsamba,	L'hôpital Général de Douala	UPEC de l'hôpital régional de Nkongsamba,
		UPEC de l'hôpital de district de Nylon		UPEC de l'hôpital de district de Nylon
Nord	L'hôpital Régional de Garoua	UPEC de l'hôpital de district de Guider	L'hôpital Régional de Garoua	UPEC de l'hôpital de district de Guider
		UPEC de l'hôpital de Poli		UPEC de l'hôpital de Poli
Nord-Ouest	L'hôpital Régional de Bamenda	UPEC de l'hôpital de Njinikum	L'hôpital Régional de Bamenda	UPEC de l'hôpital de Njinikum
		UPEC de Nkwen Baptist Hospital		UPEC de Nkwen Baptist Hospital
Ouest	L'hôpital Régional de Bafoussam	UPEC de l'hôpital protestant de Bangoua	L'hôpital Régional de Bafoussam	UPEC de l'hôpital protestant de Bangoua
		UPEC de l'hôpital de district de Dschang		UPEC de l'hôpital de district de Dschang
Sud	L'hôpital Régional d'Ebolowa	UPEC de l'hôpital de district de Sangmelima	L'hôpital Régional d'Ebolowa	UPEC de l'hôpital de district de Sangmelima
		UPEC de l'hôpital de district de Kribi		UPEC de l'hôpital de district de Kribi

Sud-Ouest	L'hôpital Régional de Limbé.	UPEC de l'hôpital de district de Kumba	L'hôpital Régional de Limbé.	UPEC de l'hôpital de district de Kumba
		UPEC de Mutengene Baptist Health Center		UPEC de Mutengene Baptist Health Center

Méthode et outils de collecte de données

Les entretiens semi-structurés ou approfondis (enquêtes d'opinion), la revue documentaire, la photographie et les focus group discussion ont constitué l'essentiel des méthodes de collecte des données qualitatives. Ils ont permis à travers la revue documentaire : d'apprécier la pertinence du tutorat ; décrire le niveau de réalisation des activités menées ; ressortir la corrélation entre le résultat et le taux de décaissement ; vérifier l'adéquation entre le chronogramme établi et l'échéance des activités menées. D'autre part, la photographie a permis de disposer des supports visuels des documents de la MEO du tutorat. Et enfin, les entretiens semi-structurés ont permis d'identifier les raisons susceptibles d'expliquer les gaps enregistrés entre les objectifs planifiés et les résultats obtenus ; d'identifier les facteurs catalyseurs et inhibiteurs de l'atteinte des résultats par objectif fixé ; d'identifier les bonnes pratiques et les mécanismes de pérennisation ; de renseigner sur le degré de satisfaction des bénéficiaires et leurs perceptions de la MEO de la première et de l'éventuelle deuxième phase de la décentralisation de la PEC du VIH/SIDA.

Un guide d'entretien a été élaboré et administré aux intervenants suivants : les bénéficiaires (PVVIH), les coordonnateurs des CTA/UPEC, les intervenants principaux du projet (DLMEP, ESTHER) et les intervenants intermédiaires (Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI).

Tableau 2: Récapitulatif du cadre théorique de l'étude et variables à collecter pour les données qualitatives

Composantes	Variables à collecter	Cibles	Méthode de collecte	Sources de vérification
PERTINENCE	Objectifs au départ	Documents de planification	Revue documentaire	Document -Programme C2D ; Plans opérationnels CTA ET ESTHER
	Contexte de la PEC en 2008	Documents de planification	Revue documentaire	Document -Programme C2D ;
	Activités planifiées	Documents de planification	Revue documentaire	Document -Programme C2D ; Plans opérationnels CTA
EFFICACITE	INDICATEURS DE PROCESSUS en terme de : <ul style="list-style-type: none"> - production de documents de normes et procédures du tutorat (kit du tutorat (guide national du tutorat pour la PEC décentralisée du VIH/SIDA, grille de supervision PEC globale du VIH / SIDA, guide de la PEC globale des adultes et des enfants, guide de la PEC pédiatrique, guide de la PTME), outils de communication en CDV et outils de formation en conseil intégré) ; - de capacitation des CTA/UPEC, équipes techniques régionales et cadres du district ; 	Documents de mise en œuvre et de planification	Revue documentaire	Les documents normatifs relatifs à la prise en charge des PVVIH ; Les rapports d'activités (réunions de coordination et des comités thérapeutiques, formation, supervision, rapport de bilan de suivi, procès-verbaux de mission, rapports statistiques des CTA et UPEC, documents pédagogiques de formation, rapport d'analyse des performances des logiciels d'exploitation des données ESOPE, bon de livraison matériels, rapport de prestations de service) ; Notes de services, décisions ministérielles ; Les listes du personnel des CTA et UPEC

	<ul style="list-style-type: none"> - de fonctionnalité de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées ; - de coordination, suivi et évaluation des activités du tutorat 			
	Gaps enregistrés	Documents de mise en œuvre	Revue documentaire	<p>Les documents normatifs relatifs à la prise en charge des PVVIH ;</p> <p>Les rapports d'activités (réunions de coordination et des comités thérapeutiques, formation, supervision, rapport de bilan de suivi, procès-verbaux de mission, rapports statistiques des CTA et UPEC, documents pédagogiques de formation, rapport d'analyse des performances des logiciels d'exploitation des données ESOPE, bon de livraison matériels, rapport de prestations de service) ;</p> <p>Notes de services, décisions ministérielles ;</p> <p>Les listes du personnel des CTA et UPEC</p>
	Justifications des gaps observés	<ul style="list-style-type: none"> - responsables des CTA/UPEC, - intervenants principaux du projet (DLMEPEP, ESTHER, Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI) 	Entretiens semi-structurés	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire DLMEPEP - Questionnaire (CP C2D ESTHER) - Guide d'entretien des responsables des CTA/UPEC, - Guide d'entretien des autres intervenants du projet (Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI)
EFFICIENCE	Ressources attribuées au départ (financières, matérielles, techniques, humaines)	Documents de planification	Revue documentaire	Document -Programme C2D ; Plans opérationnels CTA ET ESTHER
	Taux de décaissement par CTA ET A ESTHER Délai de décaissement par CTA ET A ESTHER	<ul style="list-style-type: none"> - responsables des CTA/UPEC, - intervenants principaux du projet (DLMEPEP, ESTHER, Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI) 	Revue documentaire	Documents comptables PTF, DISTRICT, GTR-CNLS, CTA, DLMEPEP, DOST Bon de livraison ; rapport de prestation de services
	Chronogramme CTA Chronogramme GIP-ESTHER	Documents de planification	Revue documentaire	Chronogramme CTA Chronogramme GIP-ESTHER

	Facteurs catalyseurs (points forts) et Facteurs inhibiteurs (menaces) a l'atteinte des résultats	- responsables des CTA/UPEC, - intervenants principaux du projet (DLMEPEP, ESTHER, Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI)	Entretiens semi-structurés	- Questionnaire DLMEPEP - Questionnaire CP C2D ESTHER - Guide d'entretien des responsables des CTA/UPEC, - Guide d'entretien des autres intervenants du projet (Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI)
EFFET/IMPACT	Point de vue sur la décentralisation de la PEC du VIH et le rapprochement des services de prise en charge au niveau des CMA/CSI	BENEFICIAIRES (PVVIH)	Focus group	- Analyse de contenu
PERENNISATION	<i>STRATEGIES « PORTEUSES »</i> utilisées dans le cadre du tutorat de 1 ^{ère} génération qui ont permis l'atteinte des résultats en termes de : l'élaboration et la diffusion des documents de normes, de procédures et de la décentralisation par le tutorat ; le renforcement des capacités des 13 CTA tuteurs et de l'équipe technique régionale ; le renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique de l'UPEC et l'équipe cadre du district ; la mise en place d'un réseau fonctionnel entre les différents CTA et entre chaque CTA tuteur et ses UPEC ; la coordination, la supervision et le suivi-évaluation des activités du tutorat, l'acquisition et la maintenance des équipements du programme et le taux de décaissement actuel par rapport aux activités du projet .	- responsables des CTA/UPEC, - intervenants principaux du projet (DLMEPEP, ESTHER, Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI)	Analyse documentaire	- Questionnaire DLMEPEP - Questionnaire CP C2D ESTHER - Guide d'entretien des responsables des CTA/UPEC, - Guide d'entretien des autres intervenants du projet (Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI)
	Stratégies alternatives de financement dans le budget du MINSANTE en vue de supporter les activités du tutorat après le retrait des Partenaires Techniques et Financiers	- responsables des CTA/UPEC, - intervenants principaux du projet (DLMEPEP, ESTHER, Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI)	Entretiens semi-structurés	- Questionnaire DLMEPEP - Questionnaire CP C2D ESTHER - Guide d'entretien des responsables des CTA/UPEC, - Guide d'entretien des autres intervenants du projet (Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI)
	Efficacité des mécanismes de suivi-évaluation de la mise en œuvre du tutorat de 1 ^{ère} pour assurer l'atteinte des objectifs	- responsables des CTA/UPEC, - intervenants	Entretiens semi-structurés	- Questionnaire DLMEPEP - Questionnaire CP C2D ESTHER

		principaux du projet (DLMEPEP, ESTHER, Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI)		- Guide d'entretien des responsables des CTA/UPEC, - Guide d'entretien des autres intervenants du projet (Directions techniques du MINSANTE, PTF, GTC-CNLS, DRSP, Coordonnateurs GTR, CSSD, BISI)
--	--	--	--	--

Echantillonnage et population d'étude

Notre échantillon a été recruté de manière consécutive et exhaustive et comportait 6 intervenants:

- ✓ le CP C2D/ESTHER ;
- ✓ les responsables de la SDL contre le VIH/SIDA et IST à la DLMEPEP ;
- ✓ les responsables régionaux suivants : coordonnateurs des CTA et des UPEC, CSSD, Coordonnateurs GTR, Délégués Régionaux de la Santé Publique ;
- ✓ le Secrétaire Permanent/SPA ou Chef Service Planification Suivi Evaluation du GTC-CNLS,
- ✓ les Responsables du MINSANTE ayant participé à ce projet ;
- ✓ les Partenaires Techniques et Financiers ayant participé à ce projet.

Tableau 3 : Personnes interrogées au niveau central et intermédiaires en fonction de leur statut par région

Région	Fonction de l'interviewé						Total
	CSSD	Délégué Régional	Coordonnateur GTR	Directeur Hôpital Régional	Chef Bureau Santé	Autre	
Adamaoua	1	0	1	1	1	0	4
Centre	2	0	0	0	0	0	2
Est	1	1	1	0	0	1	4
Extrême-Nord	1	1	1	0	0	0	3
Littoral	1	1	1	0	0	0	3
Nord	2	0	0	0	0	0	2
Nord-Ouest	2	0	1	0	0	0	3
Ouest	2	1	1	0	0	0	4
Sud	3	0	0	0	0	0	3
Sud-ouest	0	1	1	0	0	1	3
Total	15	5	6	1	1	2	31

APPROCHES DE RECHERCHE QUANTITATIVE

Champ géographique et population cible de l'étude

S'agissant du volet quantitatif, la population cible était constituée de tous les 13 CTA fonctionnels et les 26 UPEC choisies qui leur sont rattachés.

Méthode et outils de collecte des données

Les entretiens structurés ont constitué la méthode de collecte. Ils ont consisté à administrer un questionnaire aux différents répondants, retenus par les critères d'inclusion préalablement définis avant la collecte des données. Ces entretiens structurés ont permis d'apprécier : l'efficacité de cette initiative à travers l'identification du niveau de réalisation des indicateurs de processus ; les effets du tutorat à travers le degré de satisfaction des bénéficiaires sur la qualité de la PEC.

Quatre questionnaires ont été élaborés: 01 réservé à la DLMEP ; 01 réservé au CP C2D ESTHER, 01 réservé aux coordonnateurs des CTA/UPEC et 01 réservé aux bénéficiaires (PVVIH).

Echantillonnage

Notre échantillon a été recruté de manière consécutive et exhaustive et comportait les intervenants suivants :

- ✓ le CP C2D/ESTHER ;
- ✓ 01 responsable de la SDL contre le VIH/SIDA et IST à la DLMEP ;
- ✓ 13 coordonnateurs des CTA et 26 responsables UPEC;
- ✓ 10 bénéficiaires (PVVIH) par structure de PEC soient 390 bénéficiaires au total;

Tableau 4 : Récapitulatif du cadre théorique de l'étude et variables à collecter pour les données quantitatives

Composantes	Variables à collecter	Cibles	Méthodes de collecte	Sources de vérification
EFFICACITE	<p><i>Indicateurs de processus</i> en terme de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - production de documents de normes et procédures du tutorat (kit du tutorat (guide national du tutorat pour la PEC décentralisée du VIH/SIDA, grille de supervision PEC globale du VIH / SIDA, guide de la PEC globale des adultes et des enfants, guide de la PEC pédiatrique, guide de la PTME), outils de communication en CDV et outils de formation en conseil intégré) ; - capacitation des CTA/UPEC, capacitation des équipes techniques régionales et cadres du district ; - fonctionnalité de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées ; - de coordination, suivi et évaluation des activités du tutorat 	DOCUMENTS DE MISE EN ŒUVRE et de PLANIFICATION	Entretiens structures	Questionnaire DLMEPEP Questionnaire ESTHER Questionnaire CTA/UPEC
IMPACT / EFFET	Degré de satisfaction de la qualité des prestations	Bénéficiaires (PVVIH)	Entretiens semi-structurés	Questionnaire PVVIH

Participants à l'étude

Les critères d'inclusion et d'exclusion retenus pour les participants de cette étude étaient:

Critères d'inclusion

Etaient inclus dans notre étude :

- Tous les types de participants ayant consenti à être enrôlés dans l'étude.

- Tous les intervenants de la gouvernance du programme de prise en charge des PVVIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire :
 - o Directions techniques du MINSANTE (Sous-directeur de la lutte contre le VIH/Sida et IST, Chef service PEC des cas –DLMEP ; DOSTS ; DCOOP ; DPM),
 - o SP/SPA ou CSPSE GTC-CNLS,
 - o Délégués Régionaux de la Santé Publique,
 - o Coordonnateurs GTR-CNLS,
 - o Chefs Service Santé de District (CSSD),
 - o Coordonnateurs de CTA ou d’UPEC,
 - o Partenaires Techniques et Financiers impliqués dans le projet (ESTHER, AFD, OMS, ONUSIDA, UNICEF, GIZ, Fonds Mondial).
- Tous les PVVIH âgés de plus de 18 ans, sous ARV ou pas, quel que soit la durée de suivi, de tout sexe.

Critères d’exclusion :

Toute personne cible ayant refusé de poursuivre l’étude.

COLLECTE, SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Formation du personnel et organisation de la collecte des données

Tout le personnel de collecte des données avait reçu une formation sur les objectifs de l’étude, les outils de collecte et le remplissage des questionnaires au cours d’un atelier de formation qui s’était déroulé du 1er au 3 mars 2014 à Yaoundé. Ce personnel était constitué pour le volet quantitatif de médecin possédant des connaissances de santé publique sur le VIH et provenant de la FMSB et des délégations régionales du MINSANTE. Pour les aspects qualitatifs, il s’agissait de sociologue, d’anthropologue ou de psychologue de la santé.

Cette formation s’est achevée par une enquête pilote dans les districts de santé de Biyem-Assi, Efoulan et la CASS de Nkoldongo. Le but visé était de tester les outils de collecte, de familiariser les enquêteurs aux méthodes et outils, d’harmoniser leur compréhension de la méthodologie avant la descente des équipes dans les sites d’enquête. La collecte des données s’est effectuée du 04 au 16 mars 2014 et a concerné toutes les structures de PEC retenues, 30 responsables centraux/régionaux du MINSANTE et 336 PVVIH.

Organisation des équipes de saisie et déroulement de la saisie

Une équipe composée de quatre (4) agents de codification et de saisie placée sous la coordination d’un coordonnateur de la Saisie a été constitué à cet effet. Toutefois, avant le début de l’opération de saisie proprement dite, plusieurs tâches préparatoires ont été réalisées dont les principales étaient :

- conception des masques de saisie ;
- conception des programmes de comparaison et d’apurement des données ;
- rédaction du manuel de l’agent de saisie ;
- formation et évaluation des agents de saisie ;
- configuration du réseau informatique et installation des masques de saisie.

La saisie a commencé le 22 mars 2014, soit une semaine après la fin de la collecte des données sur le terrain, et elle s’est achevée le 29 mars 2014. Cette opération consistait en six (06) activités principales :

- la vérification et codification des questionnaires reçus du terrain
- la première saisie des questionnaires vérifiés et codifiés ;
- la deuxième saisie (vérification) des questionnaires issus de la première activité ;
- la comparaison des données et correction des listings ;
- l'apurement des données issues de l'étape précédente ;
- l'imputation des données.

Traitement des données

Pour répondre aux objectifs de l'étude, les méthodes d'analyse des données utilisées étaient essentiellement descriptives. En effet, il s'agissait des méthodes permettant de rendre compte de la distribution des fréquences des variables analysées.

Les données qualitatives issues des entretiens (31) et des discussions de groupe (58) ont été menées et transcrites. Une codification s'en est suivie, laquelle a permis une analyse de contenu.

La collecte des données a relevé le fait que le projet supposé débuter en 2008 , a démarré avec deux années de retard (soit en 2010) aux dires du responsable de la coordination ESTHER au Cameroun et selon le rapport ESTHER de clôture du financement du C2D phase I datant de Mars 2014. De ce fait, il ne pourra s'achever définitivement qu'en 2015. Ce décalage du début du projet biaisant, de ce fait, l'analyse des résultats de cet exercice initialement prévue être l'évaluation finale. Néanmoins, cette analyse s'est faite par objectif en intégrant la programmation initiale (2008 à 2012) et la mise en œuvre effective (2010 à 2013).

CONCLUSION PARTIELLE

Les résultats de l'étude présentés dans ce rapport rendent compte de la manière dont les objectifs de l'étude ont été atteints à travers l'analyse des données collectées. Ces résultats portent sur l'ensemble des informations qualitatives et quantitatives.

Ainsi, le premier chapitre traite de l'évaluation de la pertinence du programme de décentralisation tandis que le second examine l'évaluation de l'efficacité et l'efficience alors que le quatrième chapitre met en exergue les effets du tutorat et les suggestions des mécanismes de pérennisation du tutorat de 1ère génération.

Chaque chapitre s'achève par une conclusion partielle. Le rapport se termine par une conclusion générale avec des recommandations formulées.

CHAPITRE 1 : PERTINENCE DU PROGRAMME DE DECENTRALISATION

Dans de ce chapitre, il était question de partir de la revue documentaire pour s'interroger sur la pertinence du programme de décentralisation de la PEC des PVVIH au Cameroun à travers l'approche tutorat. De manière spécifique, il s'agissait d'analyser les raisons et le contexte ayant prévalu à la mise sur pied du programme de tutorat de 1^{ère} génération, de ressortir de manière synoptique les objectifs poursuivis, les indicateurs fixés et les différentes activités identifiées pour apporter une amélioration qualitative de l'offre de PEC globale des PVVIH.

Dans la structuration de ce chapitre, il s'agira de répondre par ordre chronologique aux questions suivantes :

1. Quel était la situation en matière d'offre et de suivi pour la PEC globale du VIH/SIDA au Cameroun avant le démarrage du programme en 2008? Quels étaient les besoins identifiés au départ ?
2. Quelle était la stratégie adoptée dans la MEO des activités?
3. Quels étaient les indicateurs retenus par le programme tutorat de 1^{ère} génération ?
4. Quelles étaient les activités planifiées en fonction des objectifs décrits ?
5. Quels étaient les mécanismes de pérennisation mis en place dans le cadre de ce programme qui pouvaient garantir non seulement sa continuité mais aussi l'appropriation des interventions par les différents acteurs impliqués ?
6. Existait-il une cohérence d'ensemble entre les besoins identifiés au départ, les objectifs poursuivis et les activités identifiées pour l'amélioration de cette PEC?

1.1 SITUATION DE LA DÉCENTRALISATION DE L'OFFRE DE LA PEC GLOBALE DU VIH AU CAMEROUN ET ÉTAT DES BESOINS AVANT L'ANNÉE 2008

La décentralisation de l'offre de la PEC globale du VIH/SIDA au Cameroun a été amorcée depuis 2001 par décision N°178/MSP/CAB du 16 Mars 2001 et N°0190/MSP/CAB du 30 Mars 2001 du MSP. Elle s'est rapidement développée et a permis d'augmenter la couverture nationale en CTA et UPEC. En 2006, les Régions du Centre, du Littoral, de l'Ouest et du Nord étaient couvertes de manière globale par sept (07) CTA et douze (12) UPEC¹ grâce au partenariat d'ESTHER. En plus de ces structures, 26 associations apportaient un accompagnement psycho-social dans certains CTA et UPEC des Régions du Centre, du Littoral et de l'Ouest.²

Plus spécifiquement de la revue documentaire, il est ressorti qu'un premier projet visant à étudier la faisabilité de la décentralisation de la PEC et financé le GIP ESTHER avait été mis en œuvre depuis 2005 au CTA de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) et dans 12 UPEC³ en partenariat avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier. Dans le cadre de ce projet, des activités de formation du personnel soignant (médecin, infirmière, sage-femme, biologiste, pharmacien, assistante sociale et agent de relais communautaire) impliqué dans la PEC du VIH / Sida avaient été réalisées. Les CTA et UPEC mis en place avaient été dotés d'équipements pour le suivi biologique, d'intrants, de consommables, d'un

¹ Rapport de mise en œuvre du Programme, «Décentralisation par le tutorat de la prise en charge du VIH / SIDA au Cameroun» MINSANTE – ESTHER (C2D SANTE 2008-2012), P. 8.

² Initiative ESTHER au Cameroun, Rapport d'activité 2007.

³ Ibid, P. 8.

kit de démarrage (ARV et médicaments pour le traitement des infections opportunistes), du matériel informatique et du logiciel ESOPE pour assurer le suivi clinique des patients. En fin 2007, la décentralisation progressive de la PEC des PVVIH sur l'étendue du territoire national a présenté des difficultés majeures notamment la couverture en matière d'offre restait limitée car 45. 605 PVVIH des 91.453 personnes ayant besoin d'ARV (49,9%) étaient sous TARV⁴ avec 20 sites de PEC agréés des PVVIH fonctionnels.⁵ Au niveau national, seuls 23 CTA et CTA affiliés disposant d'un comité thérapeutique prescrivait et dispensaient les ARV. La PEC du VIH / SIDA pédiatrique quant à elle restait limitée à de rares formations sanitaires. Toutefois, il est ressorti comme point positif la décision pour 101 UPEC de prendre en charge les PVVIH⁶.

En ce qui concerne la qualité de service de la PEC, celle-ci fluctuait malgré les normes définies. En effet, l'activité de tutorat ne se réalisait que dans 4 CTA sur les 13 désignés et il existait un faible lien fonctionnel entre les CTA et UPEC. Quelques observations ont été relevées notamment la faiblesse de la coordination des interventions des différents CTA, l'insuffisance du suivi/évaluation des interventions de PEC globale des PVVIH et le déficit quantitatif et qualitatif de personnels formés à la PEC du VIH / SIDA⁷.

De manière globale, les aspects sus-évoqués constituaient des besoins à combler pour les responsables du MINSANTE. Ces derniers se regroupaient autour du renforcement des capacités selon les normes et standards internationaux et du développement du suivi-évaluation. Ces besoins constituaient de véritables goulots d'étranglement nécessitant une stratégie efficace pour permettre un passage à échelle de la PEC et un accès équitable des PVVIH à des prestations de qualité.

1.2 STRATÉGIE ADOPTÉE

Face aux difficultés rencontrées, dans le processus d'extension de l'offre de service de la PEC globale des PVVIH au Cameroun et au vu de la longue expérience d'ESTHER dans la formation des « prescripteurs de TARV », le MINSANTE a signé une convention de partenariat avec le GIP ESTHER en 2008 dans le cadre du C2D Santé. Sa mission était d'accompagner la DLMEP dans la mise en œuvre du programme de « Décentralisation de la PEC du VIH / Sida par le tutorat ».⁸

L'approche du « Tutorat » qui fut adoptée par le MINSANTE, le CNLS et dix (10) autres PTF impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA au niveau national était définie comme suit : « Une action d'accompagnement des formations sanitaires de niveau inférieur pour la mise en place de services efficaces et durables de la PEC globale *des PVVIH* ». Tel que conçu dans le document programme, le « Tutorat » est un processus d'accompagnement qui prépare à long terme les structures sanitaires à acquérir leur autonomie pour ainsi prendre le relais en matière d'accompagnement des formations sanitaires de niveau inférieur. Cette approche

4 Document Programme

5 Ibid,

6 Ibid,

7 Ibid,

⁸ Signature contrat d'exécution n° 0072 entre le MINSANTE et GIP ESTHER survenue le 1^{er} octobre 2008.

prenait son essence « essentiellement sur un appui technique » et son déploiement « multidisciplinaire ».

L'approche Tutorat devait en perspective faciliter non seulement la décentralisation mais aussi une PEC de qualité. L'un des bénéfices attendus de cette approche étaient l'harmonisation des pratiques. Cela devait se faire en se référant aux normes et standards élaborés et mis à la disposition des prestataires. Par ailleurs, la décentralisation opérationnelle de la PEC du VIH / Sida devait être adaptée au contexte de chaque région. Enfin, la mise à disposition de ressources humaines, matérielles et financières devait permettre d'assurer une coordination et une supervision effective.

1.3 OBJECTIFS ET INDICATEURS DU PROGRAMME DE DÉCENTRALISATION DE LA PEC GLOBALE DU VIH/SIDA AU CAMEROUN

La décentralisation de la PEC du VIH/SIDA par le tutorat avait deux principales orientations : le renforcement du système de santé et le passage à échelle de la prise en charge des personnes infectées par le VIH. L'objectif général poursuivi visait à contribuer à l'amélioration de la qualité de service dans les domaines de la prévention et de la PEC globale des PVVIH.

1.3.1 Objectifs intermédiaires

Il s'agissait de renforcer les capacités des CTA et UPEC, d'améliorer la coordination des activités de décentralisation de la PEC globale des PVVIH et de développer le suivi et l'évaluation de la PEC globale des PVVIH.

1.3.2 Objectifs spécifiques

Cinq (05) objectifs spécifiques avaient été retenus dans le cadre de ce programme. Le tableau 5 ci-dessous en donne plus de précisions.

Tableau 5 : Objectifs spécifiques du programme et leur contenu

N° des objectifs spécifiques	Contenu des objectifs spécifiques
Objectif 1 :	Elaborer et diffuser les documents de normes et de procédures de la décentralisation par le tutorat.
Objectif 2	Renforcer les capacités de 23 CTA tuteurs et de l'équipe technique Régionale
Objectif 3	Renforcer les capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et de l'équipe cadre de District
Objectif 4	Mettre en place un réseau fonctionnel entre les différents CTA et entre chaque CTA tuteur et ses UPEC
Objectif 5	Assurer la coordination, la supervision et le suivi / évaluation des activités du tutorat

1.3.3 Résultats attendus

Les principaux résultats attendus étaient de quatre (4) ordres notamment l'équipement des CTA pour assurer le tutorat, la formation des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC, de l'équipe cadre du district et de l'équipe technique régionale ; l'effectivité de la fonctionnalité du réseau entre chaque CTA-CTA et CTA tuteur-UPEC ; l'effectivité des activités de coordination/supervision et de suivi/évaluation.

Annexe 1 : Cadre logique

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
Objectif général : Contribuer à l'amélioration de la qualité de service dans les domaines de la prévention et de la PEC globale des PVVIH	♦ 100% des CTA et 100% des UPEC assurent une prise en charge globale de PVVIH de qualité en 2012	♦ Enquêtes CAP ♦ Evaluation externe du programme ♦ Rapport de progrès CNLS	Réponse institutionnelle au diagnostic des besoins des CTA et UPEC (intrants, équipements et réhabilitations)
Objectif spécifique N°1 : Elaborer et diffuser les documents de normes et de procédures de la décentralisation par le tutorat.	♦ 90% des CTA et UPEC utilisent les documents des normes et procédures de décentralisation par le tutorat à la 5 ^{ème} année de mise en œuvre du programme	♦ Supervision sur site	Disponibilité des Kit du Tutorat
Objectif spécifique N°2 : Renforcer les capacités de 23 CTA tuteurs, et de l'équipe technique provinciale.	♦ 100% des CTA tuteurs sont capités en tutorat en première année ♦ 100% des équipes techniques des DFSP contribuent aux activités de décentralisation par tutorat	♦ Rapports du bilan de suivi première année ♦ Rapports des DFSP	Fonctionnalité du jumelage hospitalier Nord-Sud
Objectif spécifique N°3 : Renforcer les capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et de l'équipe cadre de District	♦ 60% des UPEC sont capités en prise en charge globale des PVVIH dès la début de la 3 ^{ème} année de mise en œuvre	♦ Rapports du bilan de suivi de deuxième année	Fonctionnalité et motivation du CTA tuteur
Objectif spécifique N°4 : Mettre en place un réseau fonctionnel entre les différents CTA et entre chaque CTA tuteur et ses UPEC	♦ 100% des CTA et 60% des UPEC fonctionnent en réseau pour la prise en charge des PVVIH dès le début de la 3 ^{ème} année	♦ Rapports du bilan de suivi de deuxième année	Bonne coordination, et disponibilité des ressources humaines

1.4 RESSOURCES PLANIFIÉES EN FONCTION DES OBJECTIFS DÉCRITS

Pour la MEO de ce programme, plusieurs PTF ont été impliqués. Au regard des activités prévues, des contributions financières avaient été engagées. Ainsi, un budget de 4,5 millions d'euros avait été arrêté et la contribution d'ESTHER était de 1,752 millions d'euros. Le tableau ci-dessous reprend en détail toutes les contributions des partenaires en fonction des domaines d'intervention retenus.

Tableau 6 : Contributions des partenaires en fonction des domaines d'intervention

Partenaires	Domaines d'intervention	Contributions financières
ESTHER	- Apport d'expertise internationale à travers ses jumelages. - Accompagnement au diagnostic initial de la PEC du CTA. - Déploiement dans les 10 Régions du pays les 10 partenaires hospitaliers. - Missions de compagnonnage pour appuyer la décentralisation en direction des UPEC. - Collaboration au Comité Thérapeutique (CT). - Apport d'une coordination nationale ESTHER. - Organisation du Comité de Liaison ESTHER. - Appui à la DLMEP et aux DRSP à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du tutorat. - Collaboration au Comité de Liaison ESTHER. - Appui à la mise en œuvre du suivi clinique du patient.	1.150.000 000
OMS	Soutien les DRSP pour la coordination de 20 UPEC dans 10 Régions.	85.585
ONUSIDA	Renforcement du système de suivi/évaluation de la réponse nationale à la pandémie du VIH/SIDA.	133.590
UNICEF	Soutien le passage à l'échelle de la PTME et	285.000

	Prise en Charge Pédiatrique selon l'approche district.	
FONDATION CLINTON	Facilite la mise à disposition des intrants (test CD4 et dépistage ; ARV de 2 ^{ème} ligne adulte ; ARV de 1 ^{ère} et 2 ^{ème} ligne pédiatrique.)	
PLAN	Intervient dans le cadre de la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables.	99.847
UNITAID	Rend les financements disponibles à travers la Fondation Clinton (PECP) et l'UNICEF (PTME).	1.218.547
CARE	Appui la société civile à travers le renforcement des capacités des associations communautaires.	11.680.000
FONDS MONDIAL	Permettre la décentralisation des services relatifs aux traitements sous ARV. Mobiliser la société civile dans la lutte contre le VIH et le sida. Mettre l'accent sur la prévention à travers le renforcement de la lutte et du recrutement au niveau des « portes d'entrées » du VIH couvrant ainsi le gap du Round 3.	61.725.503
GTZ	Met l'accent sur la prévention basée sur la promotion du préservatif dans la sous-région Afrique Centrale (Programme de Prévention du SIDA en Afrique Centrale).	919 000 Euros

Dans le cadre de la convention ESTHER/DLMEP, les activités du Tutorat étaient budgétisées à hauteur de 1.149.843.668 F CFA⁹ et devaient permettre la mise en œuvre de 38 activités.

Ce budget décomposé en deux (02) axes de dépenses prévoyait en Axe 1 : les dépenses à réaliser par les acteurs camerounais à hauteur de 71,6% du budget et l'Axe 2 à une (hauteur de 28,4%) devait couvrir les missions de compagnonnage des hospitaliers français du Cameroun ou des activités à réaliser en France. Cette répartition du budget était cohérente car fortement influencée par la planification des activités donc plus de la moitié, devaient être réalisées au niveau local et plus spécifiquement au Cameroun à travers les régions.

Sous un autre aspect, le budget du projet épousait les orientations stratégiques et spécifiques définies dans le cadre logique de ce Programme qui, dans les grandes lignes mettait un accent particulier sur le renforcement du système de santé et au suivi évaluation. Ainsi, le montant mobilisé par ESTHER dans le cadre de cette convention a pris en compte à près de 81% les aspects liés au renforcement des capacités et du suivi évaluation. De manière spécifique la répartition du budget était la suivante : la formation (15,3%), la supervision (47%), la coordination (18,3%) et les évaluations (0,7%).

Il faut cependant relever que le montant alloué à la recherche (0,7%) était maigre et en deçà des recommandations internationales qui veulent que le budget alloué à la recherche dans le cadre d'un programme ou d'un projet soit au moins de 10%. Cette recherche devait être menée à travers les différentes évaluations à mener (04). En mettant en œuvre toutes ces activités, la recherche opérationnelle devait accompagner la documentation des Bonnes pratiques.

La planification des activités était également cohérente avec la programmation budgétaire mais n'était pas du tout réaliste. Sur les 38 activités que comptait le projet et qui

⁹ Document Programme, P.34

devaient être mises en œuvre pendant une période de 05 ans, il ressort, et ce de manière inquiétante que 28/38 soit 94% des activités étaient planifiées en année 1 avec une programmation budgétaire située à 94.62%. Cette situation suggère une surestimation des capacités techniques d'ESTHER et du MINSANTE et révèle à contrario une méconnaissance du contexte et des réalités locales avec des lenteurs administratives : le temps de finalisation des recrutements, délais de mobilisation effective des ressources financières, temps de finalisation des contrats et conventions, identification des acteurs à former et surtout la conduite et le rendu des évaluations préalables à la mise en œuvre du projet. Cette planification était inadaptée et décalée du contexte ce d'autant plus que la majorité des activités à mener en première année visaient le renforcement du système de santé notamment : la formation des prestataires, les évaluations de base, la mise en place des mécanismes de suivi évaluation, le dispositif de gestion du projet.

Sous un autre angle, les activités à mener dans le cadre du tutorat 1^{ère} génération devaient faire l'objet d'un financement par plusieurs partenaires (10) qui étaient fortement impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun. Cependant, le Document Programme ne ressort pas clairement les activités des autres acteurs multilatéraux et ne permet pas d'avoir une idée précise de tous les moyens financiers à mobiliser. Seul le montant à mobiliser par la DLMEP était connu (1.824.208 F CFA)¹⁰ pour toute la période du projet. Les financements des autres acteurs (partenaires multilatéraux)¹¹ n'étaient pas perceptibles encore moins traçables.

1.5 RESSOURCES HUMAINES

L'évaluation de base visant à déterminer l'état des lieux de la PEC globale du VIH dans les différents CTA et UPEC a permis d'identifier les gaps quantitatif et qualitatif en terme de ressources humaines. En terme d'adéquation entre les ressources humaines mobilisées et les résultats poursuivis, on peut affirmer qu'il y avait une cohérence car, les études préliminaires menées au niveau des UPEC et CTA ont permis de déterminer dans l'ensemble : les profils des prestataires en poste, l'état des besoins en personnel et surtout les besoins en formation de ces derniers. De ce fait, la quantité de prestataires de soins et ARC à former, le profil des acteurs étaient connus de même, les domaines et modules de formation à utiliser étaient connus et élaborés.

Il faut cependant relever que la quantification et les prévisions sur les effectifs impliqués dans la MEO du tutorat n'étaient pas exhaustives. En effet, elles n'avaient pas totalement pris en compte (à tous les niveaux de la pyramide sanitaire) tous les éléments du contexte camerounais liés à la mobilité, la défection et à la motivation des personnels de santé. En effet, les mécanismes de rétention du personnel en poste pendant la durée du projet n'ont pas été clairement définis et financés. De plus, peu de mécanismes catalyseurs ont été mis en place pour valoriser le personnel de santé travaillant dans les UPEC et CTA. Les réunions de coordination du Réseau du District de Santé prévues 04 fois par an n'étaient soutenues que par 3.000 F CFA/personne pour la pause-café.¹² Il en est de même des réunions

¹⁰ Ibid, P. 53.

¹¹ Appellation données aux autres Partenaires Techniques et Financiers qui éludent la spécification de chaque acteur pris séparément. Cette appellation dit tout et rien en même temps.

¹² Ibid P. 25.

de coordination régionale de réseau CTA qui, bien qu'arrimées aux réunions de coordination de la Région, elles ne prévoyaient que 5000 F CFA de pause-café pour une journée de travail.

1.6 LE JUMELAGE COMME LEVIER DE LA PERTINENCE DU PROJET TUTORAT

Le jumelage entrepris et mis sur pied a contribué à rendre ce projet pertinent dans la mesure où il a répondu à un besoin interne de renforcement institutionnel. En effet, les Hôpitaux nationaux avaient un véritable besoin d'accompagnement. Le partenariat Nord – Sud établi a permis aux responsables des CTA impliqués d'avoir leurs compétences renforcées et leurs plateaux techniques relevés.

Tableau 7 : Partenariat Nord – Sud

Région	CTA Cameroun	Hôpitaux tuteurs France/Allemagne
Adamaoua	HR Ngaoundéré	Hospices civils de Lyon
Centre	HCY – HG Y – CH ESSOS	CHU Montpellier
Est	HR Bertoua	CHU Rouen
Extrême Nord	HR Maroua	CHU Dijon
Littoral	HGD	CHU Strasbourg
Littoral :	HLD	APHP Tenon
Nord	HR Garoua	CHU Nancy
Nord Ouest	HR Bamenda	CHU Hambourg ESTHER Allemagne
Ouest	HR Bafoussam	CHIC Créteil
Sud	HR Ebolowa	CHU Strasbourg
Sud Ouest	HR Limbe	CHU Rostock ESTHER Allemagne

1.7 IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES

Ce programme de décentralisation de la PEC du VIH/SIDA a connu une forte implication des parties prenantes. Les principaux partenaires impliqués dans la mise en œuvre de ce projet de décentralisation de la prise en charge globale du VIH/SIDA étaient les suivants : CNLS, ESTHER, OMS, ONUSIDA, UNICEF, UNITAID, Care, Plan Cameroun, Fondation Clinton, Fonds Mondial et la GTZ.¹³

Les responsabilités de tous ces acteurs ont été clairement définies. Les responsables centraux (DLMEP), du niveau régional (DRSP) et du District de Santé (CSSD) avaient été mis au centre des activités de supervision, de coordination et de suivi évaluation dans la perspective de garantir à terme une forte imprégnation et appropriation des interventions liées à la décentralisation de la PEC globale du VIH. La structuration de ce projet dans sa phase de conception a mis clairement en exergue le leadership du MINSANTE à travers la DLMEP. Les interactions entre partenaires d'une part et d'autre part entre le MINSANTE/DLMEP et les autres Partenaires technique et financiers étaient clairement établies. Cette situation en principe devait permettre un bon fonctionnement du partenariat et une mise en œuvre rapide des activités. En définitive sur cet aspect, chaque structure avait un rôle à jouer en fonction des différents objectifs et le leadership du Ministère était clairement établi.

¹³ GTZ devenue aujourd'hui GIZ (Gesellschaft Internationale Zusammenarbeit).

1.8 MÉCANISMES DE PÉRENNISATION DU PROGRAMME TUTORAT

La pertinence du Projet Tutorat a également été appréciée à travers les mécanismes de pérennisation supposées perceptibles dans le document. Il ressort à l'analyse approfondie du document que les aspects relatifs à l'imprégnation des différents acteurs impliqués dans le projet ont été pris en compte et planifiées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'implication des responsables de santé au niveau régional et périphérique devait faciliter la mise en œuvre des activités de coordination, de supervision et de suivi évaluation.

En ce qui concerne les aspects de pérennisation et d'appropriation des interventions liées à la PEC globale du VIH, il est apparu que certains aspects avaient été pris en compte notamment l'implication du MINSANTE/DLMPEP dans le financement des activités du tutorat à concurrence d'un milliard de francs CFA tout au long du projet. De plus, le leadership assuré par cette structure devait faciliter l'appropriation des initiatives au niveau central.

Il faut cependant relever que les modalités liées à l'expansion ou à la clôture du projet tutorat n'ont pas été suffisamment explicités.

1.9 CONCLUSION PARTIELLE

En définitive sur cette question, il est ressorti que le Projet tutorat a été bien conçu dans sa globalité. Il y a une cohérence entre les besoins identifiés au départ, la stratégie retenue et la chaîne des objectifs, résultats attendus et activités retenues. Cependant, il y a lieu de relever que certains aspects importants liés à la clarification des modalités de fermeture, d'extension ou d'interaction entre le Projet tutorat et les autres projets menés sur le VIH au niveau du MINSANTE n'ont pas été explicitement édictés.

La planification des activités et la programmation financière adoptées dans le cadre de ce projet restaient trop ambitieuses et peu réalistes dans la mesure où la majorité des activités (28/38) avaient été planifiées en Année 1 sans tenir compte de toutes les pesanteurs administratives, opérationnelles et structurelles. Ce qui de manière directe devait occasionner une surcharge de travail en année 1 et augurer d'une mauvaise qualité des activités mises en œuvre.

Il faut également relever que la dimension humaine n'a pas été suffisamment prise en compte lors de la conception de ce projet. En effet, les aspects liés à la motivation « administrative » et financière des personnels de santé et ARC impliqués dans la mise en œuvre de la PEC globale du VIH au Cameroun n'ont pas été énoncés. Le profil de carrière des responsables des CTA et UPEC au regard de l'augmentation de la file active et de la charge de travail y relative, n'était pas explicite et ni clairement défini. Les frais alloués aux supervisions et aux réunions de coordination régionale (5000 F CFA) et du District (3000 F CFA) ne sont pas suffisamment attractifs au regard du contexte relevé dans la justification de ce projet.

La faible prise en compte des aspects contextuels dans la planification et la programmation a quelque peu entamé la pertinence de ce projet qui globalement a répondu objectivement et logiquement aux besoins identifiés au départ.

CHAPITRE 2 : EFFICACITE ET EFFICIENCE DU PROGRAMME DE DECENTRALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA PAR TUTORAT AU CAMEROUN

Des indicateurs de réalisation et des extrants avaient été définis lors de la conception du projet de tutorat, ceci à partir de l'expérience des premiers CTA accompagnés par GIP ESTHER. L'un des objectifs de notre étude était d'examiner le niveau d'atteinte des résultats et les raisons des gaps sur les sept (07) indicateurs de réalisation que sont :

- La production de documents de normes et procédures du tutorat ;
- Le renforcement des capacités des CTA/UPEC ;
- Le renforcement des équipes techniques régionales et cadres du district ;
- La fonctionnalité de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées ;
- La coordination des activités du tutorat ;
- La supervision, des activités du tutorat ;
- Le suivi et évaluation des activités du tutorat.

L'analyse des résultats s'est faite sur la base des entretiens avec le chef de projet C2D ESTHER Cameroun et le SDL VIH/SIDA, les IST et la Tuberculose à la DLMEP. Trente-un (31) entretiens approfondis avec les intervenants du niveau central et intermédiaire, 58 discussions de groupe avec 330 PVVIH dans 13 CTA tuteurs et 26 UPEC tutorées ont nourri également l'analyse. La revue documentaire au niveau central et régional a permis de compléter cette évaluation.

Ce chapitre passera en revue les sept (07) indicateurs de réalisation en mettant à chaque fois en exergue le niveau d'atteinte des indicateurs de processus/extrants et les facteurs catalyseurs / inhibiteurs ayant permis ou non l'atteinte des objectifs du programme de décentralisation de la PEC des PVVIH par le tutorat.

2.1 PRODUCTION¹⁴ DES DOCUMENTS DE NORMES ET PROCEDURES

2.1.1 Processus et extrants

L'objectif spécifique 1 du projet concernant l'élaboration, la validation, la traduction et multiplication des documents de normes et procédures du tutorat a été effectivement mis en œuvre entre 2008 et 2009 tel que nous avons pu le constater sur le terrain lors de la revue documentaire.

Il ressort du tableau 8 que tous les documents de normes et procédures du programme de décentralisation de la PEC du VIH et du tutorat ont bien été élaborés, validés, traduits et multipliés par la DLMEP. Toutefois, la proportion des documents de normes et procédures du tutorat ayant été traduite et multipliée n'a pas pu être renseignée. Néanmoins, ces derniers n'ont pas été multipliés dans les proportions convenues¹⁵.

¹⁴ Le terme Production recouvre les éléments suivants : élaboration, validation, multiplication et diffusion des documents des Normes et Procédures.

¹⁵ Rapport final C2D1 ESTHER 2014

Tableau 8 : Elaboration, validation, traduction et multiplication des documents de normes et procédures du tutorat pour la PEC décentralisée du VIH/SIDA

Document concerné	Niveau de MEO				
	Elaboration	Validation	Traduction en anglais	Multiplication	
				Prévu	Effectué
Guide national tutorat	×	×	×	3 000	Non renseigné
Grille de supervision PEC globale du VIH / SIDA	×	×	×	11 600	Non renseigné
Guide de la PEC globale des adultes et des adolescents	×	×	×	-	-
Guide de la PEC pédiatrique	×	×	?	-	-
Guide de la PTME	×	×	×	-	-
Outils de communication en CDV (dépliants, affiches, posters, prospectus)	×	×	×	8 720	Non renseigné
Outils de formation en conseil intégré	×	×	×	3 100	Non renseigné

Le tableau 9 ci-dessous montre une disponibilité du guide national du tutorat de 84,6% dans les 13 CTA visités et 53,8% dans les UPEC et une disponibilité des outils de formation en conseil intégré en CDV respectivement de l'ordre de 76,9% et 53,8% dans les CTA et les UPEC. De même, la disponibilité des outils de communication en CDV était faible (69,2%) dans les CTA et UPEC.

Tableau 9 : Disponibilité des documents auprès des CTA/UPEC

Disponibilité des éléments du kit du tutorat	Structure				Raison principale de l'indisponibilité du document CTA	Raison principale de l'indisponibilité du document UPEC
	CTA (13)		UPEC (26)			
	Effectif	%	Effectif	%		
Guide national du tutorat intégrant les outils de collecte des données,	11	84,6	14	53,8	Document jamais envoyé par le niveau central (50%)	Document existant mais emporté par le prédécesseur (41,7%)
Grille de supervision d'une structure de PEC du VIH / SIDA (CTA et UPEC),	10	76,9	12	46,2	Document existant mais emporté par le prédécesseur (33,3%)	Document existant mais emporté par le prédécesseur (46,1%)
Guide de la PEC globale des adultes et des adolescents,	12	92,3	19	73,1	Document jamais envoyé par le niveau central (100%)	Document existant mais amené emporté par le prédécesseur (42,8%)
Guide de la PEC pédiatrique, guide de la PTME,	9	69,2	15	57,7	Document jamais envoyé par le niveau central (75%)	Document existant mais emporté par le prédécesseur (45,4%)
Complément d'outils de formation (guide du formateur cahier du participant) en conseil intégré pour le dépistage volontaire,	10	76,9	14	53,8	Ne connaît pas l'existence du document (66,6%)	Document existant mais emporté par le prédécesseur (50,0%)
Complément d'outils de communication en conseil de dépistage volontaire (dépliants, affiches, poster)	9	69,2	18	69,2	Ne connaît pas l'existence du document (75%)	Document existant mais emporté par le prédécesseur (35,7%)

L'analyse des données qualitatives détaille les raisons de l'indisponibilité des documents dans le tableau 9 ci-dessus. Parmi ces raisons on peut citer : l'ignorance de l'existence des documents particulièrement du guide du tutorat, l'absence de supervision/suivi sur sites.

C'est vrai, il y a un guide du tutorat, mais il y a beaucoup d'acteurs qui ne sont pas au courant de l'existence de ce guide. Quand bien même ils ont le guide, beaucoup n'ont pas été, il n'y a même pas de mesures d'accompagnement sur le terrain pour savoir si les acteurs se sont appropriés des données contenues dans ces documents-là. Oui, je crois qu'il y a un problème entre le niveau

central et le niveau périphérique qui met en œuvre le programme. P 5: TUT-ZONI-AD-EA-AO-CTA-06.rtf

Tableau 10 : Contribution des intervenants à l'élaboration et diffusion des documents au niveau central et intermédiaire

Participation à l'élaboration et diffusion des documents au niveau des intervenants au niveau central et intermédiaires	Effectif	%
Oui	5	16,7
Non	19	63,3
Ne Sait Pas	6	20,0
Total	30	100,0
Typologie de l'appui à la participation à l'élaboration et diffusion des documents au niveau des intervenants au niveau central et intermédiaires	Effectif	%
Technique	3	60,0
Financier	5	100
Matériel	2	40,0
Humain	4	80,0

Les résultats du tableau 10 ci-dessus concernent la contribution des intervenants à l'élaboration et la diffusion des documents de normes et procédures du tutorat. Ils relèvent le fait que 63,3% de ces acteurs centraux (DCOOP, PTF, etc.) et périphériques (DRSP, CSSD, GTR, etc...) disaient n'avoir pas participé au processus d'élaboration ou diffusion des documents tandis que 20% n'étaient pas informés qu'ils pouvaient y participer.

Le niveau intermédiaire (GTR, DRSP) avait été faiblement impliqué dans la diffusion des documents du tutorat sur le plan régional, comme cela était prévu dans le document projet. Ce qui expliquerait ces faiblesses.

Je ne maîtrise pas très bien comment ça s'est passé, je ne crois pas que, en fait je n'ai jamais eu connaissance des documents normatifs du tutorat. Je n'ai jamais su qu'il y avait un certain guide qui était élaboré et quand. Je ne sais pas si c'est après qu'on a constaté hummm, de disharmonie dans la façon de faire et on n'a essayé d'élaborer un guide ou avant même le processus du tutorat. P 4: TUT-ZONI-AD-EA-AI-GTR-02.rtf

2.1.2. Facteurs catalyseurs/inhibiteurs à la production de documents de normes et procédures du tutorat

L'objectif 1 du programme, portait sur l'élaboration et la diffusion des documents de normes et de procédure et de décentralisation par le tutorat. Les résultats attendus prévoyaient qu'en 2012, 90% des CTA et UPEC utiliseraient les documents des normes et procédures de décentralisation par le tutorat à la 5^{ème} année de mise en œuvre du programme. Il est apparu que 69,2% des CTA et 53,8% des UPEC disposaient des documents des normes et procédures (Cf. Tableau 9). Il apparaît de manière comparative un gap de 20,8% dans l'atteinte des résultats de l'objectif 1.

2.1.2.1. Facteurs catalyseurs à la production de documents de normes et procédures du tutorat

L'implication des acteurs intermédiaires, la simplification et l'allègement des documents ont été identifiés comme les facteurs catalyseurs dans l'atteinte des résultats de l'objectif 1.

L'implication des acteurs intermédiaires dans l'élaboration des documents

De l'exploitation des données qualitatives, il est ressorti que certains acteurs du niveau intermédiaires ont été impliqués dans l'élaboration des documents de normes et procédures du tutorat. En effet, l'élaboration de ces documents, à l'instar du guide national de prise en charge décentralisée du VIH/SIDA, devait être le résultat d'une concertation entre les différents niveaux du système sanitaire prenant en compte l'expérience acquise par les acteurs de terrain et les partenaires au développement. Son élaboration était sous la responsabilité du niveau central. Il devait être validé par la DLMEP, les autres intervenants (GTC/CNLS, Directions techniques, intervenants du niveau décentralisé, ...), et les partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH / SIDA (OMS, ONUSIDA, UNICEF, ...). C'est dans ce cadre que certains acteurs du système sanitaire du niveau décentralisé ont été impliqués. C'est ce qui ressort du propos de cet acteur intermédiaire :

Je pense que s'il a été convié, c'est aussi nous qui participions puisque c'est notre chef. Mais lorsque cette élaboration de ce document s'est faite, nous étions au courant et nous avons eu le feedback de notre délégué. Mais moi en tant individu, je n'ai pas pris part à l'élaboration du guide national du tutorat.

P40: TUT-ZON2-ES-EA-AI-GTR-38.rtf

I'm not aware of how the documents were elaborated and diffused given that it is done at the central level without my participation. **P60: TUT-ZON3-LT-EA-AO-CTA-47.rtf**

Le contenu simplifié et allégé du contenu des documents du programme

Pour les acteurs opérationnels interrogés (responsables de CTA et UPEC), il est ressorti que la simplification et l'allègement du contenu des documents a grandement contribué à leur appropriation par le personnel des CTA et des UPEC. C'est ce qui ressort de ce propos :

La mise à disposition du document [Guide national du tutorat] comme le major l'a dit et simplifié, le contenu. Toute personne peut bien s'approprier des différents thèmes et les différentes notions qui sont abordées. **P 5: TUT-ZON1-AD-EA-AO-CTA-06.rtf**

2.1.2.2. Facteurs inhibiteurs à la production de documents de normes et procédures du tutorat

Les facteurs inhibiteurs dans l'atteinte des résultats de l'objectif 1 étaient les suivants :

Les procédures d'acheminement et la faible dissémination des documents du programme

De l'exploitation des données qualitatives, il avait été également prévu que le kit du tutorat devait être traduit et reproduit suivant les quotas suivants : 10 kits par CTA, 10 kits par UPEC, 5 kits par DPSP, 10 kits pour la DLMEP et 10 kits pour les partenaires. Il est ressorti que la dissémination des documents avait été laissée à la charge des différents responsables des CTA, bien qu'il ait été initialement prévu que la confection du kit du tutorat, sa reproduction et sa diffusion soient de la responsabilité de la DLMEP.

La remise des kits aux acteurs de la PEC devait se réaliser lors de réunions d'information et d'imprégnation sur « la décentralisation par le tutorat » au niveau central et régional. Les DRSP avaient la responsabilité d'informer et de promouvoir l'usage du kit et de le distribuer aux formations sanitaires impliquées lors des réunions de coordination régionales.

Les structures de prise en charge devaient disposer du kit complet avant la mise en œuvre des interventions du tutorat. Ce qui semble n'avoir pas été le cas sur le terrain, au regard des propos de ce responsable intermédiaire :

Tous les documents utilisés dans les UPEC et CTA devraient passer à la délégation ; en ce qui concerne ce programme, ce n'est pas comme ça. **P16: TUT-ZON4-OU-EA-AI-DR-13.rtf**

Il ressort des propos ci-dessous que l'activité de dissémination des documents incombait aux responsables des CTA. Ces derniers devaient se rapprocher de la DLMEP pour rentrer en possession des documents du programme. Cette activité ne bénéficiait d'aucun moyen logistique pour acheminer des colis, ce qui explique la faible dissémination du kit du tutorat au niveau des CTA et des UPEC. Pour cet acteur intermédiaire, l'obtention des documents sur la PEC n'aurait pas été possible, s'il ne s'était pas personnellement impliqué.

Means of transportation of the documents need to be budgeted as I went and collected them from the DLMEP, I was not given the means of transportation. I carried them in the carton which got bad on the road and scattered on the rain of which I had to buy a Ghana must go Bag and the books were roughly handled at the pack. **P11: TUT-ZON4-NW-EA-AO-CTA-22.rtf**

La faiblesse du dispositif de dissémination des documents s'illustre par le fait que les colis de document arrivaient en retard ou incomplet. C'est ce qui ressort de l'entretien mené avec un coordonnateur de GTR.

Most of the documents when they are produced, their supply is irregular. They don't come in time and some don't come at all. **P10: TUT-ZON4-NW-EA-AI-GTR-27.rtf**

La faible disponibilité des documents dans les CTA/UPEC

Ce manquement inhérent à la non implication de la DLMEP dans la dissémination des documents est ressorti des entretiens avec plusieurs acteurs du niveau intermédiaire.

J'allais plutôt relever les points faibles, il fallait multiplier ces documents et nous donner un peu partout. Surtout à nous autres qui intervenons dans ce programme. **P 1: TUT-ZON1-AD-EA-AI-CBS-01.rtf**

Je sais qu'il y a un guide national de prise en charge des PVVIH dans lequel est dit de manière concrète comment devrait se faire cette prise en charge là, mais là maintenant vraiment je ne l'ai pas. **P38: TUT-ZON2-ES-EA-AI-CSSD-42.rtf**

La faible disponibilité des documents traduits

Que ce soit au Nord-Ouest ou Sud-Ouest, où l'anglais est la langue la plus usitée, on relevait que les documents disponibles étaient pour la plupart en français. Ce qui est inconfortable pour les prestataires d'expression anglophone qui devaient s'y référer.

It is not convenient when technical documents are in one language only. **P10: TUT-ZON4-NW-EA-AI-GTR-27.rtf**

La quasi inexistence des documents traduits en anglais contenus dans le kit tutorat utilisé dans les régions d'expression anglaise a constitué un frein considérable dans le recours ou tout au moins l'utilisation des documents des normes et procédures. Cette situation a été préjudiciable

lorsqu'il a fallu imprégner les prestataires sur le contenu du kit du tutorat. Du fait de la barrière linguistique, il est ressorti que la faible disponibilité des documents traduits en anglais a eu comme principale conséquence l'absence desdits documents dans les centres de traitement. Cet argumentaire est ressorti de l'exploitation des propos de cet acteur opérationnel.

We have seven copies in the treatment center, some are in French. Language was a barrier because in science there are technical words for people who were trained in English have technical words in English and those trained in French have technical words in French. Some documents were available in both languages. Not all the documents were available in the treatment centers.

P11: TUT-ZON4-NW-EA-AO-CTA-22.rtf

La non- actualisation des documents

Il est ressorti de l'exploitation des données qualitatives, que pour certains acteurs intermédiaires interrogés, des documents devaient être mis à jour. Plus concrètement, il s'agissait : du guide de la prise en charge globale des adultes et des adolescents et du guide de la prise en charge pédiatrique.

Updating of documents is not done. The distribution system is insufficient given that even when the documents are updated, they only get to us after many years. **P60: TUT-ZON3-LT-EA-AO-CTA-47.rtf**

2.2 RENFORCEMENT DES CAPACITES DES CTA/UPEC

Le projet de tutorat de 1^{ère} génération prévoyait que 100% des CTA tuteurs soient capacités au « tutorat » en année 1, par un hôpital « jumeau » du Nord et que 100% équipes techniques des DRSP ciblées (13) contribuent aux activités de décentralisation par le tutorat. Cela passait par : un état des lieux de la PEC du VIH / SIDA dans les CTA pressentis comme tuteurs (*diagnostic initial* : besoins en formation ou spécialisation – besoins en équipements, intrants et consommables- besoins en ARV et MIO et *fonctionnement*) ; une mise en fonction du CTA comme tuteur ; un appui à la mission de supervision des CTA tuteurs dans le cadre du jumelage ; un atelier de formation en « stratégie du tutorat » des équipes techniques régionales et des CTA tuteurs.

2.2.1 Processus et extraits

Les résultats obtenus révèlent que le jumelage Nord-Sud a été effectif et fonctionnel pour 100% des CTA visitées dans des délais plus ou moins long selon les CTA concernés. Malgré cela, il est à noter que seulement 9 CTA sur les 13 ont bénéficié d'une analyse de la situation au départ du projet entre 2008 et 2009 et les 4 autres en ont bénéficié en année 3 (2010). Les résultats obtenus des interviews étaient conformes à ceux de la Coordination Nationale (CN) ESTHER qui a retrouvé 100% en 2010 (an 1) pour ce résultat.

Le tableau 11 montre que les personnels de santé de 10 CTA ont bénéficié de la formation en « PEC globale » et en « stratégie du tutorat » par les experts des Hôpitaux tuteurs du Nord entre 2008 et 2010.

Par ailleurs au Tableau 11, seulement 3 CTA ont reçu 2-3 missions de supervision statutaires par les experts des Hôpitaux tuteurs du Nord tandis que 2 CTA avaient eu le maximum de supervision (6-8 missions). Ces résultats sont loin de ceux rapportés par le GIP ESTHER probablement du fait de l'absence de décentralisation de l'information relative aux

mouvements des partenaires du Nord dans les DRSP et DLMEP (88 missions des partenaires du nord effectuées sur les 3 années d'activités pour 94 missions prévues).

Le projet prévoyait la formation de 7 personnels de CTA durant cette phase cependant, il ressort du tableau 11 que dans 60% des CTA plus de 8 personnels avaient été formés lors de cette phase.

Tableau 11 : Indicateurs sur la capacitation des CTA par les experts des Hôpitaux du Nord

Indicateurs sur la capacitation des CTA par les hôpitaux du Nord	Effectif de CTA	%
Réalisation du diagnostic initial de la PEC du VIH/Sida et du fonctionnement de la structure	9/13	69,2
Formation du personnel en PEC Globale du VIH et en stratégie de tutorat	10/13	76,9
Nombre de personnels ayant bénéficié de la formation en PEC des PVVIH et en stratégie de tutorat dans votre CTA		
0-2 personnel	4	40,0
8-9 personnels	3	30,0
10-15 personnels	3	30,0
Formation de l'équipe multidisciplinaire du CTA sur site et continue	12/13	92,3
Nombre de missions de supervision statutaire réalisées dans votre CTA		
2-3 missions de supervision statutaire	6	54,6
4-5 missions de supervision statutaire	3	27,2
6-8 missions de supervision statutaire	2	18,2

Le tableau 12 ci-dessous met en exergue la faible participation des intervenants du niveau central et intermédiaire au renforcement des capacités des CTA tuteurs. En effet, parmi les 30 interviewés, 11 ont affirmé y avoir participé, 14 n'y ont pas participé tandis que 5 n'étaient pas informés de l'activité. Cependant, aucune documentation n'a été retrouvée sur ces formations au niveau central ni intermédiaire. Ceci renforçant le constat du manque de visibilité des activités des partenaires du Nord par les DRSP-DLMEP.

Par ailleurs, ESTHER Cameroun a rapporté la formation de 97 personnels des équipes techniques régionales en 2010 au lieu de 91 personnels prévus (à raison de 7 personnels en à former par CTA). Egalement, 2 ateliers de formation à l'attention des directeurs d'hôpitaux régionaux et des coordonnateurs des CTA ont été tenu.

Les entretiens approfondis ont relevé une grande mobilité du personnel formé, cet aspect n'avait pas été pris en compte lors de la conception du projet. L'idée principale étant que bien que du personnel des équipes techniques régionales soit formé, une insuffisance du nombre de formations continues associée à un turn-over fréquent du personnel fonctionnaire formé est noté dans l'ensemble de ces équipes techniques régionales censées apporter un appui lors des supervisions techniques ultérieures.

L'Etat mute beaucoup des gens, il y a des permissionnaires ce qui fait que ceux qui sont là ne maitrise pas les choses, voilà autant de choses. P 7: TUT-ZONI-AD-EA-AO-UPEC-07.rtf.

Je pense qu'au début du programme ils étaient régulièrement formés. C'est même ça qui à ce que de nos jour on a une bonne prise en charge. Mais depuis un certain temps il y a un ralentissement des activités, on ne parle plus de briefing, on ne parle plus de formation. P 1: TUT-ZONI-AD-EA-AI-CBS-01.rtf.

Avant les gens ne maîtrisaient pas certains protocoles, ne maîtrisaient pas certaines effets secondaires, ne maîtrisaient pas etc, etc. Mais maintenant il y a des formateurs, il y a des personnels qui ont été capacité, qui sont allés jusqu'en Europe et nous sommes capables de prendre en charge, à un certain niveau des infections qui sont liées au VIH/SIDA. P 3: TUT-ZONI-AD-EA-AI-DR-04.rtf.

Il y a certains gens du comité qui sont affectés, d'autres sont nouveaux. Ils n'ont pas suivi la même formation, dont ça peut influencer sur le résultat. Et d'autres mêmes retraités aussi. P 1: TUT-ZONI-AD-EA-AI-CBS-01.rtf.

Tableau 12 : Participation des intervenants du niveau central et intermédiaire au renforcement des capacités des CTA tuteurs

Participation des intervenants du niveau central et intermédiaire au renforcement des capacités des CTA tuteurs	Effectif de CTA	%
Oui	11	36,7
Non	14	46,7
Ne Sait Pas	5	16,7
Total	30	100
Typologie de l'appui au renforcement des capacités des CTA tuteurs par les intervenants du niveau central et intermédiaire	Effectif de CTA	%
Technique	6	54,5
Financière	-	-
Matériel	1	9,1
Humain	11	100

Trois activités avaient été retenues pour atteindre l'objectif concernant le renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et des équipes cadre du district. Il était question de renforcer les capacités de 60% des UPEC en prise en charge globale des PVVIH dès le début de la 3ème année de MEO. Cette capacitation relevait de l'équipe technique régionale et des CTA tuteurs et portait sur :

- le diagnostic initial de la PEC du VIH/Sida et du fonctionnement de l'UPEC tutorée ;
- la formation sur site du personnel en PEC globale du VIH et en stratégie du tutorat [consultation de suivi, circuit du patient, mise en place du comité thérapeutique (date, lieux, fréquence), points de distribution des médicaments (ARV et IO), dossier patient et son archivage] ;
- le stage pratique dans le CTA tuteur.

- **Diagnostic initial des UPEC**

Selon le rapport d'activité de la CN ESTHER, pour la période 2010-2013, les CTA tuteurs ont enrôlé 76 UPEC contre 65 UPEC prévus pour la période sus-mentionnée dans le plan d'action global. Ce qui nous amène à un taux de réalisation de 116%.

Par contre, le tableau 13, relatif à la capacitation des UPEC et équipes cadres du district, a montré un taux de réalisation de 92,3% (24/26) sur notre échantillon concernant cet indicateur de 2008-2012. Quant aux diagnostics initiaux de la PEC du VIH/SIDA et du fonctionnement 65,4% ont été effectués parmi les UPEC visitées. Il est important de relever

que les UPEC de BOGO et du Health Baptist Hospital de Mutenguéné n'étaient pas encore éligibles à l'enrôlement dans le cadre du projet de décentralisation de la PEC des PVVIH par le tutorat.

- **Formation sur site des UPEC**

La bonne fonctionnalité des CTA et leur motivation a été appréciée dans cette évaluation à travers le volet formation sur site qui a fonctionné à 100% concernant la PEC globale du VIH.

- **Stage pratique dans le CTA tuteur**

Les stages pratiques dans les CTA tuteurs avaient été effectués à 92,3% (cf. tableau 13). Néanmoins, de 2010 à 2012, l'Hôpital Général de Douala était le seul à ne pas avoir reçu ses UPEC en stage pratique et la raison évoquée était le fonctionnement du CTA sous le mode virtuel (chaque consultant reçoit les PVVIH dans son box) contrairement aux autres CTA qui disposent de locaux spécialement aménagés à cet effet.

La CN ESTHER, a atteint ses objectifs, elle mentionne la formation de 1.343 personnels de santé en PEC des PVVIH à la fin de l'an 3 de mise en œuvre et la capacitation de plus de 60% des UPEC visitées pour le diagnostic initial et tutorées (75,2%).

2.2.2 Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan du renforcement des capacités des CTA/UPEC

2.2.2.1. Facteurs catalyseurs sur le plan du renforcement des capacités des CTA/UPEC

La formation du personnel et le partage des expériences entre CTA/UPEC

Le personnel affecté aux CTA a été formé et capacité au tutorat dès la première année de leur enrôlement. Ce renforcement des capacités a eu une incidence sur la performance du personnel.

L'un des points forts effectivement c'est l'amélioration de la performance du personnel, dont on est entrain d'améliorer des euh... non seulement au niveau du CTA, mais aussi au niveau des UPEC. P 3: TUT-ZON1-AD-EA-AI-DR-04.rtf

Les observations du terrain, montraient que les réunions des comités thérapeutiques se tenaient au moins une fois par mois. Il est ressorti que les participants utilisaient ces réunions comme des plates-formes d'échanges d'expérience en vue d'améliorer les compétences des uns et des autres dans le cadre de la PEC.

The sharing of experiences between tutors and those tutored has really been enriching as far as improving the quality of services offered to PVVIH. P62: TUT-ZON3-LT-EA-AO-UPEC-45.rtf

Appui des partenaires techniques et financiers dans le renforcement des capacités

L'appui des différents intervenants (DLMEP, GIP-ESTHER) a contribué à l'atteinte des résultats pour ce qui est du renforcement des capacités des membres des CTA. Les appuis des partenaires étaient divers.

Nos partenaires apportent quand même un appui sur le plan du renforcement des capacités qui concerne l'amélioration de la prise en charge des malades. P16: TUT-ZON4-OU-EA-AI-DR-13.rtf

The enforcement of the capacity of many personnel has been good as far as taking the follow-up and treatment services closer to many patients. P60: TUT-ZON3-LT-EA-AO-CTA-47.rtf

Concernant le GIP-ESTHER, il s'intéressait entre autres au renforcement des capacités des agents relais communautaires.

Il y a ESTHER et il y a les cadres d'ESTHER qui est basé en France qui viennent ici régulièrement pour faire les renforcements de capacités dans le CTA et parfois avec les ARC. P17: TUT-ZON4-OU-EA-AI-GTR-11.rtf

On note aussi la programmation de stages de formation des responsables des CTA en Europe dans le cadre du jumelage qui apparie une structure tutrice du Nord avec un CTA.

On a programmé des stages en Europe, à l'Hôpital de Lyon. Il y a actuellement un stage qui n'a pas été réalisé. Si non la totalité des activités ont été menées. P 3: TUT-ZON1-AD-EA-AI-DR-04.rtf

2.2.2.2. Facteurs inhibiteurs sur le plan du renforcement des capacités des CTA/UPEC

L'inaccessibilité géographique (enclavement)

Indépendamment de la bonne volonté de certains CTA à œuvrer au renforcement des capacités de leurs UPEC, il est ressorti que l'inaccessibilité géographique (distances, terrains hostiles, etc.) de certaines structure de PEC n'a pas toujours facilité l'atteinte des résultats attendus de l'objectif 1. Une situation qui n'est pas sans conséquence sur la réalisation des activités portant sur le renforcement des capacités.

C'est souvent difficile de mettre cette activité en œuvre, parce qu'on a une région très enclavée, vous-même vous le savez. Les distances sont souvent très éloignées, mais si non dans la mesure du possible, nous allons vers ces districts, ces UPEC de la région. P 5: TUT-ZON1-AD-EA-AO-CTA-06.rtf

L'insuffisance des ressources humaines dans les CTA/UPEC

L'insuffisance du personnel qualifié et compétent dans les CTA/UPEC est ressorti comme un facteur inhibiteur pour ce qui est du renforcement des capacités. Ce manque de personnel dans les structures de PEC se justifie d'après certains prestataires par le manque de mécanismes de motivation pour faire face à l'importance de la charge de travail.

Je pense que celle qui est là, elle est organisée, elle est encore disponible, je pense que c'est ça qui fait marcher l'UPEC, la force de l'UPEC. Et ce qui ne fait pas marcher l'UPEC, là où elle est là, elle est seule, le jour qu'elle partira et justement elle est au seuil de la retraite. P 1: TUT-ZON1-AD-EA-AI-CBS-01.rtf

There is lack of personnel because of no motivation. P18: TUT-ZON4-OU-EA-AO-CTA-10.rtf

The challenge we have is human resources in all these hospitals. P10: TUT-ZON4-NW-EA-AI-GTR-27.rtf

La mobilité et la déperdition du personnel formé dans les CTA/UPEC

Le manque de motivation du personnel formé dans les structures de prise en charge entraîne comme conséquence la mobilité et la déperdition du personnel dans les CTA/UPEC. Cette mobilité et déperdition du personnel formé réduit considérablement le niveau de PEC des structures concernées. Ce qui contribue à référer certains patients vers d'autres structures faute de ressources humaines compétentes.

On forme les gens aujourd'hui, demain ils sont plus là, donc c'est un éternel recommencement. P31: TUT-ZON1-NO-EA-AO-CTA-59.rtf

Le problème je peux dire que c'est surtout ce changement du personnel à tout moment. P31: TUT-ZON1-NO-EA-AO-CTA-59.rtf

Mobility of personnel trained within the context of the program has often led to untrained personnel involved in taking care of persons living with HIV. P59: TUT-ZON3-LT-EA-AI-CSSD-49.rtf

Increased knowledge of personnel on taking care of persons living with HIV has been a strong point concerning provision of quality services. P59: TUT-ZON3-LT-EA-AI-CSSD-49.rtf

The personnel is not maintained like we had a doctor that was trained but was transferred to Yaoundé because (...). The transfer of personnel without considering the fact that he is trained in decentralization and monitoring renders the work difficult. P11: TUT-ZON4-NW-EA-AO-CTA-22.rtf

2.3 RENFORCEMENT DES CAPACITES DES MEMBRES DES EQUIPES THERAPEUTIQUES DES UPEC ET DES EQUIPES TECHNIQUES REGIONALES ET CADRES DU DISTRICT

L'objectif 3 du programme, portait sur le renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et de l'équipe cadre de District. Les résultats attendus prévoient qu'en 2012, 60% des UPEC soient capacités en prise en charge globale des PVVIH dès le début de la 3^{ème} année de mise en œuvre.

2.3.1 Processus et extraits

Plus de 200 comités thérapeutiques ont été tenus dans toutes les UPEC depuis leur entrée dans le projet de décentralisation de la PEC des PVVIH par le tutorat selon la CN ESTHER. La tenue des comités thérapeutiques faisant partie des indicateurs de réalisation du projet, il est important de relever que la majorité des structures de PEC du VIH visitées tenait deux à quatre ou plus rarement aucune (3/26) réunions mensuelles du comité thérapeutique (voir Tableau 13).

Tableau 13 : Capacitation des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et équipes cadres du district par l'équipe technique régionale et le CTA tuteur

Indicateurs de capacitation des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et équipes cadres du district	Effectif des UPEC	%
Réalisation du diagnostic initial de la PEC du VIH/Sida et du fonctionnement de la structure	17/26	65,4
Formation du personnel en PEC Globale du VIH et en stratégie du tutorat	26/26	100
Formation du personnel dans le CTA tuteur (stage)	24/26	92,3

Nombre de personnels ayant bénéficié de la formation en PEC des PVVIH et en stratégie de tutorat dans votre UPEC par le CTA tuteur (stage)		
0-4 personnels	5	26,4
5-8 personnels	8	42,2
10-20 personnels	6	32,6
Nombre de comités thérapeutiques tenus dans votre UPEC entre 2008 et 2012		
0 -56 comité thérapeutique	7	29,3
72-120 comités thérapeutiques	13	54,3
156 comités thérapeutiques	4	16,7

L'analyse des données qualitatives révélait une dysharmonie dans le rythme de tenue des réunions du comité thérapeutique dans les UPEC.

Some UPECs have their therapeutic communities while others it is not the case
P 8: TUT-ZON4-NW-EA-AI-CSSD-24.rtf

Selon le tableau 14 ci-dessous, la moitié des 28 intervenants du niveau central et intermédiaire interrogés avait participé au renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC.

Tableau 14 : Participation des intervenants du niveau central et intermédiaire au renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique de l'UPEC

Participation des intervenants du niveau central et intermédiaire au renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique de l'UPEC	Effectif	%
Oui	14	50,0
Non	10	35,7
Ne Sait Pas	4	14,3
Total	28	

Les données qualitatives confirmaient cette participation des intervenants centraux et intermédiaires au renforcement des membres des équipes thérapeutiques des UPEC. Cependant, ils ont déploré une faible voire la non implication des équipes cadres du district. De même, ils ont relevé l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel des UPEC qui par ailleurs est très souvent muté sans tenir compte des compétences acquises.

L'équipe cadre du district, j'ai l'impression qu'ils ne maîtrisent pas eux-mêmes effectivement ce qu'ils devraient faire en face de quelqu'un VIH. **P 7: TUT-ZONI-AD-EA-AO-UPEC-07.rtf**

Concernant notre UPEC, notre CTA, nous avons appris le programme après les autres, c'est en 2012. Ça fait qu'on a été obligé pour pouvoir rattraper certains objectifs et je crois dans cette course il ya aussi beaucoup de manquements. Et je crois que le changement d'équipe au sein de notre CTA a été aussi l'une des difficultés. Parce qu'on a eu un changement de d'équipe, il n'y a pas de passation de services. L'équipe qui est venue par la suite n'avait pas pratiquement d'expérience. **P 5: TUT-ZONI-AD-EA-AO-CTA-06.rtf**

Les formations ne sont pas suffisantes, à raison d'une formation, de deux formations par an c'est pas suffisante. Le VIH étant une pathologie assez vaste, assez variée, parfois ce sont certaines aspects qui sont abordées et pas d'autres. Et nous savons quelle est la dynamique qui ???dans la prise en

charge du VIH, c'est en perpétuel mouvement. Ce qui fait que parfois on peut louper certaines étapes. P 5: TUT-ZONI-AD-EA-AO-CTA-06.rtf

2.3.2. Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan du renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et des équipes techniques régionales et cadres du district

Il est apparu que 65,4% des UPEC rattachées au 13 CTA ont été capacitées en prise en charge globale des PVVIH. De manière succincte, nous analysons les facteurs catalyseurs et les facteurs inhibiteurs.

2.3.2.1 Facteurs catalyseurs sur le plan du renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et des équipes techniques régionales et cadres du district

L'implication des équipes techniques et régionales était le principal catalyseur pour l'atteinte des résultats de l'objectif 3.

L'implication des équipes techniques et régionales

De l'exploitation des données qualitatives, il est ressorti que la Délégation régionale et le GTR étaient impliqués lors des descentes sur le terrain des partenaires experts des hôpitaux du Nord dans leur CTA à tutorer. Dans ce contexte, il était prévu que le point focal régional PTME et un cadre de la DLMEP accompagnent deux experts du Nord. La délégation régionale était alors informée et mise à contribution dans le cadre du renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC.

Quand les partenaires viennent ici, passent d'abord à la délégation pour nous informer. (...)La dernière fois quand ils sont venus ici, ils ont effectué une visite dans l'UPEC de Dschang. Au niveau des UPEC il n'y a pas de problème de collaboration. P16: TUT-ZON4-OU-EA-AI-DR-13.rtf

2.3.2.2 Facteurs inhibiteurs sur le plan du renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC et des équipes techniques régionales et cadres du district

La faible implication des équipes cadres du district

Les responsables des équipes cadres du district ont déclaré qu'ils n'étaient pas impliqués dans le tutorat, ce qui se traduit sur le terrain par une collaboration directe entre les CTA et UPEC. Les données relatives au fonctionnement des UPEC n'étaient pas disponibles au niveau des DS. Par ailleurs, ils étaient faiblement impliqués dans les activités de renforcement des capacités des membres de l'équipe thérapeutique des UPEC.

Le problème c'est que [euh !!!], comme nous ne sommes pas impliqués dans votre programme de tutorat, c'est difficile pour moi de dire les points forts. Le CTA est en collaboration directe avec les UPEC, nous recevons les informations au niveau régional en tant que DS pas au niveau de CTA. P14: TUT-ZON4-OU-EA-AI-CSSD-12.rtf

Je participe aux réunions des UPEC en tant que membre, pas comme CSSD. P14: TUT-ZON4-OU-EA-AI-CSSD-12.rtf

2.4 FONCTIONALITE DE LA COLLABORATION ENTRE LES STRUCTURES TUTRICES ET TUTOREES

L'objectif 4 du programme, portait sur la mise en place d'un réseau fonctionnel entre les différents CTA et entre chaque CTA tuteur et ses UPEC. Les résultats attendus prévoyaient qu'en 2012, 100% des CTA et 60% des UPEC fonctionnent en réseau pour la prise en charge des PVVIH dès le début de la 3ème année. Le document programme avait prévu une réunion de coordination trimestrielle de tutorat du réseau du District de Santé coordonnée par le CSSD et le coordinateur du CTA tuteur. Cette réunion devait regrouper le personnel des UPEC (médecin chef) concernées, les personnels des sites PTME, CDT, CSSD, coordonnateur du CTA tuteur et point focal PTME/Sida.

2.4.1 Processus et extrants

Il est apparu que 100% des CTA et 92,3% des UPEC visités fonctionnaient en réseau pour la PEC du VIH.

Niveau central :

Dans le cadre de la coordination institutionnelle et technique animée par la DLMEP, il était prévu des réunions annuelles du réseau de tous les CTA tuteurs désignés par décision ministérielle afin de contribuer au renforcement de la qualité des services fournis par les prestataires de soins en respect des normes et directives nationales.

Niveau régional :

Le résultat attendu pour cet axe du projet stipulait que 60% des UPEC devaient fonctionner en réseau avec le CTA tuteur pour la prise en charge des PVVIH dès le début de la 3ème année de mise en œuvre.

2.4.1.1 Contribution des intervenants des niveaux central et intermédiaire à la mise en place d'un réseau fonctionnel CTA-CTA et CTA-UPEC tutorées.

La participation des acteurs du niveau central (GTC) et du niveau intermédiaire (DRSP, CSSD, points focaux régionaux VIH des DRSP) à la mise en place des réseaux de collaboration était faible. Alors que les acteurs centraux étaient attendus lors des réunions de coordination annuelle entre les différents CTA et lors des réunions de coordination régionales.

Les informations du tableau 17 indiquent un taux de participation de 39,3% des responsables centraux (autres que la DLMEP) et régionaux aux dites réunions. Un peu moins de la moitié (46%) a affirmé n'avoir pas participé à ces réunions.

Tableau 15: Contribution des intervenants des niveaux central et intermédiaire a la mise en place d'un réseau fonctionnel entre les CTA et entre chaque CTA tuteur et ses UPEC

Fonctionnalité de la collaboration de la mise en place d'un réseau fonctionnel entre les CTA et entre chaque CTA tuteur et ses UPEC par les intervenants au niveau central et intermédiaires	Effectif des intervenants	%
Oui	11	39,3
Non	13	46,4
Ne Sait Pas	4	14,3

Total	28	100
-------	----	-----

2.4.1.2 Fonctionnalité de la collaboration au niveau central : entre les différents CTA tuteurs

C'est dans cette optique qu'un appui important a été prévu en équipements informatiques et connexion internet pour que 100% des CTA et 60% des UPEC du projet fonctionnent en réseau pour la prise en charge des PVVIH dès le début de la 3eme année.

Du tableau 15, il ressort que le réseau entre les différents CTA visités était peu fonctionnel. Parmi les 5 réunions de coordination prévues, seuls 2 CTA sur 13 ont déclaré avoir participé aux 5 réunions prévues.

Tableau 16 : Indicateurs de la fonctionnalité de la collaboration entre différents CTA

Indicateurs de la fonctionnalité de la collaboration entre différents CTA	Effectif de CTA (12)	%
Nombre de participation du CTA aux réunions de coordination annuelle des CTA		
1 réunion de coordination annuelle	4	33,3
2 réunions de coordination annuelle	2	16,7
3-5 réunions de coordination annuelle	6	50,1
Nombre de rapports statistiques ayant été diffusés par le CTA tuteur vers ses UPEC (rétro information)		
0 rapport	10	83,4
9 rapports	1	8,3
12 rapports	1	8,3

2.4.1.3 Fonctionnalité de la collaboration au niveau régional : entre le CTA tuteur et ses UPEC

A la fin de l'analyse, il ressortait un bon fonctionnement du réseau régional entre les CTA tuteurs et leurs UPEC dans l'ensemble. Ceci a été possible d'une part à travers l'analyse qualitative rapportant une bonne diffusion de l'information entre les UPEC et leur CTA ainsi qu'un relatif fonctionnement du système de référence-contre-référence des produits biologiques, des dossiers et des données.

Le tableau 16 a relevé une tenue effective des réunions de coordination régionales trimestrielles du réseau des CTA et ses UPEC avec 3/13 CTA qui ont organisé les 12 réunions prévues durant les 3 ans.

Du point de vue des UPEC, 8/26 de celles visitées n'ont pas eu de réunions de coordination avec leur CTA.

La CN ESTHER durant ses 3 années de mise en œuvre de 2010 à 2013, comptait 40 réunions de coordination trimestrielles régionales du réseau du CTA tuteur avec ses UPEC sur les 104 prévues soit (38,4%).

Tableau 17 : Indicateurs de la fonctionnalité de la collaboration entre le CTA tuteur et ses UPEC

Indicateurs de la fonctionnalité de la collaboration entre le CTA tuteur et ses UPEC	Effectif	%
Nombre de réunions de coordination régionale trimestrielle organisée par le CTA avec ses UPEC de 2008-2012		
2 réunions de coordination régionale trimestrielle	5	38,4
3-6 réunions de coordination régionale trimestrielle	1	38,5
20 réunions de coordination régionale trimestrielle	3	23,1
Nombre de participation des UPEC aux réunions de coordination régionale trimestrielle de 2008-2012		
0 réunion de coordination régionale trimestrielle	8	33,3
1 réunion de coordination régionale trimestrielle	4	16,7
2-6 réunions de coordination régionale trimestrielle	8	33,3
10-12 réunions de coordination régionale trimestrielle	4	16,7

Une raison à l'irrégularité de ces réunions était la charge importante de travail des équipes de CTA.

Lack of sufficient human resource and the heavy workload of our respective jobs added to that of the program have made our collaboration to be minimal
P60: TUT-ZON3-LT-EA-AO-CTA-47.rtf

En tant que coordo, le CTA, il y a des consultations, il ??? des malades, il faut gérer le service. Maintenant s'il faut encore aller tutorer les UPEC et avec tout ça, le plan était trop serré. On n'arrivait pas à faire tout ça. Il y avait un problème de ressources humaines qui conduisait à..., dont il y avait insuffisance de recrutement des UPEC. **P 4: TUT-ZONI-AD-EA-AI-GTR-02.rtf**

2.4.1.4 Fonctionnalité de la collaboration au niveau du district de santé : entre les UPEC et les autres structures sanitaires du district

Selon le rapport final C2D1 de la CN ESTHER, entre 2010-2013, 43 réunions de coordination du réseau du district de santé se sont tenues contre 260 qui auraient dû se tenir durant les 03 années de MEO, soit 16,5% de taux de réalisation. Aucun document concernant cette activité n'était disponible. Cet indicateur était conforme aux trouvailles de l'analyse documentaire sur le terrain. En effet, il ressort une implication quasi-inexistante sinon irrégulière du district dans ces réunions de coordination de district. La majorité des chefs de districts interviewés déploraient d'ailleurs le fait de ne pas être informé de ces réunions bien qu'étant incontournable de part leurs attributions régaliennes.

Disons que avant, l'UPEC fonctionnait avec une équipe du comité, et le CBS que je suis n'a jamais fait partie, c'est la raison pour laquelle ces données m'échappent. **P 1: TUT-ZONI-AD-EA-AI-CBS-01.rtf**

je sais qu'ici il n'y a pas une très grande collaboration entre les UPEC et le district. Puisque depuis que je suis là je ne sais même pas comment ça fonctionne. Parce que je ne reçois pas régulièrement, dont je ne sais pas. **P 2: TUT-ZONI-AD-EA-AI-CSSD-08.rtf**

2.4.2 Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan de la fonctionnalité, de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées

2.4.2.1. Facteurs catalyseurs sur le plan de la fonctionnalité, de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées

L'assistance technique permanente des CTA et la réceptivité des UPEC

L'exploitation des données qualitatives montrait une collaboration parfaite entre les CTA et les UPEC.

La collaboration, je dirai qu'elle est même parfaite. Physiquement et même virtuellement, par internet nous sommes en perpétuelle collaboration. Et cette collaboration-là ne s'arrête même seulement au niveau du CTA, elle s'étend même au niveau du reste de l'hôpital. Nous avons vraiment des tuteurs engagés, très présents et très motivés. P 5: TUT-ZON1-AD-EA-AO-CTA-06.rtf

Mutual collaboration and assistance towards solving difficulties encountered have really been a good point. For example a treatment center facing drug shortages may be assisted by others having some reserves. P60: TUT-ZON3-LT-EA-AO-CTA-47.rtf

La fonctionnalité du réseau CTA/UPEC se traduit par la réactivité des UPEC lorsqu'elles sont sollicitées par les structures tutrices.

La bonne collaboration avec les différentes UPEC qui ont toujours répondu présente quand on les sollicite. P 5: TUT-ZON1-AD-EA-AO-CTA-06.rtf

2.4.2.2. Facteurs inhibiteurs sur le plan de la fonctionnalité, de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées

La surcharge de travail au niveau des CTA

La bonne fonctionnalité de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées dépendait de la charge de travail des CTA. Lorsque le nombre de structures à tutorer était en inadéquation avec le personnel disponible dans les structures tutrices, cela créait une surcharge de travail au niveau des CTA. Cette situation ne permettait pas d'être efficient pour un investissement à plein temps des CTA dans le déroulement des missions de supervisions « formatives ».

Mon premier problème c'était déjà le nombre des UPEC qu'on devrait tutorer par an. Je crois que c'était deux, je crois que c'est ça non. C'est deux, vous voyez que le besoin est plus énorme que deux. Et même les deux là pour les mettre à un même niveau, il faut s'investir en plein temps et non seulement les bouter avec une ou deux supervisions. P 4: TUT-ZON1-AD-EA-AI-GTR-02.rtf

L'insuffisance du temps alloué aux missions de Tutorat

Il est ressorti des entretiens menés avec les responsables des CTA que le point faible de la collaboration était l'insuffisance du temps alloué aux missions de supervisions « formatives » des UPEC.

Le point faible, moi je pense que c'est la durée de la mission qui n'est pas suffisante par rapport à toutes les attentes que nous avons. Parfois les missions sont seulement autour de 10, 15 jours, je pense que ce n'est pas suffisant pour pouvoir nous appuyer d'avantage sur notre tâche quotidienne. **P 5: TUT-ZON1-AD-EA-AO-CTA-06.rtf**

L'insuffisance qualitative des ressources humaines dans les UPEC

La fonctionnalité de la collaboration entre les CTA et les UPEC se traduit de manière concrète par l'organisation des ateliers de formation des personnels en poste dans les structures à tutorer. Cependant, ces activités de renforcement des capacités du personnel étaient confrontées au niveau de base faible des personnels à former. Cette inadéquation avec le profil attendu des participants a une incidence sur l'imprégnation et l'appropriation du tutorat par les prestataires.

During the training which we organized between 2010\2012, we had a problem of identifying people to be trained because in some TCs we discovered that there people who work with a very low level of education (FSLC and Ordinary Level) and were not able to follow up. It was not easy for people like us who have higher level education to transmit knowledge to them; so giving a presentation that can take just 10 minutes, you will spend 1 hour 30 minutes. **P11: TUT-ZON4-NW-EA-AO-CTA-22.rtf**

La faible fonctionnalité du système de référence et contre référence

La référence et contre référence des dossiers médicaux et des produits biologiques devait éviter les déplacements des malades. Cette mise en réseau devait également permettre de faciliter la circulation de l'information au sein du réseau. Au demeurant, il est ressorti que le système de référence et contre-référence a été très peu fonctionnel.

Il n'y a pas la collaboration entre le CTA et les UPEC sur le plan de la prise en charge ; cette situation fait en sorte qu'il n'y a pas une véritable communication entre les UPEC, certains partent dans d'autres UPEC parce qu'ils ne veulent pas être reconnus là-bas. **P16: TUT-ZON4-OU-EA-AI-DR-13.rtf**

La faible acceptation des nouveaux membres dans les équipes de travail des CTA

La collaboration entre les structures tutrices et tutorées était confrontée au problème de la faible acceptation des nouveaux membres dans les équipes de travail des CTA.

Nous étions un noyau au départ puisque on se connaissait tous, donc on avait un véritable souci pour que les choses marchent. Bon entre temps certains collègues sont venus. **P31: TUT-ZON1-NO-EA-AO-CTA-59.rtf**

Between tutoring and tutored structures, the weakness is more often the unavailability of the former to properly collaborate with the later. **P60: TUT-ZON3-LT-EA-AO-CTA-47.rtf**

Les intérêts divergents des ressources humaines impliquées

Il est ressorti que la divergence des intérêts dans la mise en œuvre des activités du tutorat par les ressources humaines impliquées est un facteur inhibiteur de la fonctionnalité de la collaboration entre les structures tutrices et tutorées.

A lot of individualism exist between CTA given that many of them love to work in a way that best suit their personal interests. P60: TUT-ZON3-LT-EA-AO-CTA-47.rtf

Le climat conflictuel entre les structures de même niveau

Il est ressorti que les structures de même niveau (UPEC) étaient en conflit entre elles dans certains districts de santé. En effet, certaines UPEC privilégiaient la collaboration directe avec les CTA qu'elles considèrent comme la structure de référence en la matière. Cette situation a été observée dans la région du Littoral entre les UPEC de la Fondation Ad Lucem de Bonamoussadi et celle de l'hôpital de district de la Cité des Palmiers. Il en est de même dans la région de l'Ouest, entre les UPEC de l'Hôpital Protestant de Bangoua et celle de l'Hôpital de district de Baganté.

Collaboration between the different UPEC is inexistent since they think the best can only come from looking up to CTA. P62: TUT-ZON3-LT-EA-AO-UPEC-45.rtf

2.5 COORDINATION DES ACTIVITES DU PROGRAMME

L'objectif 5 du programme, visait à assurer la coordination, la supervision et le suivi / évaluation des activités du tutorat. Les résultats attendus prévoyaient qu'en 2012, 100% des CTA tuteurs et 100% des UPEC déterminent de manière fiable le nombre de PVVIH sous ARV sur site et dans les UPEC à la 5^{ème} année de mise en œuvre du programme. Au demeurant, il est apparu que la coordination, la supervision et le suivi / évaluation des activités du tutorat étaient effectifs dans la quasi-totalité des CTA et UPEC.

2.5.1 Processus et extraits de coordination

Dans le document programme, il était prévu une réunion d'imprégnation et d'appropriation en matière de tutorat pour les équipes cadre responsables de la gestion du tutorat (coordination, supervision) du suivi et évaluation des activités. Cette réunion devait être organisée par la DLMEP regroupant les 10 GTR, les 10 DRSP, les 10 points focaux PTME, les 101 CSSD et 9 personnes du niveau central.

Dans la mise en œuvre effective de 2008 à 2012, la réunion d'imprégnation n'avait pas été organisée par la DLMEP. Néanmoins, la question de la participation globale aux activités de coordination, supervision, suivi et évaluation avait été posée aux intervenants du niveau central et périphérique. Le tableau 18 relève que 46,4% au lieu de 100% de ces 28 intervenants, ont affirmé y avoir participé. Ce résultat traduit en général la très faible implication de l'équipe cadre régionale telle que le confirme cette assertion.

Le programme ne tient pas compte de certains intervenants tels que le délégué Régional, le Chef de District de Santé, en réalité ce sont eux qui au plan hiérarchique constituent les unités de coordination. Si on veut parler de cette façon, ce programme ne devrait être pas être mis en marche sans la hiérarchie sur le plan opérationnel P16: TUT-ZON4-OU-EA-AI-DR-13.rtf.

Je crois que, c'est un travail d'implication du GTR. Si nous ne sommes pas impliqués, on ne peut pas savoir ce qui se passe et on pourra non plus aller s'imposer. Si vous n'étiez même pas venus aujourd'hui, je ne saurais même qu'il y a une supervision ou une évaluation qui est en cours P 4: TUT-ZON1-AD-EA-AI-GTR-02.rtf

Tableau 18: Participation des intervenants du niveau central et intermédiaire à la gestion exhaustive (coordination, supervision et suivi/évaluation) des activités du tutorat

Coordination, supervision et suivi/évaluation des activités du tutorat au niveau des intervenants au niveau central et intermédiaires	Effectif des intervenants	%
Oui	13	46,4
Non	12	42,9
Ne sait pas	3	10,7
Total	28	100

La CN ESTHER- Cameroun devait organiser une réunion annuelle élargie de bilan et de programmation avec les équipes du tutorat, les équipes du niveau DS et les partenaires afin de présenter les rapports de progrès, collecter les suggestions des partenaires et intervenants pour l'amélioration des prestations dans la mise en œuvre des activités du tutorat. Durant la période de mise en œuvre 2011-2013, 6/3 réunions ont effectivement été tenues soit 200%. Mais, il est à noter que le profil des participants n'a pas été respecté car seuls les coordonnateurs des CTA, les référents ESOPE ainsi que les opérateurs de saisie ont été invités (cf rapport final C2D1 2014), le reste des intervenants prévus n'ayant pas été conviés encore moins les membres de l'équipe nationale de coordination du projet.

2.5.2. Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan de la coordination

2.2.5.1. Facteurs catalyseurs sur le plan de la coordination

L'implication du niveau régional

Afin d'améliorer les capacités de coordination, les équipes cadre (GTC, DRSP et son point focal, CSSD) devaient être formées à la gestion du tutorat (coordination, supervision, suivi et évaluation). Cette activité de formation avait pour objectif d'imprégner les équipes cadre en matière de tutorat.

De l'exploitation des données qualitatives, il est ressorti que l'équipe cadre régional a été impliquée au début, lors des réunions de briefing.

Il y a eu d'abord des réunions de briefing de l'équipe cadre régional. Ils ont été briefés, les responsables ont été briefés, y compris moi-même, y compris au niveau de la délégation ; les gens ont été briefés. P 3: TUT-ZON1-AD-EA-AI-DR-04.rtf

2.5.2.2. Facteurs inhibiteurs sur le plan de la coordination

La faible implication des acteurs intermédiaires

Bien qu'il soit ressorti que l'implication des acteurs au niveau régional a été effective, l'exploitation des données qualitatives permet de nuancer ce résultat. Certains acteurs intermédiaires ont relevé leur faible implication comme un facteur inhibiteur sur le plan de la coordination et de la supervision du tutorat.

Le programme ne tient pas compte de certains intervenants tels que le délégué Régional, le Chef de District de Santé, en réalité ce sont eux qui au plan hiérarchique constituent les unités de coordination. Si on veut parler de cette façon, ce programme ne devrait être pas être mis en marche sans la hiérarchie sur le plan opérationnel. P16: TUT-ZON4-OU-EA-AI-DR-13.rtf

Je crois que c'est un travail d'implication du GTR. Si nous ne sommes pas impliqués, on ne peut pas savoir ce qui se passe et on pourra non plus aller s'imposer. Si vous n'étiez même pas venus aujourd'hui, je ne saurais même qu'il y a une supervision ou une évaluation qui est en cours. P 4: TUT-ZON1-AD-EA-AI-GTR-02.rtf

You know the HIV program is too vertical, the coordinator in charge of CTA is on top while the UPEC are below making it much hierarchical. But, i think that collaboration between the CTA and UPEC is good. P 8: TUT-ZON4-NW-EA-AI-CSSD-24.rtf

La faible restitution des missions de coordination

Outre la faible implication de certains acteurs intermédiaires, il est également ressorti que les activités de coordination et de supervision ont été confrontées au problème de restitution ». Ce qui n'a pas toujours rendu possible l'exploitation des archives sur la mise en œuvre du tutorat.

Si par exemple, les gens passent sans passer ici pour la supervision je ne peux pas savoir. Je sais qu'il y a une supervision au niveau national. P14: TUT-ZON4-OU-EA-AI-CSSD-12.rtf

There was insufficient collaboration at the part of the facilitators. P11: TUT-ZON4-NW-EA-AO-CTA-22.rtf

L'insuffisance des ressources humaines au niveau régional

La coordination du tutorat n'a pas toujours été efficiente du fait de l'insuffisance des ressources humaines au niveau régional et de l'importante charge de travail qui en découle.

The problem of insufficiency of human resources and lack of time given that we cumulate the activities of our respective jobs with those of the program. P60: TUT-ZON3-LT-EA-AO-CTA-47.rtf

L'absence des moyens financiers au niveau des Districts de santé

L'absence des moyens financiers au niveau des districts de santé est ressorti comme un facteur qui a limité le déroulement des activités relatives à la coordination du tutorat au niveau des UPEC.

Le district de santé n'a pas les moyens pour accompagner la prise en charge dans les UPEC au niveau régional,(...). P14: TUT-ZON4-OU-EA-AI-CSSD-12.rtf

Moi je ne suis pas au courant, on ne sait pas quel est l'appui par région étant donné que dans la gestion et la prise de décision du programme notre implication n'est pas directe. P16: TUT-ZON4-OU-EA-AI-DR-13.rtf

2.6 SUPERVISION DES ACTIVITES DU PROGRAMME

Dans le cadre des activités de fonctionnalité du réseau du CTA tuteur et de ses UPEC des missions de supervision avaient été prévues. Ces supervisions devaient être faites sur sites avec des aspects formatifs. Cette supervision dite facilitante avait pour objectif de soutenir le personnel de l'UPEC à l'identification des points positifs et négatifs de leur pratique et à l'élaboration d'un plan de résolution des problèmes rencontrés. A l'instar de la supervision de

routine, elle devait être menée par des prestataires expérimentés dans les différents domaines de la PEC.

2.6.1 Processus et extrants

Une supervision annuelle régionale devait être menée par la SDL VIH/IST-DLMEP avec pour but de suivre : la planification des activités ; la gestion du personnel mis en place par le programme ; les missions de supervision trimestrielle où un appui technique était apporté aux CTA et UPEC. Il était attendu sur cette période xx supervisions de la DLMEP vers les CTA, yy supervisions des DRSP vers les CTA et UPEC.

Le tableau 19 ci-dessous révèle que 27,2% des CTA ont déclaré avoir reçu une visite du niveau central durant la période 2008-2012. Ce qui est faible par rapport aux 100% attendus à l'an 3 du projet. Pourtant, le GIP ESTHER rapporte, de 2011-2013, au moins deux visites de site par an pour supervision facilitante d'une équipe de la DLMEP avec l'appui d'ESTHER, soit environ cinq visites par CTA. Cette divergence peut venir du fait que les supervisions se sont très souvent passées sans laisser d'archives/rapports (objet de la mission, recommandations, noms des superviseurs) au niveau du site. Cependant, depuis 2012 des cahiers de supervision sont disponibles dans certains sites.

Pour la supervision, quand ils passent ils signent les cahiers de charge mais, ils ne laissent aucun rapport. Très souvent, il demande le registre de labo, ils ne nous disent pas exactement ce qu'ils cherchent. P20: TUT-ZON4-OU-EA-AO-UPEC-16.rtf –

Il y a les supervisions concernant le remplissage des données, et dans la prise en charge. En fait, on ne peut pas connaître le nombre exacte de supervision, mais il y en a quand même beaucoup qui sont faites et elles sont à chaque fois très bien pour nous et pour que nous sachions vraiment si nous sommes efficace et si les objectifs voulus sont atteint ou alors en voie de l'être. P38: TUT-ZON2-ES-EA-AI-CSSD-42.rtf

L'analyse des tableaux 19 et 20 présentant les indicateurs de supervision au niveau des CTA et des UPEC ressortait une faible tenue des missions de supervisions des activités du tutorat par l'équipe régionale auprès des structures de prise en charge du VIH. En effet, la moitié des CTA (50%) et des UPEC (52,6%) qui a affirmé n'avoir pas reçu de missions de supervision, tandis que 25% de CTA avaient reçu environ 10 supervisions. Malgré le fait qu'il n'ait été retrouvé aucun rapport de missions de supervision à ce niveau, ces chiffres étaient cohérents avec les dires des responsables, de CTA et UPEC, qui pour la plupart déploraient l'irrégularité des supervisions.

Tableau 19: Indicateurs de supervision des activités du tutorat au niveau des CTA de 2008 à 2012

Indicateurs de supervision des activités du tutorat au niveau des UPEC	Minimum	Moyenne	Maximum
Nombre de missions de supervision de DLMEP reçues dans les CTA de 2008 à 2012	0	2	5
Nombre de missions de supervision régionale DRSP reçues dans les CTA de 2008 à 2012	0	3	10

L'insuffisance de moyens financiers pour mener des supervisions régulières, la surcharge de travail des points focaux, la mise à l'écart du GTR-CNLS par rapport au projet /ou l'indisponibilité de moyens logistiques pour aller dans les zones enclavées.

Je me dis quand même ces mécanismes sont bien efficaces, mais ils ne sont pas bien suivis de manière régulière. si ils étaient suivis de manière régulière, je pense qu'on pouvait atteindre ces objectifs et se maintenir même à bon résultat. P 1: TUT-ZONI-AD-EA-AI-CBS-01.rtf

Ce n'est pas régulière, c'est pourquoi je dis qu'on n'a pas programmé ça quoi. On peut rester là deux semaines après, on vient nous dire qu'il y a supervision. Ça peut encore attendre 6 mois, c'est pour ça que je dis qu'elle n'est pas régulière. P30: TUT-ZONI-NO-EA-AI-CSSD-64.rtf

Je crois que, c'est un travail d'implication du GTR. Si nous ne sommes pas impliqués, on ne peut pas savoir ce qui se passe et on pourra non plus aller s'imposer. Si vous n'étiez même pas venus aujourd'hui, je ne saurai même qu'il y a une supervision ou une évaluation qui est en cours. P 4: TUT-ZONI-AD-EA-AI-GTR-02.rtf

c'est souvent difficile de mettre cette activité en œuvre, parce qu'on a une région très enclavée, vous-même vous le savez. Les distances sont souvent très éloignées, mais si non dans la mesure du possible, nous allons vers ces districts, ces UPEC de la région. P 5: TUT-ZONI-AD-EA-AO-CTA-06.rtf

S'agissant des supervisions facilitantes dans le cadre du réseau CTA tuteur avec ces UPEC, il était question de supervisions sur sites avec des aspects formatifs. Elles devaient être menées par des prestataires expérimentés en provenance du CTA dans les différents domaines de la PEC. Leur objectif était de soutenir le personnel de l'UPEC à l'identification des points positifs et négatifs de leur pratique et l'élaboration d'un plan de résolution des problèmes rencontrés. A la fin de chaque année, chaque CTA devait avoir réalisé 18 jours de supervision facilitante.

Le tableau 20 ci-dessous a montré un très faible taux de réalisation concernant la durée des supervisions facilitantes. En effet, en une année 14 sur 26 UPEC soit 66,7% avaient reçu une supervision facilitante de un à trois jours quand 4 sur 26 UPEC soit 17,4% pendant 4 jours de supervision.

Tableau 20: Indicateurs de supervision des activités du tutorat au niveau des UPEC

Indicateurs de supervision des activités du tutorat au niveau des UPEC	Minimum	Moyenne	Maximum
Nombre de missions de supervision des activités réalisées par le niveau central dans votre UPEC jusqu'en 2012	0	2	5
Durée des missions de supervision facilitante des CTA Tuteur reçues par l'UPEC	0	15	42
Nombre de réunions des comités thérapeutiques tenues au niveau des Hôpitaux de districts	0	49	156

Concernant cette courte durée des supervisions facilitantes, on relève avec les données qualitatives que les CTA n'avaient que 10 à 15 jours pour superviser toutes leurs UPEC.

« Le point faible, moi je pense que c'est la durée de la mission qui n'est pas suffisante par rapport à toutes les attentes que nous avons. Parfois les missions sont seulement autour de 10, 15 jours, je pense que c'est pas suffisant pour pouvoir nous appuyer davantage sur notre tâche quotidienne ». P 5: TUT-ZONI-AD-EA-AO-CTA-06.rtf

2.6.2.1. Facteurs catalyseurs sur le plan de la supervision

L'effectivité des missions de supervision

Il est ressorti que les missions de supervision du CTA vers les UPEC ont été effectives.

Au niveau de CTA, ils viennent 2 à 3 fois par an. Il n'y a pas assez, on souhaite au moins 3 fois par an. Nous sommes beaucoup rapprocher aux partenaires ONG en ce qu'il concerne la supervision. P19: TUT-ZON4-OU-EA-AO-UPEC-15.rtf

Il y a les supervisions concernant le remplissage des données, et dans la prise en charge. En fait, on ne peut pas connaître le nombre exacte de supervision, mais il y en a quand même beaucoup qui sont faite et elles sont à chaque fois très bien pour nous et pour que nous sachions vraiment si nous sommes efficace et si les objectifs voulus sont atteint ou alors en voie de l'être. P38: TUT-ZON2-ES-EA-AI-CSSD-42.rtf

2.6.2.2. Facteurs catalyseurs sur le plan de la supervision

Les missions de supervision du niveau central au niveau régional étaient menées sans que des rapports de missions ne soient rendus disponibles au niveau des équipes cadres de district.

Pour la supervision, quand ils passent ils signent les cahiers de charge mais, ils ne laissent aucun rapport. Très souvent, il demande le registre de labo, ils ne nous disent pas exactement ce qu'ils cherchent. P20: TUT-ZON4-OU-EA-AO-UPEC-16.rtf

L'irrégularité et le nombre insuffisant des activités de supervision

Bien que les activités de coordination et de supervision ont été effectives, il est ressorti tout de même qu'elles n'étaient pas régulières et leur nombre insuffisant.

Ce n'est pas régulier, c'est pour que je dis qu'on n'a pas programmé ça quoi. On peut rester là deux semaines après, on vient nous dire qu'il y a supervision. Ça peut encore attendre 6 mois, c'est pour ça que je dis qu'elle n'est pas régulière. P30: TUT-ZON1-NO-EA-AI-CSSD-64.rtf

Not enough supervision by hierarchy consequently amelioration of quality of services is rare. P62: TUT-ZON3-LT-EA-AO-UPEC-45.rtf

L'inadaptabilité des moyens logistiques disponibles

L'inadaptabilité des moyens logistiques n'a pas toujours permit le déroulement des activités de coordination et de supervision. Les véhicules¹⁶ mis à la disposition des CTA pour assurer la coordination et la supervision des activités des UPEC se sont avérés dans certaines régions peu adaptés. C'est le cas de la région du Nord-Ouest où ce problème a été relevé.

The vehicle was not adapted to the running of the project due to the very bad roads so that we have been using but the RTD van and the bus. The van was going bad that we repaired and it went up to the point that we were almost charged to buy a new van

¹⁶ Véhicule monoplace, affecté pour le CTA et utilisé prioritairement pour d'autres tâches.

since it was not part of the HIV project. The ESTHER project vehicle did not have horns. **P11: TUT-ZON4-NW-EA-AO-CTA-22.rtf**

La faible flexibilité de la gestion des ressources disponibles

La répartition des fonds alloués aux activités de supervision de part leur faible flexibilité n'ont pas toujours permis la bonne exécution des activités.

Managing the project was difficult because it was not flexible. We had supervision only in the first one week and had a problem. There was no budget for the driver, the car was not adapted to the road. The money that was given for per diem was divided for part to taking care of the car and driver. The car was not adapted to the road. The budget was too stiff. It was only in 2012 that we were allowed to adjust. **P11: TUT-ZON4-NW-EA-AO-CTA-22.rtf**

2.7 SUIVI/EVALUATION DES ACTIVITES DU PROGRAMME

L'objectif 6 du programme, visait à assurer la supervision et le suivi / évaluation des activités du tutorat. Dans le cadre du tutorat, il était prévu d'assurer l'évaluation interne et externe (S/E) du programme. La coordination nationale et le suivi des interventions des différentes parties prenantes à ce programme devaient être sous la responsabilité de la DLMEP dans un souci de cohérence et d'efficacité. Ce suivi était constitué d'un suivi interne continu intégrant le suivi de routine institutionnel national du VIH et d'un suivi externe à travers l'évaluation externe annuelle permettant d'apprécier la mise en œuvre quantitative et qualitative des activités prévues.

Le **S/E interne** concernait le suivi de routine permettant d'apprécier les activités et l'état d'avancement de la décentralisation par le tutorat. Il devait se faire de façon continue et soutenue à travers des activités de coordination et de supervision institutionnelle (réunions périodiques et missions de supervision-terrain). Le S/E interne devait permettre aux gestionnaires du programme de disposer de données fiables et d'informations (résultats sur la PEC, faiblesses et points forts, réorientation du programme et diffusion) sur les interventions afin de faciliter la prise de décisions.

Il était aussi question pour le **suivi interne** de faire d'une part une évaluation initiale des Connaissances Attitudes et Pratiques des prestataires par un consultant en An 1. Une deuxième enquête d'évaluation des CAP des prestataires de soins prévue en An 2, n'a jusqu'à lors pas encore eu lieu.

Au niveau régional, le S/E devait être assuré par les CTA tuteurs et CTA affiliés tuteurs en collaboration avec le Point Focal PTME de la DRSP et le GTR. Le responsable du CTA devait soumettre son rapport mensuel sur un formulaire standardisé au PFP/PTME. Ce rapport devait être analysé par le PFP/PTME qui devait par la suite en présenter une synthèse sur un formulaire standard au DRSP puis le transmettre à la DLMEP. Parallèlement, le GTR devait transmettre le même rapport synthétique au GTC/CNLS.

Au niveau du district de santé, le S/E devait être assuré par les UPEC en collaboration avec le CSSD. Les données devaient être collectées dans les UPEC et autres formations sanitaires portes d'entrée par les responsables de ces structures. Celles-ci devaient être transmises sous forme de rapports mensuels au CSSD à travers le chef de bureau santé (CBS).

La compilation et la synthèse des données devaient se faire au niveau du service de santé de district.

Conformément aux directives nationales de PEC, le rythme de tenue des réunions du comité thérapeutique dans les structures de PEC est hebdomadaire ou mensuel selon le nombre de PVVIH reçus. Il était question que ces comités thérapeutiques (CT) se tiennent avec un certain profil d'acteurs tel que : les personnels de l'UPEC, les personnels des autres portes d'entrée à la TAR (centres de santé, les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose, les centres médicaux d'arrondissement, ...), les personnels des UPEC voisines qui débutent, les membres de l'équipe du CTA tuteur (selon les besoins).

Concernant **le suivi externe**, il s'agissait des activités d'évaluation ayant pour but d'apprécier la mise en œuvre qualitative et quantitative des activités prévues afin de relever les faiblesses et de prendre des mesures correctrices. Il devait être conjointement effectué par la CN ESTHER et la DLMEP. Il s'agissait principalement de : l'évaluation à mi-parcours en An 2 et de l'évaluation de fin de programme en An 5.

2.7.1 Processus et extrants

2.7.1.1 Tenue des réunions des comités thérapeutiques dans les UPEC

En dehors du personnel de l'UPEC qui tenait la réunion du comité thérapeutique, les autres acteurs s'intéressaient rarement à ces dernières à cause du manque de motivation financière, l'absence d'invitation formelle ou parfois le manque d'information sur la possibilité qu'ils avaient d'y participer. Donc le manque de collaboration est criard et ne permet pas la mise en réseau des UPEC avec les autres portes d'entrée du district de santé et le CTA tuteur ainsi que le renforcement de l'offre de service en matière de suivi biologique.

Il n'y a pas la collaboration entre le CTA et les UPEC sur le plan de la prise en charge ; cette situation fait en sorte qu'il n'y a pas une véritable communication entre les UPECS». P16: TUT-ZON4-OU-EA-AI-DR-13.rtf

Concernant la tenue des réunions du comité thérapeutiques au niveau des CTA, on a noté qu'ils étaient effectifs et tenus de façon hebdomadaire au niveau des régions.

« Nous tenons nos réunions de comité thérapeutique presque chaque semaine, une fois par semaine et une fois par mois nous avons un petit soutien du tutorat, c'est-à-dire qu'il y a au moins la possibilité de donner un jus, un sandwich à chaque participant, ça a permis qu'ils comprennent ». P31: TUT-ZONI-NO-EA-AO-CTA-59.rtf

2.7.1.2 Suivi et évaluation des activités des CTA

Le rapport final C2D1 de la coordination ESTHER indiquait des gaps en formation (6% des prestataires acteurs de la PEC du VIH, les médecins et les ARC étaient les principaux bénéficiaires des formations complètes).

Un système de suivi-évaluation de la prise en charge des PVVIH, fiable et continue a été conçu, ce suivi interne a été fonctionnel dans la mesure où la maîtrise de la file active est

possible dans quasiment toutes les structures de PEC à travers les données captées manuellement dans les registres des CTA et UPEC et diffusées dans les rapports annuels du CNLS produits depuis plus de 10 ans. Le suivi des patients est également possible à travers le logiciel de suivi ESOPE placé au niveau des CTA tuteurs depuis 2011. Selon la CN ESTHER, 100% des CTA tuteurs utilisent ce logiciel. Cependant, la mise à jour (complétude) des bases de données ESOPE était effectuée à 90% en fin 2013.

Les missions d'état des lieux, de mise en place et de supervision du dispositif de suivi-évaluation initialement prévues dans le programme ont été effectives pour les deux premières missions et en cours de réalisation pour ce qui est du suivi.

Pour le suivi interne de la mise en œuvre du tutorat, les rapports trimestriels d'activités des CTA et des UPEC faisaient foi. La CN ESTHER a toutefois rapporté en 2014 une insuffisance de reporting en qualité et en quantité. Les rapports d'activités du tutorat ne remontent en général pas vers les CSSD encore moins vers les points focaux régionaux PTME. Ils ne suivent généralement pas le circuit et se retrouvent directement au niveau central (DLMEP, ESTHER).

Le système est bon, mais il doit être amélioré avec du personnel qui joue ce rôle-là, pour assurer une remontée constante des données et des informations de manière régulière. P50: TUT-ZON1-EN-EA-AI-DRSP-30.rtf

I cannot be from outside and be able to give strong points; as I was not directly implicated in the program. If I say something, I will be imagining. If was even given feedback of activities, I would have read through the documents that are talking about the decentralization. I just know that an UPEC was created in Njinikom long ago and another was recently created in the District Hospital here. I was not involved in the training P 9: TUT-ZON4-NW-EA-AI-CSSD-28.rtf -

Le suivi évaluation externe devait se faire annuellement mais n'a pas été fait comme initialement prévu. Les données qualitatives confirment cette insuffisance et ont souligné l'ignorance des acteurs¹⁷ concernant l'avancée du programme.

With no evaluation done, we couldn't know whether we were on the right track or not P57: TUT-ZON3-SW-EA-AO-UPEC-46.rtf

The quality of follow-up, supervision and evaluation of the program is minimal. P62: TUT-ZON3-LT-EA-AO-UPEC-45.rtf

There hasn't been thorough follow-up and evaluation has been inexistent. Therefore with no impact assessment, the effectiveness and efficiency of the program is not assured P62: TUT-ZON3-LT-EA-AO-UPEC-45.rtf

2.7.2. Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan du suivi/évaluation du programme

¹⁷ Il s'agit surtout des CSSD et des DRSP.

Au demeurant, il est apparu que la supervision et le suivi / évaluation des activités du tutorat sont effectifs dans la quasi-totalité des CTA et UPEC.

2.7.2.1. Facteurs catalyseurs sur le plan du suivi/évaluation du programme

L'implication des équipes cadres régionales est le facteur incitatif principal de l'atteinte des résultats de l'objectif 6.

L'implication des équipes cadres régionales

Il est ressorti des données qualitatives que l'implication directe des équipes cadres régionales dans certaines régions a permis l'atteinte des résultats sur le plan du suivi/évaluation. C'est le cas de la région de l'Adamaoua.

Le fait que nous soyons directement impliqués dans la prise en charge au quotidien, je pense que c'est un plus. P 3: TUT-ZON1-AD-EA-AI-DR-04.rtf

2.7.2.2. Facteurs inhibiteurs sur le plan du suivi/évaluation du programme

La faible implication des acteurs du niveau central, la faible implication des équipes techniques et cadres du district et la mobilité des responsables des CTA/UPEC sont ressortis comme les facteurs inhibiteurs qui ont eu une incidence sur l'atteinte des résultats dans le cadre des activités sur le suivi/évaluation du tutorat.

Faible implication des acteurs du niveau central

Il est ressorti de l'analyse des données qualitatives que l'implication des membres du niveau central dans le cadre des activités de suivi/évaluation n'a pas été efficace.

Concerning the management committee of management it is not effective. P18: TUT-ZON4-OU-EA-AO-CTA-10.rtf

There hasn't been thorough follow-up and evaluation has been inexistent. Therefore with no impact assessment, the effectiveness and efficiency of the program is not assured. P62: TUT-ZON3-LT-EA-AO-UPEC-45.rtf

The quality of follow-up, supervision and evaluation of the program is minimal. P62: TUT-ZON3-LT-EA-AO-UPEC-45.rtf

La faible implication des équipes techniques et cadres du district

De l'exploitation des données qualitatives, il est ressorti que le programme dans sa MEO a fonctionné de façon verticale et n'a pas de manière concrète impliqué les équipes et cadres du district.

It is true that the district has all the program but it is also true that if they are not involved in one particular program, then they cannot serve their function because he is at the implementation level and they are the ones supervising all the health units, so if they are fully left out . If they are left out because they are busy, the program won't work because we have vertical program from the ministry. P 8: TUT-ZON4-NW-EA-AI-CSSD-24.rtf

Les activités de suivi/évaluation étaient menées sur le terrain sans que les CSSD ne soient impliqués. Ce qui était en inadéquation avec les directives contenues dans le document projet de la décentralisation de la PEC des PVVIH. Or, ces derniers sont des acteurs clé du processus au niveau du district. Cette situation a conduit à la non appropriation du tutorat par les concernés. Cet état de choses s'est vérifié sur le terrain par l'attitude désinvolte et révoltée affichés par les CSSD interrogés. Tous affichaient une attitude d'exaspération et nourrissaient des récriminations sur la MEO du tutorat.

Ils sont entrain de faire leur truc même pour passer me dire que nous sommes entrain de faire telle ou telle chose, rien. Je dis, ils ne sont même pas passés, quand ils finissent, je n'ai même pas eu un rapport de ça. Je ne peux pas savoir ce qu'on disait aux gens derrière là. Ils viennent comme s'ils viennent louer un hôtel là le propriétaire n'a pas le droit de savoir ce qui se passe, parce que ça ne lui concerne pas. Si on fait comme ça, est-ce que je peux savoir ? **P15: TUT-ZON4-OU-EA-AI-CSSD-17.rtf**

Even though I don't know the content of the program, just the fact that they skipped some strategic stakeholders in the health pyramid, it is already a flaw because the District Medical Officer is there to coordinate all health activities even in the private, confessional and government. DMO serves as a coordinator which means that he was not supposed to have files here concerning the number of people under treatment, during supervision what is the problem; if it is drugs lacking or reagents. At the level of the Drugs are not regular. **P10: TUT-ZON4-NW-EA-AI-GTR-27.rtf**

La mobilité des responsables des CTA/UPEC

De l'exploitation des données collectées, il est ressorti qu'à cause de la mobilité des personnels des CTA/UPEC, il était quelques fois difficile d'avoir des bases de données dans les UPEC et CTA. Les personnels formés n'étant plus en poste.

À cause parfois de mouvements des personnes, les gens qui ont été formés, qui sont partis. **P 3: TUT-ZON1-AD-EA-AI-DR-04.rtf**

Due to frequent transfers of personnel, their mobility has led to a situation where those often in charge of the program have little or no competence and interest in the domain. **P60: TUT-ZON3-LT-EA-AO-CTA-47.rtf**

Une situation qui n'a pas concouru à l'atteinte des résultats des activités devant être menées dans le cadre du suivi/évaluation.

2.8 DECAISSEMENT DE FONDS POUR LES ACTIVITES DU PROGRAMME

L'évaluation de l'efficacité et de l'efficience du programme tutorat passe également par une appréciation du rythme et de l'opportunité de la mise à disposition des fonds pour la conduite des activités du programme. Il s'agit ici de savoir si les fonds ont été mobilisés à temps et en adéquation avec la programmation initialement retenu pour la conduite des activités.

2.8.1 Processus et extrants

2.8.1.1 Ressources attribuées à ce projet au départ

Pour la mise en œuvre du tutorat et selon le document du programme, un budget de 2 348 445 698 FCFA (3 577 133 €) sur 5 ans avait été retenu avec une participation du GIP ESTHER à hauteur de 1 149 843 668 FCFA (1 752 925,37€) et de la DLMEP à concurrence de 1 196 662 003 FCFA (1 824 208€). Cette participation du GIP ESTHER se décomposait selon deux axes suivants : dépenses à réaliser par les acteurs camerounais, soit 822 843 668 FCFA ou 1 254 418,08€ (71,56% du budget) et les missions de compagnonnage des personnels hospitaliers français au Cameroun ou activités à réaliser en France, soit 327 000 000 FCFA ou 498 508,29€ (28,44% du budget).

2.8.1.2 Taux délais de décaissement

Le montant de la première tranche de financement reçue par le GIP ESTHER s'élevait à cinq cent millions de francs CFA (500 000 000 FCFA) équivalent à sept cent soixante deux mille deux cent quarante-cinq euros, neuf centimes (762 245,09€) sur les trois premières années du programme. Elle représente 43,5% du montant total du contrat. De cette subvention reçue, 451 267 502 FCFA ont été décaissés pour la réalisation des activités, soit un taux de décaissement des fonds se chiffrant à 90,3%.

Tableau 21: Montant de la première tranche de financement reçue et décaissé

	FCFA	€
Montant de la première tranche de financement reçue	500 000 000	762 245,09
Montant de la première tranche de financement décaissé	451 267 502	687907

2.8.2. Facteurs catalyseurs/inhibiteurs sur le plan du décaissement des fonds pour les activités par CTA

2.8.2.1. Facteurs catalyseurs sur le plan du décaissement des fonds pour les activités par CTA

La prise en charge financière des Agents de Santé Communautaire

La prise en charge financière des ASC dans le cadre du tutorat est ressortie de l'exploitation des données qualitatives comme un des aspects de l'efficacité du décaissement des fonds pour les activités des CTA.

Il y a eu de décaissement parce que nos relais, même comme ils ne sont pas toujours motivés, ont eu à être motivés. P 1: TUT-ZON1-AD-EA-AI-CBS-01.rtf

Les procédures de facilitation de décaissement

Il est également ressorti l'allégement des procédures de décaissement des fonds au niveau des CTA a contribué au bon déroulement des activités dans certaines régions ; notamment dans les régions du Nord et de l'Adamaoua.

Le décaissement, c'est effectivement le fait que ça soit prédisposé n'est-ce pas, le compte est local, de deux, dès que la fiche technique est prête, validée, nous pouvons ordonner directement le décaissement. Donc l'activité en principe ne souffre pas parce que les moyens sont là. P 3: TUT-ZON1-AD-EA-AI-DR-04.rtf

Je pense que jusqu'à présent c'est à travers le GIP-ESTHER que nous avons de l'argent disponible. Et avec une signature du directeur ou de comptable désigné, ça ne pose pas un problème réel au niveau de décaissement au niveau régional. P31: TUT-ZON1-NO-EA-AO-CTA-59.rtf

2.8.2.2. Facteurs inhibiteurs sur le plan du décaissement des fonds pour les activités par CTA

Il est ressorti que l'opacité dans la gestion des financements ainsi que la préservation des intérêts personnels des gestionnaires dans la mise en œuvre du tutorat n'ont pas toujours œuvré à l'atteinte des résultats du tutorat.

L'opacité dans la gestion des financements des activités du tutorat

De l'exploitation des données qualitatives, il est ressorti que les acteurs intermédiaires interrogés ne maîtrisaient pas les mécanismes de financement des activités du tutorat.

Je ne maîtrise pas les mécanismes de financement de ce projet. P17: TUT-ZON4-OU-EA-AI-GTR-11.rtf

Pour certains responsables des structures de PEC, la question du financement apparaît comme un « serpent de mer ». Elle est perçue comme un aspect de la MEO délicat à aborder. Cette situation n'a pas favorisé le partage d'informations.

Une ligne budgétaire, bon, ah franchement c'est une question très délicate et je ne dois pas m'aventurer là-dessus. Je suis un homme pur et simple de terrain. Je risquerai me mordre la langue. P 7: TUT-ZON1-AD-EA-AO-UPEC-07.rtf

La préservation des intérêts personnels des responsables financiers

La MEO des activités du tutorat à la première année a connu de nombreux retards et dysfonctionnements qui ont une incidence négative sur l'atteinte des résultats du programme. L'une des raisons évoquées était que certains gestionnaires ou responsables financiers avaient préféré préserver ou sauvegarder leurs intérêts personnels au détriment de la bonne exécution des activités prévues dans le tutorat.

At the beginning of the project, I was even afraid of touching the money. The financial manager was not was not fully implicated in the project, so at one point, he could not really see his interest there that at one point he couldn't cope. P11: TUT-ZON4-NW-EA-AO-CTA-22.rtf

2.9 CONCLUSION PARTIELLE

Au terme de cette évaluation, le projet de décentralisation de la PEC par le tutorat a atteint ses objectifs. Cependant, beaucoup d'insuffisances ressortent de l'analyse des indicateurs dans sa réalisation. Les problèmes qui ont été relevés au cours de cette évaluation ont été classés par rubrique :

- **Documents, Normes et Procédures:** ils n'étaient pas tous traduits, leur production était insuffisante et ils étaient mal disséminés.

- **Gouvernance:** Les ECD centrales, régionales et de district avaient été mises à l'écart de la gestion (coordination, supervision, suivi/évaluation, programmation, planification, gestion des ressources humaines) de ce programme.
La MEO avait démarré avec un important retard.
Les données de suivi du programme empruntaient un circuit parallèle au circuit national.
- **Renforcement des capacités RH en PEC globale:** On note une insuffisance quantitative et qualitative du personnel du fait de l'absence de stratégie de rétention au poste ; mobilité excessive du personnel ; renforcement des capacités inadaptés au profil des participants.

CHAPITRE 3 : EFFETS DU PROGRAMME ET MECANISMES DE PERENISATION PROPOSES

La deuxième partie de cette évaluation s'intéresse aux premiers effets de ce projet de tutorat de 1ère génération sur la qualité de la prise en charge globale dans la perspective d'un tutorat de 2^{ème} génération. Rappelons que ce projet avait pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la qualité des services dans les domaines de la prévention et de la PEC globale des PVVIH au Cameroun. Il s'agissait d'accompagner les formations sanitaires de niveau inférieur (UPEC) pour la mise en place de services efficaces et durables de la PEC globale des PVVIH, afin de les préparer à long terme à acquérir leur autonomie et ainsi, prendre le relais en matière d'accompagnement des formations sanitaires de niveau inférieur (CMA/CSI).

Dans ce cadre, les premiers effets recueillis porteront d'une part sur la formation des prestataires de soins, la qualité des prestations offertes, la perception du programme du point de vue des bénéficiaires. D'autre part, l'opinion des bénéficiaires sera examinée concernant la décentralisation de la PEC du VIH au niveau des CMA/CSI.

3.1 EFFETS DU TUTORAT SUR LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

336 bénéficiaires ont été interrogés pour recueillir leurs perceptions de la qualité des prestations reçues. L'analyse des effets sur la qualité de la prise en charge a donc porté sur quatre points : la connaissance de l'existence des services offerts dans un CTA ou une UPEC ; l'accessibilité financière des services offerts ; les facteurs contextuels limitant la satisfaction ; l'amélioration dans la PEC selon les patients du VIH depuis 2008.

3.1.1 Amélioration dans la PEC selon les patients du VIH depuis 2008

Le projet avait pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la qualité des services dans les domaines de la prévention et de la PEC globale des PVVIH au Cameroun.

De l'analyse, quantitative et qualitative des opinions des bénéficiaires, il est ressorti, une amélioration globale de la prise en charge des PVVIH depuis 2008 sur le plan de : l'augmentation du nombre de personnel formé à la PEC du VIH ; de la décentralisation de la prise en charge au niveau des hôpitaux de districts ; la continuité de la gratuité des ARV (cf tableau 25).

The program is particularly good for us given that it has led to the training of doctors who are really taking good care of us. P64: TUT-ZON3-LT-FGD-PVVIH-55.rtf

Moi je suis à Bangoua, ça fait déjà 4 ans que je viens ci. Ce que je trouve de bien ici, il y a déjà l'accueil qui est bien et les conseils qu'on nous donne. Avant de quitter Bafoussam, quand je partais là-bas pour prendre les produits, on te manipulait. Mais ici, c'est bien. Et quand tu as un souci on te répond sans problème. P29: TUT-ZON4-OU-FGD-PVVIH-53.rtf

Avant les médicaments n'étaient même pas gratuits, les gens qui faisaient le bilan payer même trop cher. Il fallait faire un long voyage pour avoir les ARV. Mais maintenant l'Etat a eu pitié de la communauté et prend les médicaments sur place. Il y a vraiment changement. Moi personnellement j'ai vécu cela, je connais bien cela. P35: TUT-ZON1-NO-FGD-PVVIH-62.rtf

Je sais quand même qu'il y a un grand changement, les gens partaient de très loin pour prendre les ARV. C'est vraiment une très bonne chose, la décentralisation. P35: TUT-ZON1-NO-FGD-PVVIH-62.rtf

This is the third year I am taking drugs here. I think they are really working if not of them I would have died since. I was half dead when I was brought here without knowing what I was suffering from. P25: TUT-ZON4-NW-FGD-PVVIH-25.rtf

Toutefois, la fréquente indisponibilité de certains services primordiaux de la PEC (compteur CD4, ARV), observée depuis 2011, a altéré l'opinion de plusieurs PVVIH concernant la qualité de la prise en charge qui leur est offerte.

It would have been a nice thing only if drugs were supplied regularly. P58: TUT-ZON3-SW-FGD-PVVIH-58.rtf

I think the quality of services will not be good. We face a lot of problems that have not been addressed like high cost for clinical follow-up and drug shortages. A further decentralization will lead to other problems. P58: TUT-ZON3-SW-FGD-PVVIH-58.rtf

Tableau 22 : Amélioration dans la PEC selon les patients du VIH depuis 2008

Amélioration dans la PEC selon les patients du VIH depuis 2008	Effectif	%
Gratuité/disponibilité des médicaments et ARV	115	71,0
Meilleure Prise en charge des malades (Réduction du temps d'attente/conseils/sympathie du personnel soignant)	123	75,9
Proximité géographique des services de PEC	29	17,9
Autre	22	13,6

3.1.2 _ Connaissance des services offerts

Le tableau 23 ci-dessous concernant la connaissance des services offerts indique que la majorité (96,3%) des bénéficiaires savait que le CTA/UPEC est la structure de prise en charge des PVVIH. Le principal canal d'information sur les services offerts était à 86,3% le personnel médical. Il ressort qu'en dehors du service de la dispensation des ARV (93,8%), les bénéficiaires avaient une connaissance moyenne, des services offerts dans les CTA/UPEC. Il faut relever que la plupart d'entre eux assimilaient les CTA/UPEC à la dispensation des ARV (93,8%) bien qu'ils sachent que d'autres services leur sont offerts à savoir : le conseil et dépistage volontaire (61,4 %), le suivi clinique (61,8%) le suivi biologique (56,3%).

Tableau 23 : Connaissance des services offerts par les participants

Connaissance des services offerts	Effectif des bénéficiaires (336)	%
Proportion de patients informés que les CTA/UPEC sont des structures de PEC des PVVIH	78	96,3
Canal principal par lequel les patients ont déclaré avoir entendu parler des CTA/UPEC		
Ecole	18	5,5
Travail	1	0,3

Les groupes sociaux	7	2,1
Les associations	5	1,5
Marchés	-	-
Les églises et mosquées	1	0,3
Les radios	12	3,6
Les affiches	2	0,6
Personnel médical	289	86,3
Connaissance sur l'offre de services		
Proportion de patients informés que dans le cadre de la PEC du VIH/SIDA le service de conseil et dépistage volontaire est effectué dans les CTA/UPEC	167	61,4
Proportion de patients informés que dans le cadre de la PEC du VIH/SIDA le service du suivi clinique est effectué dans les CTA/UPEC	168	61,8
Proportion de patients informés que dans le cadre de la PEC du VIH/SIDA le service du suivi biologique est effectué dans les CTA/UPEC	153	56,3
Proportion de patients informés que dans le cadre de la PEC du VIH/SIDA le service de la dispensation des ARV est effectué dans les CTA/UPEC	256	93,8

L'analyse des données qualitatives confirme l'assimilation de la PEC du VIH à la dispensation des ARV.

I come here principally to collect drugs and I've never been disappointed. If it is thanks to the decentralization then it is a program that should be encouraged. P64: TUT-ZON3-LT-FGD-PVVIH-55.rtf

J'étais là à l'Hôpital Régional, on n'arrivait pas à me dépister, c'est ici qu'on me fait le dépistage. C'est pour cette raison que j'ai décidé de continuer à prendre mes médicaments ici. P29: TUT-ZON4-OU-FGD-PVVIH-53.rtf

3.1.3 [Toc372127191](#) Accessibilité financière des services offerts

Une des composantes d'appréciation de la qualité de service repose sur l'accessibilité financière des services offerts. Elle a été appréciée par les bénéficiaires du programme et il ressort du tableau 24 que les services offerts n'étaient pas gratuits. Cette situation concernait aussi bien le Conseil Dépistage que la dispensation des ARV qui selon la législation doit l'être. Ainsi, 29,8% payait pour le CDV et 9% pour la dispensation des ARV. Malgré ce fait 41,2% des patients déclaraient que les services sont accessibles financièrement.

Tableau 24 : Services de PEC globale PVVIH pour lesquels les participants avaient contribué financièrement

Services	Contribution financière		Total effectif (%)
	Oui (%)	Non (%)	
Dépistage et conseil	29,8	70,2	336
Suivi clinique	39,0	61,0	336
Suivi biologique	89,0	11,0	336
Dispensation ARV	9,0	91,0	336

La plupart des PVVIH (89%) déclarait déboursier de l'argent pour la réalisation du suivi biologique et 39% pour le suivi clinique. Cependant, certains ne trouvaient pas en cela un frein à la qualité de la prise en charge puisque pour eux, ces prix étaient abordables.

Ca nous aide tellement, mon avis : cette décentralisation nous a beaucoup aidé. Parce que le fait de se déplacer chaque mois, le cout de transport et les autres couts associés à tout cela. Dont maintenant on est sur place, on ne dépense pas tellement, le cout même du laboratoire et les examens, c'est abordable. P21: TUT-ZON1-AD-FGD-PVVIH-05.rtf

Ici on fait tout et tout pour nous satisfaire ; même si je paie cher, je suis satisfaite. P29: TUT-ZON4-OU-FGD-PVVIH-53.rtf

Je sors de loin et les apprécies, je suis satisfaite. Ce qu'il me fait aller dans un centre de traitement c'est d'abord la qualité. La santé n'a pas de prix même s'il faut dépenser. Les conseils qu'on nous donne ici sont très importants. P29: TUT-ZON4-OU-FGD-PVVIH-53.rtf

The decentralization doesn't address our principal preoccupation which is the high cost of CD4 and other laboratory follow-up. P58: TUT-ZON3-SW-FGD-PVVIH-58.rtf

3.1.4 [Toc372127191](#) Facteurs contextuels limitant l'accessibilité

La moitié (48,5%) des PVVIH ont déclaré être confrontés à des obstacles pour accéder aux services offerts dans les CTA/UPEC, notamment : les facteurs économiques (57,7%), la distance (39,5%), la crainte de la révélation du statut sérologique (4,3%), le manque de soutien de la famille et de la communauté (3,7%) et le manque de maîtrise de l'importance des services (1,9%).

Tableau 25 : Facteurs contextuels limitant l'accessibilité

Typologie de l'obstacle	Existence d'un obstacle à l'accès aux services		Total effectif
	Oui (%)	Non (%)	
Facteurs économiques	57,7	42,3	336
Distance	39,5	60,5	336
Crainte de révélation du statut sérologique	4,3	95,7	336
Manque de soutien de la famille et de la communauté	3,7	96,3	336
Ignorance des services offerts	-	100	336
Manque de maîtrise de l'importance des services	1,9	91,9	336
Autres	9,3	90,7	336

Le tableau 25 ressort qu'un peu plus de la moitié des patients VIH + avaient des difficultés à payer leurs soins. Il est aussi important de relever que la distance avait toujours été un obstacle à l'accessibilité aux services mais avec la décentralisation de la PEC aux niveaux inférieurs, il n'y avait que 39,5% des PVVIH qui s'en plaignent.

C'est une bonne chose de prendre les médicaments ici sur place. S'il fallait même aller à Garoua, ce n'est pas facile pour nous. Il faut le transport tout le

temps. Où est-ce qu'on aura cet argent. P37: TUT-ZON1-NO-FGD-PVVIH-66.rtf

La décentralisation de la prise en charge est une bonne chose. Partir à Garoua et revenir encore ici n'est pas chose facile. Je pense que l'Etat bien fait de mettre à notre disposition les produits dans les upecs. P37: TUT-ZON1-NO-FGD-PVVIH-66.rtf

Parmi les autres facteurs limitant l'accessibilité, on notait : l'accueil des patients dès la porte d'entrée d'une structure de PEC (9,3%), de même que le temps d'attente, la rupture des ARV et les pannes régulières des appareils à CD4.

Je pense que nous sommes bien traités par le personnel de cet hôpital, mais il y a seulement que nous attendons très longtemps pour avoir nos remèdes. P45: TUT-ZON2-ES-FGD-PVVIH-44.rtf.

The personnel offer us the services that we need, if not of drug shortages the program would have been completely good for us. P58: TUT-ZON3-SW-FGD-PVVIH-58.rtf

3.1.5 [Toc372127191](#) Facteurs contextuels limitant la satisfaction des patients

Le tableau 26 indique que les moments d'attente dans les CTA/UPEC, le niveau de professionnalisme du personnel au niveau de la réception, concernant l'écoute et l'attention, les réponses à leurs préoccupations lors des consultations étaient des facteurs limitant la satisfaction des patients et traduisant une mauvaise qualité de la prise en charge. Une des explications de résultat peut se trouver être la surcharge de travail du personnel et/ou la démotivation du personnel des CTA/UPEC. Néanmoins plusieurs structures de PEC délivraient des services satisfaisants aux malades.

Je pense que nous sommes bien traités par le personnel de cet hôpital, mais il y a seulement que nous attendons très longtemps pour avoir nos remèdes. P45: TUT-ZON2-ES-FGD-PVVIH-44.rtf

Pour l'accueil, il n'ya pas de problème, nous sommes bien reçues. On te sert à temps. P27: TUT-ZON4-OU-FGD-PVVIH-18.rtf

Tableau 26 : Facteurs limitant la satisfaction des patients (N=336)

Facteurs limitant la satisfaction des patients	Effectif	%
Appréciation du niveau de professionnalisme du personnel à la réception des CTA/UPEC		
Très professionnel	184	54,8
Moyennement professionnel	111	33,0
Peu professionnel	22	6,5
Pas du tout professionnel	12	3,5
Appréciation du temps d'attente dans les CTA/UPEC		
Très long	106	31,5

Moyennement long	93	27,6
Légèrement long	42	12,5
Pas du tout long	92	27,3
Appréciation du niveau d'écoute et d'attention du personnel à la réception		
Très professionnel	229	68,2
Moyennement professionnel	65	19,3
Peu professionnel	28	8,3
Pas du tout professionnel	13	3,8
Appréciation du niveau d'écoute et d'attention du personnel à la consultation		
Très professionnel	273	81,2
Moyennement professionnel	43	12,8
Peu professionnel	13	3,8
Pas du tout professionnel	6	1,7
Appréciation du professionnalisme du personnel pour apporter des réponses à leurs préoccupations lors des consultations		
Très professionnel	272	80,9
Moyennement professionnel	42	12,5
Peu professionnel	14	4,1
Pas du tout professionnel	8	2,3

3.2 SUGGESTIONS DES MECANISMES DE PERENNISATION DU PROGRAMME DE DECENTRALISATION DE LA PEC DES PVVIH

Les données concernant les mécanismes de pérennisation reflètent ici, le point de vue de deux principaux acteurs à savoir: les prestataires de soins et les bénéficiaires.

3.2.1 Stratégies « porteuses » du programme de décentralisation en cours

Il est ressorti des interviews avec les prestataires que les résultats obtenus dans le cadre du tutorat de 1^{ère} génération sont la résultante d'une combinaison de stratégies telles la capacitation des prestataires, les supervisions formatives, les réunions d'information, la production et la diffusion des documents, l'utilisation des comités thérapeutiques.

Parlant des documents, les acteurs régionaux évoquaient la nécessité de les produire et de les mettre à disposition :

« Il y a eu des stratégies porteuses, comme vous irez à l'UPEC, certainement il y a des documents de prise en charge et que celle qui est chargée utilise pour servir les personnes vivant avec le VIH sida ». **P 1: TUT-ZON1-AD-EA-AI-CBS-01.rtf**

Les formations et les supervisions formatives étaient également présentées par ces acteurs comme des stratégies pouvant être capitalisées.

« Donc les deux stratégies pour moi, ce sont les stratégies qui ont marché. Donc la formation et l'accompagnement sur le terrain » **P 3: TUT-ZON1-AD-EA-AI-DR-04.rtf**

Concernant l'utilisation des comités thérapeutiques pour la formation du personnel on notait que :

“The therapeutic committee is an important strategy in personnel formation” **P59: TUT-ZON3-LT-EA-AI-CSSD-49.rtf**

En mettant en exergue les réunions d'information et la sensibilisation du personnel de santé certains acteurs justifiaient le choix de ces stratégies par le fait que quand bien même les documents sont élaborés et disponibles, les prestataires ne les lisent pas toujours.

«Vous savez au Cameroun pour pouvoir cacher quelque chose, il faut mettre sur écrit. Oui, mais par contre moi je ne suis pas pour cette stratégie, moi je suis pour des réunions d'information et de sensibilisation du personnel de santé, que de distribuer des documents ». **P 3: TUT-ZON1-AD-EA-AI-DR-04.rtf –**

3.2.2 [Toc372127191](#) Suggestions de stratégies alternatives de financement

Le financement est un facteur crucial dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de santé.

Au Cameroun, les dépenses publiques restent encore trop faibles pour garantir un accès équitable aux services et aux interventions essentielles de santé. La recherche des stratégies alternatives de financement se justifie par les difficultés mises en exergue dans le financement du système de santé camerounais.

Dans ce cadre plusieurs alternatives de financement ont été identifiées par les prestataires du niveau intermédiaire et du niveau opérationnel. Il s'agit de :

L'augmentation du budget de l'Etat.

«Il faudrait que, la première des choses c'est d'abord augmenter le budget au ministère de la santé, par rapport à l'objectif de l'OMS qui voudrait que 10% du budget de l'Etat soit alloué à la santé ». **P 3: TUT-ZON1-AD-EA-AI-DR-04.rtf**

La recherche du financement par le biais des collectivités locales

« Au niveau communal également j'entends parler de temps en temps que les communes vont gérer la plupart des formations sanitaires en terme de structure de dialogue. Donc moi je pense que il y a des lignes que les communes peuvent aussi remplacer avec les aides des partenaires si jamais un jour ils partent ». **P 1: TUT-ZON1-AD-EA-AI-CBS-01.rtf**

L'utilisation du système d'assurance maladie.

“We can even say before you enroll in a school; nursery to university level, you the parent show me your insurance card and it will work. We can start contributing to our health and the rich pay more”. **P 8: TUT-ZON4-NW-EA-AI-CSSD-24.rtf**

L'instauration par l'Etat des taxes ou d'une redevance VIH chez les fonctionnaires.

« Je pense qu'il faut légiférer plus haut, au niveau de l'Assemblée, comme j'ai dit, il faut qu'il y ait une redevance VIH, que ce soit, moi, je suis près à contribuer de mon salaire sur la redevance VIH, comme je contribue pour la redevance CRTV. Je suis d'accord qu'il y ait une taxe dans les transactions financières pour financer la PEC des patients VIH, il faut trouver les camerounais chaque mois, ça ne va pas se sentir, mais ça va permettre de financer un programme comme ça et nous rendre plus euh ; euh plus autonome » P73: TUT-ZON2-CE-EA-AO-CTA-72.rtf

L'auto financement à travers les recettes produites dans les formations sanitaires peut également être une stratégie de financement.

« S'il n'est plus là, on va entrer dans nos activités habituelles. C'est-à-dire on va prendre ça comme les activités de la supervision qu'il faut programmer. Ce que le district et l'hôpital doivent mettre ça dans leurs programmes par le paquet minimum, paquets complémentaire. C'est-à-dire ça fait parti, normalement chacun en allant doit sortir de sa poche, de son budget ». P30: TUT-ZON1-NO-EA-AI-CSSD-64.rtf

“alternative financing will be to tell the hospital to involve the in financing some activities of the treatment centers because right now there are activities that are taken care of by the hospital and not financed by GIP-ESTHER” P11: TUT-ZON4-NW-EA-AO-CTA-22.rtf

La recherche d'autres partenaires techniques et financiers.

« We have partners in Europe and America who can supply us with these drugs but this is against the government policy. Even if we are in shortage we must wait for the government to supply it when they will be available if there could be a way that as an institution we have a backup line that when there is a shortage of ARV drugs we take from our partners” P12: TUT-ZON4-NW-EA-AO-UPEC-23.

L'intégration des activités du programme de décentralisation de la PEC du VIH dans les autres programmes du MINSANTE.

« De plus en plus, soit les financements sont insuffisants, soit il en manque. Ce qui fait que depuis un certain temps, nous on intègre plutôt les activités pour avoir les paquets minimum de nos activités. C'est-à-dire quand il y a un programme qui nous vient en appui, on profite de ce programme pour mener les activités des autres programmes. C'est dans ce sens qu'on agit ». P 1: TUT-ZON1-AD-EA-AI-CBS-01.rtf

3.2.3 Extension de la décentralisation et développement d'un tutorat de 2^{ème} génération

3.2.3.1 Avis des prestataires de soins

Compte tenu de tous ces éléments, il faut signaler le tutorat de 2^{ème} génération semble être le bienvenu par les acteurs périphériques;

«Il reste seulement un seul problème actuellement, c'est celui de l'éloignement des UPEC de certains villages. Les CSI ne pouvant pas prendre les gens en charge. Dès qu'une personne est connue séropositive là-bas dans l'arrière-pays, il faut venir ici ou

alors dans les UPEC qui sont rapprochés de leur lieu de résidence. Et quand ils viennent ici, certains d'entre eux dépensent énormément d'argent, qu'ils n'en ont même pas d'ailleurs. Si vraiment l'effort peut être fait pour rapprocher davantage les unités de prise en charge vers ces gens-là, ce sera une très bonne chose, je vous assure mes frères ». **P40: TUT-ZON2-ES-EA-AI-GTR-38.**

3.2.3.2 Avis des bénéficiaires

Dans un souci de pérennisation de ce programme, l'Etat Camerounais est préoccupé par la mise en place d'un tutorat de deuxième génération intéressant le niveau CMA/CSI afin de rapprocher davantage la prise en charge du VIH des bénéficiaires.

Le tableau 27 résume l'opinion des patients sur les effets d'un rapprochement des services de prise en charge du VIH et indique ceux en faveur du rapprochement. Il s'agit des économies réalisées en termes de transport vers les CTA/UPEC (86,3%) et de la réduction du temps d'attente au CTA/UPEC (10,4%). Par contre, des craintes ont été émises (28,6%) concernant la divulgation de statut sérologique (stigmatisation).

Tableau 27 : Opinions des patients pour éventuel rapprochement des services de prise en charge du VIH

Opinions des patients pour éventuel rapprochement des services de prise en charge du VIH	Opinions		Effectif
	Oui (%)	Non (%)	
Le rapprochement des services de prise en charge du VIH permet l'économie des moyens de transport	86,3	13,7	336
Le rapprochement des services de prise en charge du VIH permet la réduction du temps d'attente	10,4	89,6	336
Le rapprochement des services de prise en charge du VIH favorise la divulgation de statut sérologique	71,4	28,6	336

L'analyse qualitative nous permet également de constater que pour la majorité des bénéficiaires également, le tutorat de 2^{ème} génération est une opportunité de faire non seulement des économies, mais aussi un moyen de se faire prendre en charge rapidement sans avoir à subir la longue file d'attente ou la fatigue due à la distance.

Oui, ce que je voudrais dire c'est quoi, en 2006, on a constaté que les malades viennent même vers Garoua pour faire les examens et ces examens coutaient chers. Et la plupart de ces malades étaient des gens démunis. Bon les moyens manquent, ce qui fait que ce n'est pas tout le monde qui peut se faire soigner. Mais déjà l'Etat a pensé qu'au niveau des hôpitaux de district, les gens peuvent s'approvisionner en médicaments était déjà une très bonne solution. Euh, vraiment, moi je constate qu'on rattrapé beaucoup de personnes avec cette faisabilité. **P21: TUT-ZON1-AD-FGD-PVVIH-05.rtf**

« Dès qu'il y a les ARV, il faut voir les rangs, les gens qui s'alignent. S'il y a vraiment cette décentralisation, cette prise en charge dans les autres centres, ça va faire une très bonne chose ». **P21: TUT-ZON1-AD-FGD-PVVIH-05.rtf**

« Ça sera la fête parce qu'on ne va plus dépenser pour le transport. Cette fois-là les patients seront épargnés de la fatigue du parcours et beaucoup des choses y afférents » **P21: TUT-ZON1-AD-FGD-PVVIH-05.rtf**

Toutefois, la principale crainte qui est ressortie des données qualitatives reste la stigmatisation. En effet, comme on peut le constater à la lecture des verbatim ci-dessous le VIH reste perçue par la communauté comme une maladie de la honte. De ce fait en rapprochant davantage les services de PEC, il ya un risque que leur statut sérologique soit dévoilé au niveau de leur communauté et par conséquent qu'ils soient pointés du doigt, frustrés et rejetés par l'entourage.

« Uhum, parce qu'elle a dit que à Guider les gens peuvent aussi prendre. Moi par exemple je sors de Guider, j'ai préfère prendre ici, ça me plait de prendre là où on ne me connait pas. Parce que le fait que tu es là à côté les gens qui vont te frustrer, moi ça me dérange. J'ai préféré venir prendre ici moi.... c'est parce moi je suis trop connue à Guider, raison pour laquelle je viens ici à Garoua». **P36: TUT-ZON1-NO-FGD-PVVIH-65.**

Where I am coming from we are stigmatized and I can't feel free. I will prefer to continue taking my drugs here because of the stigma where I am from. **P25: TUT-ZON4-NW-FGD-PVVIH-25.rtf**

« Moi ! Honnêtement, cela est un peu difficile. Parce que les gens des villages là aiment les moqueries et je vous assure que cette maladie là peut même faire qu'au niveau du village, les gens ne te fréquentent plus ». **P44: TUT-ZON2-ES-FGD-PVVIH-40.rtf**

« Je préfère venir prendre mes produits ici à l'hôpital central. Même si demain on me dit qu'il y a à Yaoundé, je préfère venir ici, parce que dans le quartier les gens vont me doigter. Donc ce sont les choses comme ça. Mais c'est une bonne idée » **P36: TUT-ZON1-NO-FGD-PVVIH-65.rtf**

Moi, honnêtement, cela est un peu difficile. Parce que les gens des villages là aiment les moqueries et je vous assure que cette maladie là peut même faire qu'au niveau du village, les gens ne te fréquentent plus. **P44: TUT-ZON2-ES-FGD-PVVIH-40.rtf**

CONCLUSION PARTIELLE

- Les bénéficiaires avaient une bonne connaissance de l'existence des services de PEC. L'information leur était transmise principalement par les prestataires de santé.
- Les bénéficiaires contribuaient financièrement à leur PEC (pourtant gratuite par décision ministérielle) particulièrement en ce qui concernait le suivi biologique et la PEC clinique.
- Les facteurs économiques et la distance du lieu de PEC par rapport à leur domicile étaient les facteurs contextuels qui limitaient l'accès des PVVIH aux soins.

- Les facteurs qui altéraient le plus la satisfaction des bénéficiaires concernaient les longs délais d'attente et le manque de professionnalisme aux postes de d'accueil des CTA et UPEC.
- Les mécanismes de pérennisation du programme de proposés s'appuyaient sur : le développement de stratégies « porteuses » du programme antérieur, le renforcement des capacités du personnel via la tenue des sessions des formations, les supervisions formatives, les réunions des comités thérapeutiques, la mobilisation des financements additionnels (augmentation du budget de l'État en faveur de la santé, taxes, assurance maladie,...)

CONCLUSION

L'évaluation du programme de décentralisation de la prise en charge du VIH par le tutorat de 1^{ère} génération suggère la prise en compte de plusieurs enjeux nationaux. Elle apporte d'abord des éléments de négociation pour l'allocation d'un deuxième contrat de désendettement pour la santé volet VIH/SIDA au Cameroun. Ensuite, elle contribue à l'évaluation globale du PSN de lutte contre le VIH/SIDA et plus spécifiquement à la rédaction de la note conceptuelle du Cameroun au Fonds Mondial dans le cadre de son nouveau mécanisme de financement. Enfin, elle met en relief les problèmes spécifiques au tutorat depuis le début de sa mise en œuvre en 2008. Au terme de cette évaluation, le programme de tutorat de 1^{ère} génération a été jugé sur sa pertinence, son efficacité, son efficience et les effets sur la qualité de la PEC du point de vue des PVVIH.

Le Projet tutorat est, à l'analyse, pertinent dans sa conception. Il a été bien conçu dans sa globalité et il y a une cohérence d'ensemble entre les besoins identifiés au départ et la réponse globalement apportée. En effet, la chaîne des objectifs, des résultats et des activités identifiées permettent sur le plan conceptuel et théorique de répondre aux attentes de départ qui ont prévalu à l'élaboration de ce document programme. Cependant, il y a lieu de signaler que la planification des activités et la programmation financière adoptées dans le cadre de ce projet restaient trop ambitieuses et peu réalistes dans la mesure où la majorité des activités (28/38) avaient été planifiées en Année 1 sans tenir compte de toutes les pesanteurs administratives, opérationnelles et structurelles. Il en est de même des activités de supervision qui avaient été sous-estimées au regard de la dimension nationale du projet et de la densité des activités à mettre en œuvre. Enfin, certains aspects importants liés à la clarification des modalités de fermeture, d'extension ou d'interaction entre le Projet tutorat et les autres projets menés dans le cadre du VIH au niveau du MINSANTE n'ont pas été explicitement édictés, ce qui ne permet pas d'apprécier à sa juste valeur les possibilités d'appropriation et de pérennisation des interventions par les acteurs et bénéficiaires nationaux.

Le projet de tutorat de 1^{ère} génération a été mis en œuvre de manière verticale. Cette orientation méthodologique adoptée dans la mise en œuvre des activités a eu plus de conséquences négatives que positives. En effet, s'il est ressorti que le Tutorat a permis d'avoir en un temps réduit une importante file active, il a permis la formation des équipes cliniques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et a contribué de manière globale à améliorer la prise en charge clinique et psychologique des bénéficiaires, il faut tout aussi relever que ce projet au niveau opérationnel n'a pas bénéficié d'une grande collaboration, implication et participation des équipes cadres régionales et des Districts de Santé. Les activités menées au niveau opérationnel ont été fortement influencées par cette approche méthodologique. Elles sont pour la plupart restées médicalisées avec une priorité donnée aux aspects cliniques. Les activités liées au Renforcement du Système de Santé ont été négligées. Cette verticalisation dans la mise en œuvre des activités a permis ainsi d'avoir des répercussions négatives sur le déploiement au quotidien des ressources humaines, la gestion des intrants et la mise en œuvre du PMA et du PCA du VIH/SIDA dans les formations sanitaires des différentes régions couvertes par le Projet. Les effets négatifs de cette verticalisation du Projet Tutorat sont également perceptibles sur la supervision, la coordination et le suivi évaluation des activités menées. En effet, Les équipes médicales en poste dans les CTA et UPEC du fait de cette verticalisation des interventions se sont très vite retrouvées débordées par la charge du travail : Elles devaient procurer des soins aux PVVIH de leurs formations sanitaires respectives, mener des supervisions facilitantes, encadrer le personnel des UPEC à tutorer et s'assurer également de la gestion rationnelle des intrants. Toutes ces interventions

constituaient donc une charge de travail supplémentaire que ces prestataires ne pouvaient assumer avec tous les critères de qualité exigés surtout que des mesures d'accompagnement en termes de mécanismes de motivation n'avaient pas au préalable été pensés dans une perspective de juste rétribution.

Ce qui justifie donc cette coordination approximative des interventions, ce suivi évaluation effectué à minima et en dehors du dispositif national et surtout, une supervision mal planifiée, partiellement assurée et pas suffisamment documentée. La faible appropriation des interventions par les acteurs relevée dans le cadre de ce projet, la faible intégration des activités de prise en charge de toutes les catégories des PVVIH dans le PMA et PCA des différentes formations sanitaires, la difficulté d'envisager la délégation des tâches et la pérennisation des acquis dans le cadre du Tutorat de 2^{ème} Génération sont à mettre à l'actif de cette verticalisation de la mise en œuvre des activités contenues dans le document programme de décentralisation de la prise en charge du VIH.

Au regard des problèmes évoqués plus haut, il est donc important d'envisager le lancement du Tutorat de 2^{ème} génération en identifiant des solutions et des stratégies susceptibles de corriger les manquements constatés.

RECOMMANDATIONS

Les principales recommandations retenues à la fin de cette étude portent principalement autour de cinq axes. Il s'agit notamment de (i) la révision des modalités d'extension de la décentralisation de la PEC ; (2i) le renforcement des capacités des personnels de santé impliqués dans le tutorat ; (3i) la revue des mécanismes d'implication et de motivation du BCN, des équipes cadre régionale et de district ; (4i) la restructuration du jumelage en lui donnant de nouvelles orientations stratégiques ; (5i) enfin, le renforcement le dispositif de coordination, de supervision et de suivi-évaluation.

Axe 1 : La révision des modalités d'extension de la décentralisation de la PEC ;

Une meilleure redéfinition du cadre de la PEC doit être faite en considérant chaque niveau de la pyramide sanitaire et en s'appuyant sur les CTA, UPEC et sites PTME. Cette redéfinition devra prendre en compte le niveau d'extension de la décentralisation, la planification des formations continues dans les différentes structures, le temps minimal d'affectation, les tâches attribuées, les modalités de contrôle des prescriptions, la logistique, les nouveaux critères du tutorat.

Activités à mener :

- Organisation d'un atelier pour l'élaboration de ces Procédures Opérationnelles Stratégiques (définition des concepts, rôles, procédures, normes, répartition des tâches, délégation des tâches, etc.) ;
- La traduction des kits du tutorat ;
- La multiplication des kits du tutorat ;
- La dissémination des kits du tutorat au niveau des CTA et UPEC.

Axe 2 : Le renforcement des capacités des personnels de santé impliqués dans le tutorat ;

- Dans un 1^{er} temps, de former davantage de personnels de santé soit 80% des personnels d'un CTA/UPEC pour pallier à la mobilité de celui-ci ;
- De demander aux structures de PEC du VIH, via le directeur de l'hôpital, de planifier les formations des personnels des CTA pour que tout le personnel de la structure ait la chance de bénéficier d'au moins une formation relative à la PEC du VIH (éviter les doublons) ;
- Mettre un accent sur les supervisions formatives ;
- D'améliorer la formation de base du personnel de santé. Par exemple en capacitant les étudiants sur la MEO des différents programmes de santé (modules en fin de formation). Cependant, il est à noter que ceci nécessite des négociations avec le MINSANTE ;
- D'insister auprès du MINSANTE pour avoir un texte administratif permettant de maintenir en place les effectifs formés (proposition d'ESTHER) ;
- Cibler les RH les moins mobiles lors des formations en PEC pour que l'organisation de la PEC soit moins fragilisée (proposition d'ESTHER).

Activités à mener :

- Organisation d'une réunion d'imprégnation au niveau central tenue par le MSP avec tous les délégués régionaux ;
- Elaboration d'une lettre circulaire ;
- Organisation d'imprégnation au niveau régional avec les ECD ;

Axe 3 : La revue des mécanismes d'implication et de motivation du BCN, des équipes cadres régionale et de district ;

- Intégrer une présentation sur le contenu des activités du tutorat lors des réunions de coordination régionale mensuelle ;
- Intégrer l'équipe cadre du district ou a défaut le CSSD lors des supervisions du tutorat
- Redéfinir, de façon formelle, les rôles exactes des équipes cadre du district et régionales (DRSP, GTR) dans le tutorat
- Redéfinir, de façon formelle, les mécanismes de collaboration entre CTA et DRSP, UPEC et SSD afin de résoudre l'insuffisance de suivi et de coordination régionale

Activités à mener :

- Organiser des ateliers de formation des formateurs en prise PEC globale du VIH ;
- Organiser des ateliers de formation des formateurs en prise PEC pédiatrique du VIH (3/région) ;
- Organiser des formations en cascade sur site.

Axe 4 : La restructuration du jumelage en lui donnant de nouvelles orientations stratégiques ;

- La DLMEP devra faire une planification globale des activités de lutte contre le VIH en y intégrant la planification des activités des CTA/UPEC afin de suivre et renseigner toutes les activités de prévention et PEC du VIH y compris le tutorat et ESOPE ;
- Refaire un plan de décentralisation de la PEC jusqu'en 2015 (fin du projet) ;
- La DLMEP et le CNLS devraient intégrer les indicateurs de suivi, spécifiques au projet tutorat, dans le pool d'indicateurs à renseigner annuellement par les formations sanitaires du projet tutorat ;
- Le niveau central (DLMEP) devrait élaborer un plan de suivi-évaluation à leur niveau et au niveau régional après la réunion de planification ESTHER.

Axe 5 : Le renforcement le dispositif de coordination, de supervision et de suivi-évaluation.

- D'adapter le renforcement des capacités du personnel au besoin des structures de PEC (formations proposées) ;
- D'établir les TDR des missions de compagnonnage ensemble avec leurs jumeaux (CTA), de même que la planification des activités ceci en fonction des problèmes rencontrés par le tuteur au Cameroun avec ses UPEC ;
- Redéfinir les missions du jumelage dans le cadre du tutorat de 2eme génération en tenant compte d'une possibilité de jumeaux « locaux » a partir d'une expertise nationale dont il faudra canaliser les compétences ;
- D'encourager, autant que faire se peut les CTA ayant le même environnement socioculturel à se regrouper lors de l'arrivée d'un de leur jumeau du Nord pour profiter au maximum de l'expertise ;
- Constituer un pool de jumeaux du Nord et locaux composé d'experts qui seront formés a la supervision.

Activités à mener :

- Organiser deux réunions du Comité National de Suivi du programme (y inclure le CNLS) ;

- Organiser des réunions de concertation sur la planification des activités (trimestrielle) avec les Directions techniques et le CNLS ;
- Organiser des réunions (04) de concertation par région sur le tutorat ;
- Organiser un atelier de formation des superviseurs centraux en supervision intégrée ;
- Effectuer deux supervisions intégrées du niveau central ;
- Organiser un atelier de formation en supervision intégrée des coordonnateurs CTA, Point focal PTME régional, CAPR, GTR et le DRSP ;
- Organiser l'évaluation externe (DROS) ;
- Elaborer sur la base de l'évaluation externe le plan de décentralisation de l'extension (DROS, DLMEP, CNLS, ESTHER) ;
- Mener une étude sur la qualité technique des services offerts par les CTA tuteurs et UPEC dans le cadre de la décentralisation.

Il faut noter que les principaux acteurs qui seront impliqués dans le cadre de la mise en œuvre de ces différentes activités qui ont été retenus pour chaque axe sont: la DLMEP (le lead), le Comité National de Suivi, le CNLS, la DROS, les DRSP, le GIP ESTHER.

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES