STOCKHOLM EVALUATION UNIT

MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

EVALUATION DE LA

COMPOSANTE PTME DU PROJET VIH DE MSF

A CONAKRY, GUINEE

AOUT 2022

Cette publication a été produite à la demande de MSF OCB sous la direction de l'Unité d'Evaluation de Stockholm.

Elle a été préparée indépendamment par Théophile Bigirimana, Lenka Tucek, Oumou Hawa Diallo et Amardeep Thind.

AVERTISSEMENT

Les avis des auteurs exprimés dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de Médecins Sans Frontières et de l'Unité d'Evaluation de Stockholm.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 1
ACRONYMES 3
RESUME EXECUTIF 4
1. INTRODUCTION 10
1.1. Contexte géographique et sanitaire de la Guinée et situation de l'infection à VIH 10
1.2. Description du projet VIH de MSF en Guinée 11
1.3. Contexte, objectifs, et portée de l'évaluation 14
1.3.1. Contexte de l'évaluation 14
1.3.2. Objectif de l'évaluation 14
1.3.3. Portée de l'évaluation 14
1.4. Modèle conceptuel de l'évaluation 17
1.4.1. Définition du modèle conceptuel de l'évaluation 17
1.4.2. Explication des critères d'évaluation et questions correspondantes 17
2. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION 20
2.1. Méthodologie 20
2.2. Source d'information 20
2.3. Outils de collecte des données 21
2.4. Analyse des données 21
2.4.1. Codage thématique 21
2.4.2. Triangulation & analyse comparative 21
2.5. Considérations éthiques 22
2.5.1. Représentation équitable et respect de la dignité et de la diversité 22
2.5.2. Transparence 22
2.5.3. Confidentialité et prévention des dommages 22
2.6. Difficultés et limites de l'évaluation 23
3. RESULTATS DE L'EVALUATION 25
3.1. Pertinence 25
3.1.1. Synthèse des principaux résultats sur la pertinence 25
3.1.2. Analyse et conclusion sur la pertinence de la composante PTME projet 27
3.2. Cohérence 28
3.2.1. Synthèse des principaux résultats sur la cohérence 28
3.2.2. Analyse et conclusion sur la cohérence du projet 31
3.3. Efficacité 31
3.3.1. Synthèse des principaux résultats 31
3.3.2. Analyse et conclusion sur l'efficacité 44
3.4. Efficience 45
3.4.1. Synthèse des principaux résultats 45
3.4.2. Analyse et conclusion sur l'efficience 46

3.5. Impact 46
3.5.1. Synthèse des principaux résultats 46
3.5.2. Analyse et conclusion sur l'impact 47
3.6. Durabilité 47
3.6.1. Décentralisation du traitement ARV et des services de PTME 48
3.6.2. Stratégie de sortie 49
3.6.3. Durabilité après désengagement de MSF de la PTME 49
3.6.4. Analyse et conclusion sur la décentralisation, la stratégie de sortie et la durabilité 50
3.7. Analyse des thèmes transversaux : Genre & Environnement 51
4. CONCLUSION 52
5. RECOMMANDATIONS 54
ANNEXES 57
Annexe 1. Matrice d'évaluation 57
Annexe 2. Guide d'entretien 61
Annexe 3. Termes de référence de l'évaluation 66

ACRONYMES

ARV	Antirétroviral / antirétroviraux
CAD	Comité d'aide au développement
CMC	Centre Médical Communal
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CS	Centre de Santé
GC	Groupe consultatif de l'évaluation
MSF	Médecins Sans Frontières
OCB	Centre Opérationnel de Bruxelles
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEC	Prise en charge
PNLSH	Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites
PODI	Point de Distribution communautaire d'ARV
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
SEU	Stockholm Evaluation Unit
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquise
TB	Tuberculose
TME	Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

RESUME EXECUTIF

En 2003, la situation décrite de l'infection à Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) montrait des effets dévastateurs du virus sur la santé des populations du monde entier mais ces effets n'étaient pas uniformément ressentis et étaient souvent concentrés dans les endroits où les traitements étaient le moins susceptibles d'être disponibles. Dans l'ensemble, le dépistage et la couverture par les médicaments antirétroviraux (ARV) étaient extrêmement faible[1]. La même année 2003, l´ONUSIDA a déclaré une "épidémie généralisée" de VIH en Guinée. Selon l'enquête Démographique et de Santé de la Guinée de 2005, 1,5 % des adultes de 15-49 ans étaient infectés par le VIH, les régions les plus touchées par l'infection du VIH étant Conakry (2,1%), Labé (1,8%), N'Zérékoré (1,7%) et Faranah (1,6%)[2]. En Guinée, le manque d'accès au traitement antirétroviral (ARV) était une préoccupation majeure à l'époque, les taux de couverture estimant que seuls 20 % de la population vivant avec le VIH recevaient un traitement ARV[3]. Jusqu'en 2018, les défis étaient restés aussi importants qu'au début de l'épidémie, où sur les 120 000 personnes estimées vivant avec le VIH, seule une sur trois (32%) bénéficiaient d'un traitement[4].

En réponse à l'épidémie de VIH en Guinée, Médecins Sans Frontières - Centre opérationnel de Bruxelles (MSF-OCB) a lancé un projet VIH en Guinée en 2003, à Matam (Conakry) et Guéckédou (Nzérékoré). L'objectif général du projet VIH a été dès le début et continue d'être de réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au VIH en Guinée. Dans les années qui ont suivi son lancement, le projet VIH s´est désengagé à Guéckédou et a augmenté sa portée dans le pays, établissant une présence à Wanindara, Gbessia, Flamboyants, Tombolia, Coléah, Minière, et Dabompa. En 2011, la composante Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) a été introduite comme un des objectifs principaux du projet dans les structures appuyées dans le cadre de sa décentralisation depuis la principale structure du Centre Médical Communal de Matam.

En 2020, malgré les différents défis constatés en Guinée, il faut noter que des avancées significatives avaient été réalisées en matière de PTME où 94% des femmes séropositives enceintes avaient eu accès au traitement contre 20% en 2010 au niveau national. La même année, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (incluant la transmission au cours de l'allaitement maternel) était passé à 16,6% contre 35,9% en 2010. Le diagnostic précoce des nourrissons était amélioré avec un taux de dépistage de 43,2% alors qu'il était à 5,3% en 2010[5].

MSF a commandité en 2021 une évaluation externe de ce projet afin d'apprécier sa performance sur la composante PTME. Une évaluation de la composante décentralisation réalisée en 2016 avait déjà relevé un goulot d'étranglement majeur sur les activités de la PTME, avec un faible taux de rétention des patients (mères et enfants) et des difficultés dans la mobilisation des ressources financières au niveau national. L'évaluation de la composante PTME dont les résultats sont présentés dans ce rapport a fait appel à une méthode mixte quantitative et qualitative avec étude de cas.

---

[1] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42891/924156265X.pdf

[2] https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/HF4/Guinea_HIV_factsheet_french.pdf

[3] Termes de référence de l'évaluation de la composante PTME du projet VIH de MSF OCB en Guinée

[4] http://cnls-guineeconakry.org/wp-content/uploads/2019/09/Cadre-Strat%C3%A9gique-National-de-lutte-contre-le-Sida-2018-2022.pdf

[5] https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/unaids-aids-data-book-2021.pdf

Une mission de terrain a permis d'effectuer des observations dans les structures de santé appuyées par le projet sur la composante PTME et de réaliser des entretiens avec les acteurs clés et les bénéficiaires du projet.

La réponse apportée par MSF avec le projet VIH en général et plus particulièrement sur la composante PTME était pertinente et en adéquation avec les besoins du pays et de la population en matière de lutte contre le VIH. L'efficacité du projet a été démontrée par le nombre de femmes pris en charge en PTME, le plateau technique installé notamment pour rendre disponible l'examen de charge virale, l'appui à l'approvisionnement en médicaments, ainsi que la réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. En effet, dans les structures de santé appuyées par le projet VIH de MSF le taux de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été réduit à un taux de 12% [7 – 12][6] entre les années 2020 et 2021 par rapport au taux de 35,9% en 2010. Bien que la cible de faire passer ce taux à moins de 5% de Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (TME) sur le projet n'était pas atteinte au moment de l'évaluation, ce taux reste inférieur au taux de 16,6 % observé au niveau national en 2020, prouvant la performance des sites appuyés par le projet VIH de MSF par rapport au reste des structures de santé en Guinée. Des difficultés dans le suivi des activités ont été notées, notamment sur le rapportage avec plusieurs documents manquants et une base de données Tier.net ne permettant pas l'encodage de toutes les données utiles au suivi des activités de la PTME. Ceci expliquerait le taux d'exactitude des données de cette base qui est resté à 87% pour une cible de 95% fixée par le projet. Les principaux goulot d'étranglement identifiés pour l'atteinte des objectifs du projet sur la PTME sont notamment l'insuffisance d'appropriation des solutions de laboratoire et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en ARV et autres intrants par le Ministère de la santé occasionnant des ruptures de stock, le retard de dépistage de certaines femmes avec dépistage tardif pendant l'allaitement maternel, le retard de mise en œuvre des nouveaux protocoles de la prophylaxie chez les nouveau-nés exposés (beaucoup de nouveau-nés encore bénéficiant d'une prophylaxie utilisant une seule molécule d'ARV), et le faible taux de rétention des femmes en PTME.

Il n'a pas été possible d'apprécier l'efficience dans toutes ces dimensions, notamment sur le volet financier car les informations financières n'ont pas été reçues par les évaluateurs. Il faut néanmoins mentionner, que la ressource temps ne semble pas avoir été utilisée d'une manière efficiente car après plus de 10 ans d'intervention sur la PTME, le taux de TME n'a pas pu passer en dessous de l'objectif des 5% fixé par le projet.

L'impact du projet est perceptible tant au niveau de la couverture (nombre de femmes ayant bénéficié du suivi en PTME dans les sites appuyés par MSF par rapport à l'ensemble des sites PTME du pays) qu'au niveau du ressenti des bénéficiaires. En effet, le projet a permis aux femmes séropositives au VIH, au-delà de l'obtention des soins PTME, d'améliorer leur sentiment de valorisation et d'inclusion sociale dans un pays marqué par une forte stigmatisation liée au VIH. La durabilité technique et économique du projet semble peu probable car des mesures appropriées incluant un plan de sortie et de transfert de responsabilité n'ont pas été prises. Le financement de la lutte contre le VIH en général et celui de la PTME reste tributaire essentiellement des apports du Fonds Mondial et le retrait prématuré du financement de MSF par désengagement de la PTME risquerait d'entraîner un recul sur les efforts consentis et les progrès réalisés sur la PTME en Guinée.

[6] Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est resté variable entre 7 et 12% sur la période de 2020 à 2021.

Les conclusions de l'évaluation ont permis aux évaluateurs de formuler certaines recommandations pour le projet en Guinée, et potentiellement pour la composante PTME de manière plus générale. Celles-ci sont présentées en détail en fin de rapport. Pour chaque travail sur la composante PTME au cours de la mise en œuvre d'un projet VIH, et dans la perspective d'un passage à l'échelle dans d'autres contextes ou sur des zones d'intervention plus larges, MSF devrait réaliser un travail de revue de sa stratégie sur la PTME, notamment en détaillant de manière appropriée la composante PTME mise en œuvre et en assurant la pertinence des indicateurs suivis et qualité des données qui sont la base de toute décision.

RECOMMANDATION GÉNÉRALE DE L'ÉVALUATION

Il convient à MSF de revoir la stratégie déployée sur la PTME pour augmenter son efficacité et pouvoir réaliser l'objectif principal du projet sur la PTME de faire passer le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 5% à la fin du projet. Il convient ainsi d'adapter et actualiser les protocoles appliqués en PTME en fonction des nouvelles connaissances en PTME mais également en tenant compte du contexte local de la zone ou pays d'intervention. Les plans d'action des projets sur le VIH devraient également inclure une stratégie de sortie élaborée dès le début de l'intervention incluant spécifiquement des actions concrètes et les étapes du désengagement de MSF. Ces stratégies sont à élaborer en impliquant tous les acteurs concernés par la thématique PTME ou toute autre composante de projet où MSF envisage un transfert de responsabilité à un autre acteur. Ceci permettrait non seulement d'obtenir l'engagement et l'adhésion des acteurs clés du processus mais également de pouvoir identifier les acteurs qui pourraient prendre le relais par la suite, et garantir la durabilité des résultats et des bonnes pratiques acquises.

RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES

RECOMMANDATION 1 : Améliorer la gestion des données et informations du projet par un meilleur suivi du rapportage et de l'archivage des documents. Spécifiquement :

- Créer un système d'archivage des rapports du projet par résultat au sein de la plateforme SharePoint qui est déjà utilisée par MSF et synchroniser ce dossier sur les ordinateurs du Coordinateur du projet, du Coordinateur Médical, du Référent Médical du projet, et des Référents Techniques du Siège ;
- Revoir le paramétrage de la base de données Tier.ner pour inclure les possibilités de saisies de toutes les données utiles au suivi du projet et surtout de la PTME ;
- Prévoir une formation continue de recyclage des utilisateurs de la base de données Tier.net pour minimiser les erreurs d'encodage qui ont été relevés au cours de l'évaluation.

RECOMMANDATION 2 : Actualiser la feuille de route du projet 2021-2025 en faisant ressortir clairement les activités de la composante PTME. Spécifiquement :

- Définir la stratégie PTME sur la période de 2021 – 2025 incluant la stratégie de sortie / processus d'un éventuel transfert de la responsabilité e la PTME à un autre acteur ;

- Présenter les aspects de capitalisation des différentes expériences de la Guinée sur la PTME comme une des priorités pour la période de 2021 – 2025 ;

- Insérer une stratégie de sortie sur 2 à 3 ans dans la feuille de route en précisant le profil idéal de l'acteur qui pourrait reprendre l'ensemble des activités PTME au désengagement de MSF (Il faudrait que ce soit idéalement un acteur local à renforcer en termes de capacités sur le temps et rendre le processus de désengagent progressif en déléguant les activités les unes après les autres – il ne semble pas opportun de transférer la responsabilité sur la PTME à un acteur international dont les financement de la PTME ne peuvent être garantis par la suite dans le temps).

RECOMMANDATION 3 : Accélérer la décentralisation de la PTME à d'autres structures avant le désengagement de MSF de la PTME en Guinée. Spécifiquement :

- Garder le suivi de la PTME sous la responsabilité de MSF sur la période de 2021 – 2025 tout en préparant son désengagement et le transfert à un autre partenaire ;

- Accroître des actions permettant la durabilité des activités PTME dans les structures décentralisées, notamment en effectuant le plaidoyer pour une plus grande implication de l'Etat dans le financement de la PTME et la participation des autres institutions de financement autres que le Fonds Mondial ;

- Décentraliser la PTME dans les structures hors Conakry sur la période de 2021 – 2025 pour accroître l'équité dans l'accès aux soins de santé.

RECOMMANDATION 4 : Renforcer l'action PTME sur l'ensemble des quatre piliers sur la période de transition, avant le transfert de la responsabilité à un autre acteur. En effet, il serait plus judicieux de transférer la responsabilité sur un paquet complet. Spécifiquement :

- Accentuer le dépistage du VIH chez les femmes en âge de procréer en étudiant la pertinence d'introduire un dépistage communautaire ;

- Renforcer les activités de planning familial avec la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives au VIH;

- Faire participer les membres de la famille de la femme séropositive (si elle accepte le partage du statut et que cela ne la fait pas encourir une exclusion), dans la mesure du possible, au soutien de la femme dans son milieu de vie, afin d'accroître la rétention des femmes dans les soins, et celle de leurs enfants s'ils sont infectés.

RECOMMANDATION 5 : Initier les réflexions sur l'actualisation des protocoles MSF et l'application des nouvelles recommandations par rapport à la période de sortie des enfants de la PTME et au schéma de prophylaxie à instaurer. Spécifiquement :

- S'assurer que tous les bébés reçoivent la PCR à 6 semaines et à 9 mois et une réflexion est initiée sur la façon de s'assurer que la PCR est étendue hors des programmes MSF (voire la réflexion sur l'optimisation de l'utilisation des GenXpert) ;

- Elaborer des stratégies spécifiques pour améliorer l'accès au dépistage du VIH et aux soins de PTME pour les femmes qui n'ont pas accès aux soins prénatals ;

- Renforcer les programmes d'autotest du VIH chez maris des femmes en PTME (la polygamie étant rependue cela pourrait réduire les risques de transmission chez les coépouses de la femme en PTME) ;

- Effectuer l'examen de charge virales pour toutes les femmes sous ARV au 3ème trimestre de la grossesse ;

- Intégrer la prophylaxie préexposition (PrEP) dans la stratégie PTME (prévention primaire du VIH) notamment chez les groupes de femmes à haut risque de contamination par le VIH (couples séro-différents, professionnelles de sexe, etc.) ;

- Accélérer l'intégration de la planification familiale (contraception / prévention des grossesses non désirées) chez les femmes séropositives au VIH ;

- Revoir, en lien avec les experts en nutrition, la possibilité de faire sortir les enfants dès l'âge de 18 mois après un test rapide négatif et une PCR négatif et songer au sevrage du lait maternel si la femme a les possibilités d'alimenter l'enfant sans risque d'encourir une malnutrition au cours de cette période cruciale pour la croissance de l'enfant (Plusieurs enfants restés en PTME avec allaitement maternel ce qui les fait encourir un risque de TME du VIH pourtant évitable en faisant sortir ces enfants) ;

- Accélérer l'application des protocoles de mise en route de la prophylaxie à base de AZT+NVP chez tous les enfants exposés (pas seulement les enfants à haut risque), que leurs mamans soient entrées en PTME via la consultation prénatale ou plus tardivement au 3ème trimestre de grossesse ou à l'accouchement.

- Adopter une prophylaxie combinant AZT+3TC+LPV/r ou ABC+3TC+LPV/r pour les enfants vus trop tardivement, après l'accouchement ou au moment de l'allaitement, étant donné que ces enfants sont alors considérés à très haut risque ;

- Instaurer la réaliser de la PCR en urgence dès que cela est possible pour une prise de décision adéquate sur la conduite de la prise en charge dans les situations particulières, notamment chez les enfants de femmes dépistées VIH positives au cours de l'allaitement maternel au sein ;

- Pour les nouveau-nés et les nourrissons avec les signes cliniques présomptifs de l'infection à VIH, initier rapidement une trithérapie antirétrovirale comprenant le Dolutegravir (DTG), cette initiation pouvant se faire à partir de la 4ème semaine de vie.

RECOMMANDATION 6 : Effectuer une révision des indicateurs standards de l'OCB sur la PTME car la plupart semble être des indicateurs pour mesurer les risques de la transmission du VIH de la mère à l'enfant mais beaucoup mois la performance ou les changements générés par les projets sur la PTME. Spécifiquement :

- Revoir certains indicateurs pour les rendre plus opérationnels, certains étant adaptés pour informer l'élaboration des stratégies PTME mais moins pour suivre les activités PTME d'un projet VIH ;

- Se référer aux 4 piliers de la PTME pour définir les activités spécifiques de la PTME et ainsi les indicateurs à suivre sur le projet ;

- Adapter les indicateurs PTME de chaque projet MSF en fonction du paquet d'activités déployés, supposant l'élargissement de la liste standard OCB des indicateurs mais également le retrait des indicateurs moins pertinents, comme celui d'enfants nés vivants de mères séropositives[7].

7 La PTME ne vise pas la prévention de la mortalité in utero ou pendant l'accouchement mais la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cet indicateur risque d'être suivi sur les projets alors qu'il ne servira pas à renseigner sur la performance du projet en matière de PTME. Il s'agit d'un exemple ici d'indicateur à retirer, selon l'équipe d'évaluation.

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET SANITAIRE DE LA GUINÉE ET SITUATION DE L'INFECTION À VIH

La Guinée est un pays d'Afrique de l'Ouest couvrant une superficie de 245 857 km² pour une population de 13,2 millions d'habitants (estimation de 2022). La Guinée est subdivisée en 4 régions naturelles qui sont la Haute Guinée, la Guinée Forestière, La Moyenne Guinée, et la Base Guinée. Administrativement, elle est subdivisée en 8 régions administratives, 33 préfectures, et 5 communes urbaines de la ville de Conakry. La croissance démographique était estimée à 2,9 % en 2014. L'indice synthétique de fécondité de 2018 est de 4,3 enfants par femme, le taux brut de natalité de 33,6‰, et le taux de mortalité infantile de 66‰ pour la même année. L'espérance de vie à la naissance a été estimé à 59 ans en 2014. Avec un indice de développement humain (IDH, 2017) de 0,459, la Guinée est l'un des pays les moins développés du monde (175 sur 189)[8]. Un ménage guinéen comprend, en moyenne, 7,1 personnes avec de légères variations entre les milieux urbain (7,2) et rural (7,1). Par contre, on note une variation sensible avec le sexe du chef de ménage : 7,6 pour les ménages dirigés par les hommes et 5,1 pour ceux dirigés par les femmes[9]. Dans l'ensemble, 19 % des ménages sont dirigés par une femme. Près de la moitié de la population des ménages (48 %) est composée d'enfants de moins de 15 ans. Près de 7 femmes de 15-49 ans sur 10 (69 %) n'ont aucun niveau d'instruction, comparé à 45 % des hommes. Seulement 4 % des femmes et 11 % des hommes ont un niveau d'instruction supérieur. Dans l'ensemble, 24 % des femmes et 53 % des hommes sont alphabétisés. En Guinée, les femmes ont leurs premiers rapports sexuels 3,9 ans plus tôt que les hommes. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16,6 ans parmi les femmes de 25-49 ans, contre 20,5 ans parmi les hommes de 25-49 ans. La proportion des femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans est trois fois plus élevée (66 %) que la proportion des hommes (22 %). Globalement, 11 % de femmes de 15-49 ans en union utilisent une méthode quelconque de PF—11 % utilisent une méthode moderne et moins de 1 % utilisent une méthode traditionnelle. Les méthodes les plus fréquemment utilisées sont la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) (4 %), les injectables (2 %), les implants (2 %) et la pilule (2 %)[10]. Les *femmes représentent 51,6% de la population* guinéenne (estimations de 2020)[11].

En 2003, l´ONUSIDA a déclaré une "épidémie généralisée" de VIH en Guinée. Au cours de l'Enquête Démographique et de Santé de la Guinée 2005, 6 836 personnes ont été testées pour le VIH. D'après l'enquête, 1,5 % des adultes de 15-49 ans étaient infectés par le VIH. Les régions les plus touchées par l'infection du VIH étaient Conakry (2,1%), Labé (1,8%), N'Zérékoré (1,7%) et Faranah (1,6%). Le ***taux de prévalence chez les femmes était de 1,9%*** contre 0,9% chez les hommes***,*** soit plus du double[12]. Au début de l´épidémie, un faible dépistage et le manque d'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) étaient les préoccupations majeures pour la réponse au VIH. Aujourd'hui, les défis restent aussi

[8] https://www.stat-guinee.org/

[9] https://www.stat-guinee.org/images/Documents/Publications/INS/rapports_enquetes/RGPH3/RGPH3_caracteristiques_des_menages.pdf

[10] https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR262/SR262.pdf

[11] https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SP.POP.TOTL.FE.ZS?locations=GN

[12] https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/HF4/Guinea_HIV_factsheet_french.pdf

importants qu'au début de l'épidémie : en 2018, sur les 120 000 personnes vivant avec le VIH, seule une sur quatre bénéficie d'un traitement. Les personnes vivant avec le VIH en Guinée sont confrontées à une forte stigmatisation, à des coûts médicaux supplémentaires et à de fréquentes ruptures de stock de médicaments essentiels. Sans traitement, les personnes vivant avec le VIH peuvent facilement développer le SIDA[13].

Au niveau mondial, 45% des enfants infectés par le VIH naissent dans les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale où l´effectivité des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (TME) est encore limitée[14]. D'une manière générale, cette région a connu une faible attention dans la réponse apportée au VIH durant plusieurs années car se situant en dehors de la zone de forte prévalence du VIH en Afrique (Les zones à forte prévalence sont celles avec une prévalence supérieure à 5 %). Sur base des données en provenance de 52 pays, il a été noté que la couverture en traitement antirétroviral (ARV) chez les adultes, les femmes enceintes et les enfants était nettement plus faible dans les pays à faible prévalence alors que la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) vivent dans ces pays. En ***2015, la couverture PTME en Guinée était de 83% plaçant la Guinée en deuxième position après le Togo sur 20 pays de l'Afrique de l'Ouest et Centrale***. La couverture moyenne en PTME pour toute la région étant à 42%[15].

Avec un niveau de pauvreté élevé, des infrastructures faibles et un régime politique instable, le pays a été confronté pendant des décennies à des défis complexes en matière de santé publique, tels que les épidémies d'Ebola, qui ont aggravé les difficultés préexistantes à fournir des soins de base de qualité aux patients ayant besoin d'un traitement médical et d'une assistance.

1.2. DESCRIPTION DU PROJET VIH DE MSF EN GUINÉE

Médecins Sans Frontières - Centre opérationnel de Bruxelles (MSF-OCB) a pris la décision de lancer un projet VIH en Guinée dès le début de l'épidémie en 2003, à Matam (Conakry) et Guéckédou (Nzérékoré), en se concentrant sur la prévention et le traitement du VIH et de la co-infection VIH/TB. Dans les années qui ont suivi, le projet VIH a augmenté sa portée dans le pays, établissant une présence à Wanindara, Gbessia, Flamboyants, Tombolia, Coleah, Minière, Dabompa, et Matam.

L'objectif général du projet VIH a été dès le début et continue d'être de réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au VIH en Guinée et ses activités du projet s´articulent autour de quatre domaines :

1. ***Prise en charge intégrée de qualité et gratuite*** dans les structures appuyées par MSF ;
2. Mise en place d'un paquet complet *d'**appui psycho-social*** dans les structures appuyées par MSF ;
3. **Plaidoyer** et **activisme** pour améliorer la prise en charge des patients ;
4. Accompagnement du Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites (PNLSH) à la ***quantification des médicaments*** dans le cadre de l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement.

[13] Treating AIDS in Guinea. (2018). Retrieved 15 March 2022, from https://msfaccess.org/treating-aids-guinea

[14] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Data 2017.

[15] https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_fr.pdf

Le projet appuie huit centres à Conakry en 2022 : Matam, Gbessia, Flamboyants, Wanindara, Tombolia, Colèah, Minière, et Dabompa. MSF-OCB appuie ces centres en termes de renforcement des compétences cliniques du personnel impliqué dans la prise en charge (PEC) du PVVIH et de la TB, l'approvisionnement en médicaments et autres consommables médicales, l'appui logistique et financier avec notamment l'octroi des primes de performance, la gestion des données (collecte et analyse des données, suivi et évaluation des activités VIH/TB) et dans la prévention et contrôle des infections (santé environnementale).

En 2011, les activités de prévention de la transmission mère-enfant (***PTME***) ont été ajoutées au portefeuille d'activités du projet VIH à Gbessia et Flamboyants, en sus du Centre Médical Communal (CMC) de Matam, la plus importante structure appuyée, et restent une composante clé du projet VIH de MSF dans le pays. Au début de l'année 2022, la composante PTME était implémentée dans l'ensemble des structures supportées par le projet VIH.

Entre 2012 et 2017, le nombre de sites PTME en Guinée est passé de 89 à 394 sites fonctionnels montrant l'attention portée à la PTME par le Gouvernement Guinéen. Malgré cette attention, certains sites PTME sont restés non opérationnels en 2017 (14% des sites au sein de la ville de Conakry, 53% des sites à Kankan et 44% des sites à Nzérékoré)[16].

Il convient de rappeler les quatre piliers de la PTME afin de pouvoir appréhender l'intervention du projet sur les différents piliers. Ces piliers sont[17] :

Pilier 1 : ***La prévention primaire*** consistant en une prévention de nouvelles infections à VIH chez les Femmes en âge de procréer ; Cette prévention s'appuie sur le dépistage et conseils liés au VIH, l'implication des hommes dans le processus conduisant aux changements structurels et de comportement.

Pilier 2 : ***La prévention des grossesses non désirées pour les femmes vivant avec le VIH*** passant par l'intégration des services de planification familiale au sein des services liés au VIH£.

Pilier 3 : **La PTME proprement dite** consistant en la prévention de la transmission verticale du VIH et incluant l'accès aux schémas prophylactiques de haute qualité, l'intégration des services et renforcement des liens et références entre les services, l'appui pour l'amélioration de la rétention dans les soins (soutien psychosocial et communautaire).

Pilier 4 : ***La prise en charge de la femme dans le milieu familial*** consistant à donner le soutien, les soins et le traitement appropriés aux mères VIH+, leurs enfants et leurs familles. Il s'agit notamment d'offrir des soins et un suivi aux nourrissons exposés au VIH y compris un soutien pour une alimentation appropriée des nourrissons.

Les activités spécifiques déployées sur le volet PTME par le projet VIH de MSF en Guinée sont :

- Dépistage du VIH pour les femmes enceintes, les parturientes et les mères allaitantes ;

[16] http://cnls-guineeconakry.org/wp-content/uploads/2019/09/Cadre-Strat%C3%A9gique-National-de-lutte-contre-le-Sida-2018-2022.pdf

[17] https://www.pedaids.org/wp-content/uploads/2017/11/PMTCT2015FR_Oct3.pdf

- Mise à disposition d'un traitement ARV et d'un traitement prophylactique pour les mères séropositives ;
- Suivi et fourniture d'un traitement prophylactique aux nouveau-nés de mères VIH+ ;
- Dépistage du VIH chez les bébés (virologique test PCR : 6 semaines et 9 mois) et les nourrissons (sérologique TDR, 18 à 24 mois) ;
- Mise sous ARV des enfants dépistés positifs VIH et suivi de la cohorte.

Tableau 1. Synthèse des principaux moments de l'historique du projet[18]

ANNÉE	EVÉNEMENT
2003	Ouverture du projet VIH au CMC Matam (Conakry) et Guéckedou
2007	Début décentralisation (Wanidara, Bernay Fotoba, FMG, Madina et Koulewondy)
2011	Début PTME et appui à Gbéssia et Flamboyants. Fermeture Guéckedou
2012	1ère table ronde. Vision de fin du projet en 2017
2014	Épidémie Ebola. Début R6M
2015	Début appui au CMC Coléah, CMC Minière et CdS Tombolia
2016	Début de l'appui à l'hospitalisation de l'USFR Donka et du dépistage communautaire
2017	Début de l'appui à l'hospitalisation du CMC Matam et l'horizontalisation du CTA
2018	2ème table ronde. Vision de fin du projet en 2020. Début appui au CS Dabompa et système d'évaluation basée sur la performance
2020	Ouverture du premier PODI. Implémentation des soins palliatifs, nutrition et antibiorésistance à l'USFR Donka. Début appui pour dépistage cancer du col et PF.
2021	3ème table ronde et élaboration de la feuille de route 2021-2025 : focus sur 4 piliers (tuberculose, pédiatrie, VIH avancé et santé sexuelle et reproductive) Ouverture du deuxième PODI.

[18] Source: Feuille de route Projet VIH/TB Conakry 2021-2025

1.3. CONTEXTE, OBJECTIFS, ET PORTÉE DE L'ÉVALUATION

1.3.1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Dix-neuf ans après le démarrage du projet VIH de MSF-OCB en Guinée et dix après l'introduction des activités de PMTE sur le projet, MSF OCB a souhaité réaliser une évaluation de la composante PTME. Il s'agissait d'une évaluation formative avec comme but de mettre en évidence les défis, les enseignements tirés de la mise en œuvre du projet, les résultats obtenus, et leur pérennité sur la composante PTME tout en orientant l'analyse vers une perspective de transfert de la responsabilité à un autre acteur au moment du désengagement de MSF. En effet, le souhait de MSF d'identifier un repreneur de la composante PTME a été clairement exprimé dans les termes de référence de l'évaluation et cette évaluation devrait apporter ses conclusions sur les modalités pratiques de ce transfert ou sa pertinence dans le contexte actuel de la lutte contre le VIH en Guinée et selon les spécificités propres au projet VIH de MSF-OCB.

MSF OCB dans un document nommée « Le Prix de l'Oubli » publié en 2016 met à découvert la problématique de la prise en charge du VIH en Afrique de l'Ouest et Centrale, allant de l'insuffisance des services de dépistage au manque de médicaments ARV. Cette évaluation de la composante PTME réalisée en Guinée s'inscrit donc dans une perspective plus large de l'utilisation des leçons apprises pour la capitalisation d'expérience dans toute la région de l'Afrique de l'Ouest et Centrale. Les résultats de l'évaluation serviront donc à l'apprentissage institutionnel de MSF et permettront de renforcer sa responsabilité en Guinée et dans toute la région sur la composante PTME de la prise en charge du VIH.

1.3.2. OBJECTIF DE L'ÉVALUATION

L'objectif de l'évaluation de la composante PTME du projet est de :

- Contribuer aux discussions internes de MSF pour l'amélioration de la composante PTME du projet VIH en Guinée ;
- Contribuer aux discussions internes et externes sur les approches programmatiques sur la PTME dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest et Centrale mais également dans un contexte plus large (Intérêt organisationnel et besoin de capitalisation) ;
- Dégager les faiblesses et les points forts, puis lister les recommandations pour améliorer l'intervention de MSF sur la PTME.

1.3.3. PORTÉE DE L'ÉVALUATION

1.3.3.1. Couverture de l'évaluation

L'évaluation a couvert les 6 critères CAD[19] de l'évaluation selon l'OCDE qui sont **la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience, l'impact, et la durabilité**. Dans le temps, l'évaluation a couvert la période de 2011 jusqu'au premier trimestre de 2022.

Les 8 structures de santé appuyées par MSF dans le cadre de la PTME à Conakry ont été toutes incluses (Matam, Wanindara, Gbessia, Flamboyants, Tombolia, Coleah, Minière, et Dabompa) ainsi que les autres acteurs et partenaires travaillant sur la PTME (PNLSH, CNLS, ONUSIDA, Jhpiego, DREAM, Solthis, etc.). Les bénéficiaires (patientes, représentants des associations des patients, et soignants) ont

[19] Comité d'Aide au Développement, au sein de l'Organisation pour la Coopération et le Développement en Europe (OCDE)

également été pris en compte afin d'apprécier l'impact du projet tel que perçu par les bénéficiaires sur la composante PTME.

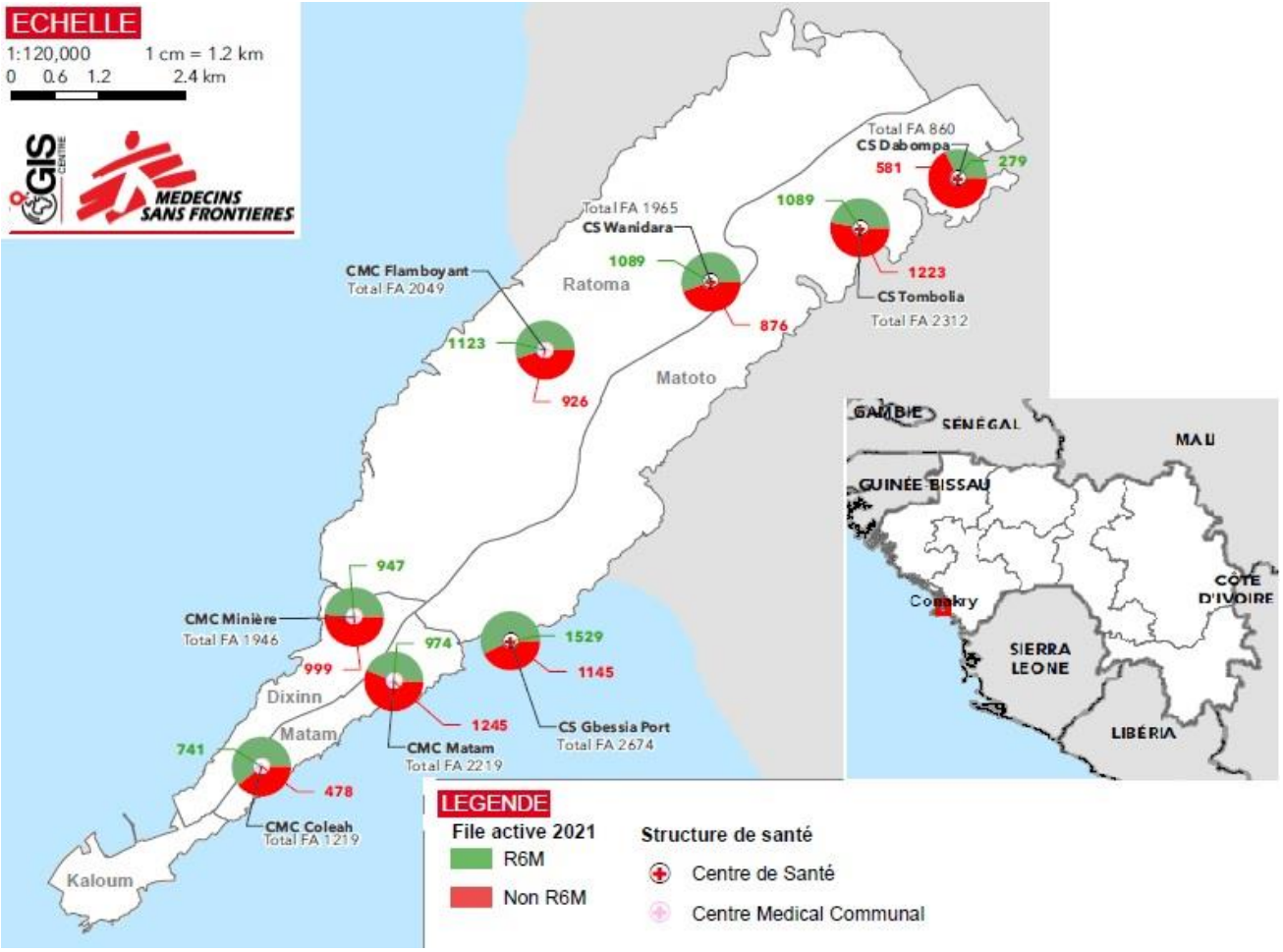

Figure 1. Carte des zones d'intervention du projet VIH de MSF à Conakry et des structures couvertes par l'évaluation[20]

1.3.3.2. Domaines prioritaires évalués

Les termes de référence de l'évaluation précisent les attendus de l'évaluation pour MSF. Les premiers entretiens réalisés avec les membres du groupe consultatifs et les autres acteurs clés pour le projet ont permis d'apporter des précisions sur les domaines clés qui ont été explorés au cours de cette évaluation.

Il s'agit spécifiquement d'analyser :

- La stratégie d'intervention de MSF sur les 4 piliers de la PTME en Guinée (**Que fait MSF et comment sur les 4 piliers suivants ?**) :
  - ✓ *Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer ;*
  - ✓ *Prévention des grossesses non désirées pour les femmes VIH+ ;*

[20] Document projet (disposition Générale de la carte modifiée pour insertion dans le présent rapport)

- ✓ *Prévention de la transmission du VIH des femmes vivant avec le VIH à leurs enfants*
- ✓ *Fourniture d'un traitement, de soins et d'un soutien approprié aux mères vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leurs familles.*

- Le succès global du projet VIH en Guinée (Composante PTME) sur les volets suivants (**Quelles activités développées par MSF et quels sont les résultats**) :
  - ✓ *Appui aux maternités pour le dépistage des femmes enceintes (en CPN1 ou à l'accouchement)*;
  - ✓ *Appui aux maternités pour la mise en place de la prophylaxie à la NVP/AZT chez les enfants exposés au VIH ;*
  - ✓ *Dépistage précoce (6 à 10 semaines) et test rapide (18 à 24 mois) pour les enfants exposés au VIH ;*
  - ✓ *Initiation du traitement ARV chez les enfants testés séropositifs au VIH ;*
  - ✓ *Renforcement de la rétention dans les soins pour les femmes initiées en PTME option B+.*

- Les goulots d'étranglements relevés à l'évaluation du projet en 2016 (**Quelle réponse apportée par MSF ?**) :
  - ✓ *Travail réalisé pour réduire les longs délais d'attente des résultats des tests des laboratoires externes ;*
  - ✓ *Travail pour accroitre le taux de rétention des patients (mères et enfants) dont le test de dépistage du VIH est séropositif.*

- Les bonnes pratiques en matière de PTME sur le projet VIH en Guinée ainsi que la possibilité de leur capitalisation dans un contexte plus large couvrant l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale (**Qu'est-ce qui a marché, qu'est-ce qui n'a pas marché, et comment tirer parti des leçons apprises pour améliorer les pratiques sur le projet et les autres projets ?**) ;

- Les possibilités de transfert du projet à un partenaire dans 2 à 4 ans (**Quel est le processus de ce transfert ?**) :
  - ✓ *A quel type de partenaire la composante PTME serait transmise (partenaire local ou international) et quels seraient les enjeux de ce transfert ;*
  - ✓ *Quel plan de transfert de compétences et de garanti de la durabilité après transfert serait mis en place par MSF ?*

- Les autres activités transversales ne tombant pas directement sous le parapluie de la PTME :
  - ✓ *Organisation et performance de la prise en charge psychosociale d'une manière générale ;*
  - ✓ *Organisation et performances des activités de laboratoire (Test de dépistage, examen de charge virale, etc.) et pharmacie (dispensation des médicaments ARV).*

1.4. MODÈLE CONCEPTUEL DE L'ÉVALUATION

1.4.1. DÉFINITION DU MODÈLE CONCEPTUEL DE L'ÉVALUATION

Le modèle conceptuel suivant a guidé tout le processus d'évaluation. Il surligne les priorités de l'évaluation qui sont développées et les met en relation avec les différents critères évalués à travers les questions d'évaluation.

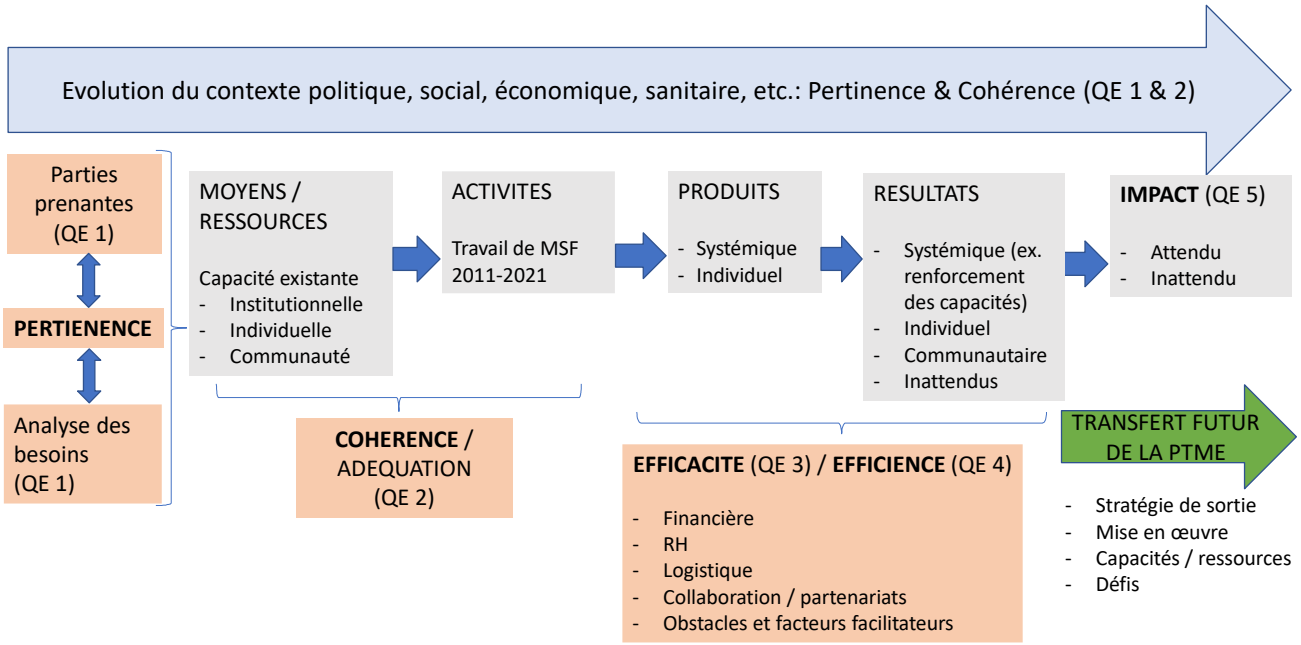

Figure 2. Modèle conceptuel de l'évaluation de la composante PTME du projet HIVGU

La figure ci-dessus est un modèle logique simplifié qui relie les cinq questions d'évaluation (QE 1 - QE 5). Il commence par une évaluation des besoins (QE 1) et une évaluation des parties prenantes qui conduisent à certains intrants et à des activités de MSF (2011 - 2022) qui sont fondées sur les besoins et appropriées au contexte (QE 2). Ces activités débouchent sur des produits et des résultats qui sont obtenus de manière efficace (QE 3) et efficiente (QE 4). Les impacts à plus long terme (QE 5) sont également évalués, ainsi que le transfert proposé vers un autre acteur pour la poursuite du projet sur sa composante PTME.

1.4.2. EXPLICATION DES CRITÈRES D'ÉVALUATION ET QUESTIONS CORRESPONDANTES

L'évaluation visait à répondre aux principales questions d'évaluation suivantes présentées dans les termes de référence selon les critères d'évaluation définis dans le tableau suivant.

Tableau 2. Critères d'évaluation définis

Critère d'évaluation	Question d'évaluation correspondante	Définition du critère d'évaluation
Pertinence	La composante PTME du projet VIH est-elle alignée sur les priorités et les besoins des parties prenantes ?	Mesure selon laquelle les objectifs de l'action de développement correspondent aux attentes des bénéficiaires, aux besoins du pays, aux priorités globales, aux politiques des partenaires et des bailleurs de fonds. Remarque : rétrospectivement, la question de la pertinence consiste souvent à s'interroger sur le fait de savoir si les objectifs de l'action ou sa conception sont encore appropriés compte tenu de l'évolution du contexte.
Cohérence	La composante PTME est-elle bien conçue pour répondre aux priorités et aux besoins des parties prenantes ?	Mesure dans laquelle l'intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein d'un pays, d'un secteur ou d'une institution. Remarque : Le critère cherche à examiner comment d'autres interventions (en particulier des politiques) appuient ou affaiblissent l'intervention évaluée, et inversement.
Efficacité	La composante PTME atteint-elle les objectifs prédéfinis et les résultats attendus ?	Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être, y compris les résultats différenciés entre populations. Remarque : l'analyse de l'efficacité suppose de prendre en compte l'importance relative des objectifs ou des résultats.
Efficience	Dans quelle mesure les ressources (RH, financières, etc.) sont-elles bien utilisées pour mettre en œuvre la composante PTME du projet VIH ?	Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps. Remarque : le terme « économique » désigne la conversion des intrants (fonds, expertise, ressources naturelles, temps, etc.) en extrants, réalisations et impacts de la façon la plus économiquement avantageuse possible, par rapport aux options envisageables dans le contexte. L'expression « dans les temps » désigne le fait de respecter les délais fixés ou des délais raisonnablement adaptés aux exigences du contexte en évolution. Il peut s'agir d'évaluer l'efficience

Critère d'évaluation	Question d'évaluation correspondante	Définition du critère d'évaluation
		opérationnelle (mesure selon laquelle l'intervention a été bien gérée).
Impact	Quel est l'impact de la composante PTME sur les parties prenantes (patients, sages-femmes du ministère de la santé recevant un soutien par les pairs, communauté, etc.) ?	Mesure dans laquelle l'intervention a produit, ou devrait produire, des effets importants et de vaste portée, positifs ou négatifs, intentionnels ou non. Remarque : le critère d'impact porte sur l'importance ultime et les effets potentiellement transformateurs de l'intervention. Il vise à déterminer quels sont ses effets sociaux, environnementaux et économiques à plus long terme ou à plus vaste échelle que ceux déjà évalués au titre du critère d'efficacité.

La matrice d'évaluation (Annexe 1) élabore les questions d'évaluation de manière plus approfondie.

2. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

2.1. MÉTHODOLOGIE

Une approche d'étude de cas a été utilisée et a permis de mener une exploration approfondie du projet sur la composante PTME, notamment pour comprendre les questions du comment et du pourquoi. Ceci a été particulièrement appliqué pour l'analyse des données de la base Tier.net.

Des études de cas ont été utilisées avec succès dans les évaluations de programmes de santé, y compris dans les pays en développement et ont montré leur efficacité dans les processus qui ont conduit aux résultats obtenus[21].

Les méthodes mixtes pour la collecte et l'analyse des données ont été privilégiées pour couvrir tous les aspects en lien avec une intervention PTME. En effet, les méthodes mixtes ont démontré une plus-value dans l'analyse des interventions en santé incluant des aspects sociaux importants[22].

2.2. SOURCE D'INFORMATION

Les données ont été collectées à partir de cinq sources ci-dessous :

a) **Revue documentaire** – une bibliothèque de documents a été créée et contient les différents documents partagés par MSF et d'autres documents généraux utiles à l'évaluation rassemblés par les évaluateurs. Il s'agit notamment des documents du projet : note conceptuelle, cadre logique, les rapports de projet (rapports annuels), etc.

b) **Entretiens avec les informateurs clés** – une liste d'informateurs clés a été élaborée de commun accord entre le Point Focal de l'évaluation et l'équipe évaluatrice (membres de l'équipe projet, les prestataires de soins, les partenaires institutionnels étatiques et de la société civile / ONG / associations des patients, les femmes vivant avec le VIH bénéficiaires du projet). Une approche de la boule de neige fut utilisée en ajoutant des intervenants supplémentaires au fur et à mesure jusqu'à l'obtention de la saturation théorique de l'information. Les entretiens ont été menés en face-à-face sur le terrain à Conakry et à distance via Skype/Zoom/Teams selon les cas. Au total 40 entretiens individuels ont été réalisés.

c) **Discussions de groupe (focus group discussion)** avec les patients et quelques informateurs clés de la coordination du projet. Huit (8) discussions en groupes ont été organisées avec les patients, les staffs des structures de santé appuyées, et les équipe de MSF à Conakry avec 4 à 6 participants selon la disponibilité des répondants.

---

[21] Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC medical research methodology*, *11*(1), 1-9.

[22] Tashakkori, A., Johnson, R. B., & Teddlie, C. (2020). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Sage publications.

d) **Observation lors des visites sur le terrain** – un évaluateur a effectué des visites sur le terrain dans les structures appuyées ou partenaires pour l'observation et les entretiens avec les informateurs clés à Conakry.

e) **Données secondaires encodée** dans la base Tier.net – à partir des données primaires collectées par les membres de l'équipe projet dans les structures de santé. Ces données secondaires ont été croisées avec les données de outils de suivi opérationnel des indicateurs du projet (monitoring sheets).

2.3. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

Pour guider la collecte des données et explorer en profondeur les différents domaines / axes de l'évaluation, une ***matrice d'évaluation*** a été élaborée par les évaluateurs (annexe 1). Cette matrice reprend les questions évaluatives telles que libellées dans les TDRs de l'évaluation, complétées par les propositions de l'équipe évaluatrice en articulation autour des questions principales mentionnées dans les termes de référence et reprises au Tableau 2 du présent rapport sous la section 1.4.2 « Explication des critères d'évaluation et questions correspondantes ». Pour conduire les entretiens et les focus groupes, ***un guide d'entretien*** a été élaboré à cet effet (Annexe 2). Les entretiens n'ont pas été enregistrés et aucune prise d'images n'a été faite.

2.4. ANALYSE DES DONNÉES

2.4.1. CODAGE THÉMATIQUE

Les données recueillies ont été codées par thématique pour permettre leur catégorisation et leur analyse en vue de tirer des conclusions substantielles. L'encodage a été réalisé pour les catégories suivantes de données :

- Données de gestion du projet, stratégie, et dispositif d'intervention ;
- Données d'activités médicales en lien avec la PTME dans les structures de santé appuyées à Conakry.

2.4.2. TRIANGULATION & ANALYSE COMPARATIVE

Les données ont été analysées par **triangulation et analyse comparative**. Pour garantir la validité interne, la triangulation et la comparaison ont été faites entre les méthodologies (qualitatives et quantitatives), les outils de collecte de données (revue de documents, entretiens avec des informateurs clés, données des services de soins / PTME – appui psychosocial, et observations sur le terrain) et les groupes / types de parties prenantes (coordination projet, partenaires de mise en œuvre, bénéficiaires, autres intervenants sur la PTME dans la zone d'intervention, etc.). Il faut néanmoins noter que la triangulation des données a souffert d'une insuffisance des documents partagés avec les évaluateurs car la majorité des documents demandés n'ont pas été obtenus.

Les données quantitatives ont été soumises à une analyse par calcul des fréquences, notamment pour le nombre de femmes prises en charge en PTME, le nombre de nourrissons ayant reçu le traitement prophylactique selon les protocoles établis, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, etc.

Ces analyses ont alors été comparées aux données rapportées dans les outils de suivi opérationnel du projet (Monitool).

2.5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les évaluateurs se sont engagés à respecter pleinement les lignes directrices éthiques de MSF, y compris les guidelines de la SEU à ce niveau, et à informer le responsable de l'évaluation MSF qui les accompagne dès qu'un conflit d'intérêts ou un problème de non-conformité survient. Aucune situation de ce type n'a été relevée au cours du processus d'évaluation. Malgré les précautions prises par l'équipe d'évaluation, il faut néanmoins noter que la prise de contact direct entre les évaluateurs et les différents répondants, notamment les patients, pourrait être considérée comment pouvant porter préjudice à leur liberté de participation ou conduire à un biais de sélection en choisissant des répondants qui ne fourniront pas assez d'informations ou des informations de qualité. Il s'agit d'une leçon apprise qui servira à améliorer les futures évaluations.

2.5.1. REPRÉSENTATION ÉQUITABLE ET RESPECT DE LA DIGNITÉ ET DE LA DIVERSITÉ

Pour fournir une large inclusion de divers groupes, les évaluateurs ont pris contact avec différents groupes de parties prenantes. Les évaluateurs se sont efforcés d'interroger de manière équilibrée les différents membres du personnel de MSF (par profil, expérience, emplacement géographique, position) et des représentants (à la fois au niveau opérationnel et au niveau de coordination / managérial) de toutes les structures de santé partenaire du projet sur la composante PTME. Un échantillon aléatoire de patients (femmes VIH+) à interviewer a été sélectionné et les représentants des associations des patients partenaires du projet ont été rencontrés à la représentation de l'association REGAP+.

2.5.2. TRANSPARENCE

Toutes les conclusions de l'évaluation ont été étayées par des preuves crédibles et l'équipe d'évaluation a procédé régulièrement à un examen mutuel de son travail entre pairs pour se prémunir contre les préjugés personnels non intentionnels et les éventuels biais d'interprétation. Le contrôle qualité a été effectué à travers des points quotidiens entre l'évaluateur principal et l'évaluateur qui a effectué les visites sur terrain et toute difficulté rencontrée a été remontée à la SEU et au groupe consultatif de l'évaluation pour trouver une solution appropriée.

2.5.3. CONFIDENTIALITÉ ET PRÉVENTION DES DOMMAGES

Les noms des patients ne sont pas mentionnés dans les documents de l'évaluation et, en règle générale, les sources d'information restent toutes anonymes. Toutes les informations recueillies sont considérées comme confidentielles et partagées uniquement avec MSF, sauf indication contraire de la part de MSF. Les informations recueillies ne seront pas utilisées à d'autres fins que l'évaluation elle-même. Les évaluateurs ont évité tout contenu d'entretien politiquement ou culturellement sensible.

Les jeunes femmes de moins de 18 ans vivant avec le VIH (mineures) n'ont pas été incluses comme répondantes dans l'évaluation pour des raisons de confidentialité. En effet, en Guinée, le partage du statut de séropositivité n'est pas courant en raison d'une forte stigmatisation liée au VIH et interviewer une femme de mois de 18 ans demanderait l'assentiment d'une personne tutrice adulte qui n'est pas

toujours informée de sa séropositive, ceci pouvant porter préjudice à la femme par divulgation non intentionnelle de son statut VIH+.

2.6. DIFFICULTÉS ET LIMITES DE L'ÉVALUATION

En général il n'y a pas eu de difficultés majeures dans la conduite de l'évaluation à l'exception de celle d'obtention de certains documents clés du projet. Il faut ici souligner que plusieurs rapports étaient manquants et qu'aucune donnée financière du projet n'a été partagée avec les évaluateurs pour apprécier l'efficience sur la composante PTME malgré plusieurs relances de l'équipe d'évaluation.

Les limites de l'évaluation sont les suivantes :

1. **Biais de rappel -** Les entretiens avec les informateurs sont sensibles au degré de rétention de la mémoire. Certaines personnes interrogées peuvent se souvenir d'événements spécifiques avec plus de détails que d'autres. En outre, le personnel change fréquemment et tout le monde ne pouvait pas être contacté ou ne voulait pas participer aux entretiens.. Cela peut entraîner des lacunes potentielles dans les connaissances, mais cela a été atténué par la triangulation avec d'autres sources de données (autres répondants, documents publiés, etc.).

2. **Qualité et/ou insuffisance des données -** Les données quantitatives (Base Tier.net et Monitoring sheets) dépendent de la qualité des données primaires depuis leur production, d'une saisie correcte, et d'un traitement approprié. En effet, plusieurs insuffisances ont été constatées au niveau des bases de données (données discordantes, absence de certaines données, etc.) et au niveau de l'interprétation des analyses. Les discussions avec le management du projet a permis de relever certaines causes, dont certaines peuvent être liées à l'erreur humaine lors de la saisie des données, et d'autres à la conception de la base des données tier.net qui n'est pas adaptée pour intégrer toutes les données utiles au suivi du projet, surtout sur le volet PTME. Ainsi certaines données essentielles comme le nombre d'enfants mis sous trithérapie AZT/3TC/NVP[23] ne peuvent pas être ressorties de la base de données car la conception de celle-ci ne permet pas leur encodage. Cela constitue une limite importante s'agissant de sa maniabilité et utilisation de cette base. Il faut noter que ces données sont essentielles dans la quantification des besoins en médicament et qu'une déperdition des données pourrait être à l'origine d'insuffisances de quantification (sous-estimation des besoins) et occasionner des ruptures de stock. L'absence ou le non-accès des évaluateurs à certaines données essentielles sur une partie de la période de 2011-2021/22 couverte par l'évaluation, avec des période creuses sans aucunes données analysables par l'équipe d'évaluation, surtout pour les premières années de mise en œuvre de la PTME, n'ont pas permis une analyse de l'évolution de la PTME en général et de sa performance sur toute la période. Il s'agit en effet d'un problème majeur de complétude des données du projet, notamment liée à un changement de bases de données.

[23] Une association à dose fixe pédiatrique d'AZT/3TC/NVP présente certains avantages dans l'optique de la prophylaxie post-natale car elle est largement disponible et bien établie et il s'agit d'une forme qui convient à l'enfant : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329296/WHO-CDS-HIV-18.17-fre.pdf?ua=1

3. **Possibilités de généraliser les résultats de l'évaluation :** - Les résultats de cette évaluation, notamment en ce qui concerne la qualité des bases de données peuvent être généralisables à l'ensemble du projet VIH en Guinée et aux autres projets de MSF dans d'autres pays utilisant la même base. Néanmoins, les résultats concernant l'engagement de l'Etat dans le financement de la PTME, les possibilités de transfert de la responsabilité de la PTME à un autre acteur, ou encore la stratégie et le processus de décentralisation sont contextes dépendants et ne peuvent pas être étendues ou dupliqués à l'état brut dans d'autres pays, notamment de l'Afrique de l'Ouest et Centrale. Il faudrait une évaluation multi-pays (méta évaluation) des projets déployés par MSF avec composante PTME pour mieux explorer les possibilités de capitalisation des différentes expériences sur la PTME ou réaliser une étude de type 'scoping review' de la mise en œuvre de la PTME dans la région avant toute extension ou duplication des actions de MSF.

3. RESULTATS DE L'EVALUATION

Les résultats de l'évaluation présentés par critère d'évaluation du Comité d'aide au développement (CAD)de l'OCDE[24] dans ce rapport sont issus d'un processus participatif entre l'équipe d'évaluation et le Groupe Consultatif, et surtout l'équipe du projet VIH en Guinée qui s'est progressivement appropriée l'évaluation, notamment en opérant certaines corrections sur les données de la base Tier.net en temps réel avant la fin du processus d'évaluation.

3.1. PERTINENCE

L'analyse de la pertinence permet de réponde à la question évaluatrice suivante :

- ***QE 1: La composante PTME du projet VIH est-elle alignée sur les priorités et les besoins des parties prenantes ?***

3.1.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS SUR LA PERTINENCE

3.1.1.1. Evaluation des besoins avant l'intervention

En 2003, sur base des données de suivi, l'ONUSIDA a déclaré l'épidémie généralisée de VIH en Guinée. Sa basant sur ces données MSF a lancé une intervention de riposte au VIH en Guinée la même année. Ceci montre la réactivité de MSF pour répondre à un besoin de soins de santé au cours d'une crise humanitaire ou sanitaire de grande portée.

Une analyse situationnelle aurait été effectuée avant d'enrôler les structures PTME en 2011 mais les évaluateurs n'ont pas eu accès au rapport d'analyse. MSF intervient actuellement dans 8 sites (tous situés à Conakry) dits prioritaires en Guinée, parmi les 66 sites prioritaires tels que définis par le PNLSH. Cette priorité serait, selon les informations recueillies lors d'entretiens, fixée sur base de l'importance de la file active de patients (site à grande cohorte) et des capacités techniques et d'accueil plus ou moins avancées par rapport aux autres sites. La plupart des sites prioritaires avec un paquet PTME le sont devenus par le biais de l'appui apporté par MSF en termes de renforcement des capacités et en y décentralisant les services de CMC de Matam (objectif de désengorger Matam). En effet, il se pose la question du déroulement de la décentralisation de prise en charge de qualité en PTME dans des préfectures rurales dans la mesure où certains patients effectuent des voyages vers Conakry à la recherche des soins VIH de qualité et surtout pour faire le test de la charge virale. Il faut noter que les structures de santé de l'intérieur du pays connaissent également une crise des ressources humaines car la plupart des soignants préfèrent se concentrer sur Conakry.

Une réévaluation des besoins par MSF au moment du démarrage de la PTME (incluant aussi l'analyse des besoins en termes de ressources humaines, matérielles, etc.) ainsi qu'avant d'envisager le transfert de la responsabilité à un autre acteur devrait pouvoir aider à mieux répondre aux particularités du contexte et augmenter l'équité pour la couverture santé universelle.

[24] https://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-cad-evaluation.htm

3.1.1.2. Réponse à un besoin important pour un système de santé non préparé en 2003

MSF a été un des premiers partenaires à apporter une réponse à l'épidémie de VIH depuis 2003. La composante PTME introduite en 2011 est pertinente du fait que l'épidémie voyait une prévalence de 2,1% pour les femmes contre 1,4% pour la population générale adulte (15-49 ans) et 1,2% pour les hommes[25].

L'intervention a été concentrée sur les zones à prévalence plus élevée en Guinée avec le démarrage du projet VIH à Nzérékoré puis à Conakry qui affichaient des prévalences respectives de 1,7% et 2,1. Le système de santé de la Guinée connaissant déjà des problèmes pour répondre aux besoins des populations a été encore fragilisé par l'épidémie d'Ebola de 2014-2015 qui a rendu encore plus difficile l'accès aux services de santé pour les personnes vivant avec le VIH. Ceci s'est traduit par la diminution de l'utilisation et de la disponibilité des structures de prise en charge du VIH, la réduction des tests de dépistage du VIH et la diminution de l'observance thérapeutique ou de la rétention des patients dans les soins[26]. Pendant ce temps, Médecins Sans Frontières (MSF) mettait en œuvre une approche d'espacement des rendez-vous semestriels, adaptée localement sous le nom de Rendez-vous de Six Mois (R6M), dans le but d'améliorer la rétention dans les soins. La proportion de personnes restant prises en charge à 18 mois et plus était de 90% dans le groupe R6M[27]. Néanmoins, aucune donnée n'a pu montrer comment cette approche aurait pu être adaptée aux femmes enceintes en PTME d'une manière spécifique au cours de l'épidémie d'Ebola. La nécessité du suivi régulier des femmes en PTME notamment pour les consultations prénatales et les vaccins indiqués au cours de la grossesse ne permet pas un déploiement de la stratégie R6M chez les ***femmes enceintes*** en PTME. Néanmoins, pour les femmes en suivis post-natal ou pendant l'allaitement maternel, des stratégies d'espacement des rendez-vous calqués sur le calendrier vaccinal pourraient être réfléchies pour faire coïncider les visites vaccinales de l'enfant aux visites de suivi de la mère pour son infection à VIH.

En Guinée, d'une manière générale, et au-delà des sites appuyés par MSF, le dépistage de la Syphilis chez la femme enceinte reste très faible, de l'ordre de 21,4% avec un taux de positivité de 6,6%[28]. Ceci montre l'importance d'accentuer les efforts de MSF sur la PTME en intégrant systématiquement le dépistage de la syphilis dans le paquet d'offre de la PTME avec le test Duosyphilis (dépistant VIH et Syphilis) déjà disponible.

D'une manière générale, le projet VIH a donc apporté un appui à la réorganisation des soins aux patients VIH, surtout en assurant la continuité des soins dans des contextes particuliers comme celui d'Ebola où le système de santé était débordé avec une réduction des services et la mobilisation des soignants sur la lutte contre Ebola.

---

[25] https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf

[26] Ndawinz, J. D., Cissé, M., Diallo, M. S., Sidibé, C. T., & D'Ortenzio, E. (2015). Prevention of HIV spread during the Ebola outbreak in Guinea. *The Lancet*, *385*(9976), 1393.

[27] Bekolo, C. E., Diallo, A., Philips, M., Yuma, J. D., Di Stefano, L., Drèze, S., & Tiomtore, O. W. (2017). Six-monthly appointment spacing for clinical visits as a model for retention in HIV Care in Conakry-Guinea: a cohort study. *BMC Infectious Diseases*, *17*(1), 1-10.

[28] https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GIN_2020_countryreport.pdf

3.1.1.3. Contribution du projet à la réponse à l'épidémie de VIH et à la réduction de la TME

Dès le début de l'épidémie de VIH en Guinée, les difficultés d'accès au dépistage et la faible couverture en traitement ARV ont été les problèmes majeurs rencontrés. Le paquet de gratuité pour les soins VIH est limité, avec notamment le traitement des infections opportunistes qui reste payant dans une large mesure, en dehors des structures appuyées par MSF qui continue d'offrir des soins avec un paquet de gratuité complet. L'appui de MSF est venu contribuer à accroître la couverture en PTME avec une intervention dans 8 sites prioritaires de la prise en charge du VIH à Conakry.

L´évaluation a démontré une reconnaissance de MSF par les acteurs et partenaires nationaux comme internationaux en Guinée comme un partenaire clé à l'avant-garde pour la prise en charge des personnes vivants avec le VIH en Guinée, et plus spécifiquement sur la composante PTME. Cette reconnaissance lui est value suite à son intervention sur les domaines suivants :

- Appui sur le dépistage et suivi des femmes enceintes avec un accompagnement psychosocial ;
- Organisation de la PEC du VIH pédiatrique ;
- Approvisionnement en médicaments ARV et médicaments contre les IO;
- Intervention dans la formation continue du personnel soignant ;
- Appui technique au Ministère de la Santé, notamment dans l'élaboration des documents normatifs et des différents guides / protocoles de prise en charge des patients ;
- Renforcement des plateaux techniques pour la réalisation des examens de laboratoire (CD4, CV, le dépistage PCR, etc.) avec dotation d'équipements et approvisionnement en intrants ;
- Payement des incitatifs au personnel de la prise en charge du VIH, tels que prime de performance.

3.1.2. ANALYSE ET CONCLUSION SUR LA PERTINENCE DE LA COMPOSANTE PTME PROJET

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est une cause majeure de Sida pour l'enfant en Afrique. Sa prévention nécessite en premier lieu d'encourager les futures mères à se faire dépister mais cela nécessite aussi que les tests de dépistage soient rendus disponibles et accessibles. La mise sous traitement de la mère vise alors à prévenir l'infection à VIH chez l'enfant et organiser son suivi après la naissance. En l'absence des services de prise en charge adaptés, plus de la moitié des enfants infectés meurent avant l'âge de 2 ans et seulement 10% atteignent cet âge[29]. En absence de traitement, le risque combiné de TME/VIH in utero et intrapartum est de 15 à 30% et ce risque est augmenté chez l'enfant nourri au lait maternel de 20 à 45%. Le traitement antirétroviral appliqué chez une femme VIH positif au début de sa grossesse, peut réduire de façon significative le risque de transmission de l'infection de la mère à l'enfant et peut cependant contribuer à la réduction du taux de transmission du VIH. Le nombre d'enfants infectés par an ne cessait d'augmenter jusqu'en 2002, année où il a atteint

[29] http://www.sfls.aei.fr/userfiles/Prise_en_charge_globale_du_VIH_Guide_formation_paramedical.pdf

son niveau maximum, soit environ 590 000. En 2010, il était de 350 000 selon les estimations de l'OMS[30].

Avec une épidémie à prédominance féminine et les défis d'accès au dépistage et au traitement en Guinée au début de l'épidémie à VIH et longtemps après, l'introduction de la composante PTME au projet VIH de MSF en Guinée était pertinente. Certes des avancées ont été réalisées en matière de PTME avec une réduction de la TME à 16% en Guinée mais il reste à faire pour atteindre les objectifs de réduction (<7% en 2019) et d'élimination (<5% en 2023) du plan national d'élimination de la TME de la Guinée. Dans les sites PTME appuyés par le projet VIH de MSF, la TME en 2021 était à 12% pour une cible visée de faire passer cette transmission à moins de 5% ce qui justifie la pertinence du maintien de l'intervention en PTME au niveau de la Guinée. Néanmoins, il faut rappeler que la feuille de route du projet de 2021-2025 ne mentionne pas spécifiquement les actions de PTME comme une composante prioritaire et moins encore les actions de rattrapage pour atteindre l'objectif principale de la PTME sur le projet.

La faiblesse du système pour répondre à tous besoins de la lutte contre le VIH, faiblesse aggravée par l'épidémie d'Ebola en 2014 puis la pandémie de Covid-19 depuis 2020, prouve la nécessité d'investir dans le renforcement du système de santé avec un projet orienté catalyseur de changement sur la PTME. En effet, le projet VIH n'a pas élaboré une théorie de changement spécifique à la composante PTME.

3.2. COHÉRENCE

L'analyse de la cohérence permet de réponde à la question évaluatrice suivante :

QE 2 : La composante PTME est-elle bien conçue pour répondre aux priorités et aux besoins des parties prenantes ?

3.2.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS SUR LA COHÉRENCE

3.2.1.1. Intervention sur une priorité nationale en matière de lutte contre le VIH

La Guinée a élaboré un plan national pour l'élimination de la transmission mère-enfant et a inscrit la PTME comme priorité de la lutte contre le VIH. Ce plan a fixé les objectifs suivant en matière de PTME[31] :

- Ramener à 7% la TME en 2019 (Objectif de réduction) ;
- Ramener à 5% la TME en 2023 (Objectif d'élimination).

[30] Soubeiga, S. T., Compaore, R., Djigma, F., Zagre, N., Assengone, E., Traore, L., & Simpore, J. (2015). Evaluation du traitement antiretroviral chez les femmes enceintes VIH-1 positif, sur la transmission de l'infection de la mere a l'enfant: cas du Centre Medical Saint Camille de Ouagadougou, au Burkina Faso. The Pan African Medical Journal, 20.

[31] https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GIN_2020_countryreport.pdf

Ceci est cohérent avec la cible fixée par MSF sur la composante PTME du projet VIH avec une cible de réduction de la TME chez les enfants exposés au VIH établie à moins de 5% indiquant donc un alignement de MSF sur les priorités nationales.

Il faut donc noter que la réduction à moins de 5% de la TME dans les sites MSF avant 2023 pourrait démontrer l'importance et l'efficacité des approches déployées. La section efficacité du présent rapport examine la contribution du projet MSF à la réalisation des cibles nationales en matière de progression vers l'élimination de la TME en 2021 au sein des sites appuyés par MSF.

3.2.1.2. Adaptation du projet à l'évolution du contexte et des besoins

Avec l'augmentation du nombre de PVVIH en général et de ceux sous traitement ARV en Guinée, MSF a progressivement étendu ses activités et renforcé son action au fur des années notamment avec la rénovation des structures de santé et la formation du personnel.

Le projet a progressivement ajusté sa stratégie sur la PTME notamment avec la mise à jour des protocoles de traitement (Intégration de la bithérapie AZT/NVP[32] pour la prophylaxie chez les enfants exposés au risque de TME du VIH) mais cette mise à jour a été tardive en 2020-2021 avec beaucoup de nourrissons ayant continué à recevoir une seule molécule en prophylaxie (soit AZT, soit NVP).

Pour la mise en œuvre des activités sur la PTME financées par le Fonds Mondial, l'ONG Jhpiego a été retenu comme sous-récipiendaire, ajoutant ainsi un autre acteur clé sur le volet PTME en Guinée. Cette ONG effectue des activités dans les sites appuyés par MSF mais uniquement sur les volets d'appui à la prévention des infections (non-duplication). L'évaluation n'a pas noté de cadre d'harmonisation des pratiques entre les différents intervenants sur la PTME et certains acteurs rencontrés pensent que bien que le travail de MSF sur la PTME soit appréciable, MSF n'associe pas suffisamment les autres acteurs dans les prises de décisions et déploient souvent ses propres protocoles sans toujours de concertation avec d'autres acteurs.

Il faut noter qu'avec la présence d'autres acteurs et les financements du Fonds Mondial, MSF a commencé un retrait / désengagement progressif de l'appui sur l'approvisionnement en médicaments ARV de première ligne et en gestion de l'accès aux tests de la charge virale. En effet, les réactifs pour la charge virale sur les plateformes ouverte (OPP) et les plateformes fermées (Abbott) seront désormais achetés sur les financements du Fonds Mondial et de l'Etat. Il faut néanmoins noter que le Fonds mondial ne paie que 40% du montant budgétisé pour la PTME (et le VIH) et que 60% restants sont à la charge de la partie nationale qui n'arrive pas toujours à honorer ses engagements.

L'arrêt du payement des ARV de première ligne par le projet MSF et son désengagement risque donc de mettre en péril les progrès réalisés. L'ONG Jhpiego est tributaire des financements du FM comme sous-récipiendaire (le PNLSH est principal récipiendaire), donc incapable de compenser seule les 60% sans contribution de l'Etat ou d'autres acteurs dont MSF.

Avec les difficultés que connaît le système de santé, aggravées par le poids de la pandémie de Covid-19, il semble qu'il était prématuré de transférer la responsabilité à d'autres acteurs, notamment sur la gestion de l'offre de l'examen de charge virale VIH. Il faut noter qu'au moment de l'évaluation, les

[32] AZT : Zidovudine ; NVP : Névirapine

entretiens ont fait état de plusieurs échantillons de sang en attente de test de charge virale depuis environ 7 mois à cause d'une rupture en intrants. Les patients des sites MSF, eux, continuent néanmoins de bénéficier de l'examen de charge virale pour les cas de VIH avancé et ceux de la PTME sur des appareils GeneXpert. Il s'agit en effet d'une expérience qui peut être capitalisée au niveau de la Guinée en optimisant l'utilisation des appareil GeneXpert disponible au sein des hôpitaux. Il existerait des appareils GeneXpert dans tous les hôpitaux préfectoraux de la Guinée, achetés dans le cadre de la lutte contre Ebola en 2014-2015 et d'autres achetés pour le diagnostic de la tuberculose ce qui permettrait une décentralisation de l'examen de charge virale VIH. La décentralisation de l'examen de charge virale (Sur GeneXpert et sur d'autres plateformes) pourrait contribuer à l'amélioration du suivi des femmes en PTME, pouvant être utilisée comme un marqueur objectif de l'observance thérapeutique de ces femmes, prédictif du risque de transmission du VIH de la mère à son enfant (il est admis qu'avec une charge virale <1000 copies de virus/ml de sang, le risque de transmission du VIH tend à disparaitre). L'accès à la PCR aiderait également au diagnostic du VIH pour les bébés exposés, à 6 semaines et à 9 mois. Il reste important de préciser qu'il ne faut pas plaider uniquement pour l'utilisation des GeneXpert mais plutôt des différentes plateformes. En termes d'efficacité, plusieurs études confirment l'efficacité des deux plateformes et que les tests quantitatifs et qualitatifs sur GeneXpert sont aussi des outils prometteurs pour surveiller l'efficacité du traitement chez les patients VIH sous traitement et pour le diagnostic précoce chez les nourrissons exposés au VIH. Les appareils GeneXpert sont de véritables outils de diagnostic au chevet du patient ne nécessitent pas d'infrastructure de laboratoire sophistiquée, de réactifs coûteux ou de personnel qualifié pour fournir des résultats de test et ils éliminent le défi logistique du transport des échantillons vers les laboratoires centraux[33].

Avec la décentralisation de la PTME, selon l'évaluation faite en 2016, il existerait une différence de qualité de la prise en charge globale du VIH entre le CMC de Matam (plus grande structure) et les structures décentralisées. En effet, à ce moment, l'appui psychosocial était plus renforcé à Matam que dans les structures périphériques et l'accès aux ARV, médicaments et aux examens présentait aussi des différences entre ces structures. Il faut noter qu'un travail d'harmonisation de la qualité a été effectué depuis cette évaluation pour prendre en compte les spécificités des structures périphériques notamment avec la mise en place des conseillers psychosociaux dans les autres structures (en plus de Matam). Les besoins en PTME ont également été couverts en mettant en place un paquet PTME dans les structures décentralisées. En effet, la qualité des soins mise en place dans les structures décentralisées devrait se rapprocher de celle instaurée à Matam dans la mesure du possible.

La feuille de route du projet pour la période 2021-2025 n'intègre pas de manière suffisamment claire l'orientation stratégique de MSF sur la PTME au cours de cette période, laissant penser que les réflexions sur un éventuel transfert de responsabilité à un autre acteur auraient pris le dessus. Toutefois, même en envisageant ce transfert, il reste pertinent et important de faire ressortir les modalités de ce transfert dans la feuille de route ainsi que le positionnement de MSF par rapport à la PTME par la suite.

[33] Ceffa, S., Luhanga, R., Andreotti, M., Brambilla, D., Erba, F., Jere, H., ... & Marazzi, M. C. (2016). Comparison of the Cepheid GeneXpert and Abbott M2000 HIV-1 real time molecular assays for monitoring HIV-1 viral load and detecting HIV-1 infection. *Journal of virological methods*, *229*, 35-39.

3.2.2. ANALYSE ET CONCLUSION SUR LA COHÉRENCE DU PROJET

Les objectifs du projet sur la composante PTME étaient cohérents avec les objectifs du plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant de la Guinée. Le projet a progressivement ajusté sa stratégie sur la PTME notamment avec la mise à jour des protocoles de traitement nonobstant le retard d'application de ces nouveaux protocoles avec de nombreux nourrissons ayant continué à recevoir une seule molécule en prophylaxie.

3.3. EFFICACITÉ

L'analyse de l'efficacité du projet sur la composante PTME a cherché à répondre à la question évaluatrice suivante :

- ***QE 3: La composante PTME atteint-elle les objectifs prédéfinis et les résultats attendus ?***

3.3.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

3.3.1.1. Dépistage des femmes

Le premier 90%[34] a été atteint pour les femmes enceintes. Les visites sur le terrain ont relevé une proposition du dépistage du VIH lors de la 1ère CPN, pendant l'accouchement, mais aussi lors des visites aux unités de vaccination et de nutrition. Il faut néanmoins noter que cette donnée n'est rapportée que pour les femmes dépistées en consultation prénatale ou lors de l'accouchement. L'indicateur ne prend pas en compte le nombre de femmes dépistées au cours de l'allaitement alors que les directives sur la PTME recommandent de tester les femmes jusqu'à la fin de l'allaitement maternel au sein. Il faut noter que la couverture CPN est faible en Guinée (67% en 2017), ce qui signifie que 1/3 des femmes non dépistées pendant la grossesse ne sont pas comptabilisées. En effet, la performance appréciée par cet indicateur comporte donc un biais d'interprétation car ne prenant pas en compte toute la cohorte de femmes éligibles au dépistage dans le cadre de la PTME.

En effet, il s'agit d'un aspect de la PTME à renforcer avec un dépistage répété jusqu'à la fin de la période d'allaitement maternel. Il est connu qu'en cas de primo-infection (premier contact avec le virus), la charge virale du VIH augmente rapidement et par là le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant serait très élevé. La proportion de femmes allaitante ayant bénéficié d'un test de dépistage n'est pas ressortie dans les rapports du projet car cette donnée n'est pas suivi d'une manière spécifique en PTME sur le projet.

3.3.1.2. Suivi des femmes VIH+

Plus de 1000 femmes enceintes séropositives ont été suivies en PTME dans les sites accompagnés par MSF sur 6000 suivies en PTME pour toute la Guinée en 2020, et ainsi bénéficié de la composante PTME, démontrant la contribution de ces structures à la prise en charge de la PTME.

Parmi les services donnés aux femmes en plus du dépistage du VIH figurent :

[34] De la stratégie 90-90-90 par rapport à la PTME: 90% des femmes vivant avec le VIH sont dépistées et connaissent leur statut – 90% des femmes dépistées sont mises sous traitement ARV – 90% des femmes séropositives sous ARV ont une charge virale indétectable.

- ***La mise sous traitement ARV pour toutes les femmes enceintes et /ou allaitantes dépistées VIH+.*** Un stock d'ARV était disponible auprès des sages-femmes pour permettre cette initiation immédiate du traitement et un inventaire journalier était réalisé ;

- ***Le screening de la tuberculose***, avec mise sous traitement préventif à l'isoniazide si le screening est négatif pour une période de 6 mois ;

- ***L'examen de CV pour toutes femmes VIH+ enceintes*** et les nouvelles femmes diagnostiquées (femmes allaitantes notamment);

- ***Appui psychosocial*** pour les nouvelles diagnostiquées et les patientes en retard de visite et lors des consultations de suivi;

- ***Offre de service de planning familial*** *incluant* la pause d'implants et de dispositifs intra-utérins, etc. fournis par le Ministère de la Santé. Il s'agit en effet d'un pilier spécifique de la PTME naissant avec très peu de femmes rapportées avoir bénéficié de ce service (20 femmes).

Il faut noter que les dépistages du cancer du col pour les femmes VIH+ ainsi que celui de la syphilis ne sont pas systématiques dans les structures de santé visitées. N'ayant pas inscrit dans le projet ces activités comme activités connexes de la PTME, même si ne tombant pas directement sous le parapluie de la PTME, il semble qu'une faible attention leur a été accordée (ces activités ne sont pas suivies ou rapportées). On connaît toutefois le rôle des infections sexuellement transmissibles dans la transmission du VIH de la mère à l'enfant, avec augmentation du risque en cas de lésions génitales chez la mère.

3.3.1.3. PEC des enfants exposés au VIH

A partir des données disponibles sur le projet, 2371 enfants exposés ont été suivis dans les structures de santé appuyées par MSF à Conakry de 2016 à 2021.

Il ressort des rapports sur l'application de la cascade PTME sur la période de 2018 à 2021 que seuls les enfants exposés au cours de la grossesse (femmes entrées en PTME par la CPN) et de l'accouchement (femmes entrées en PTME à l'accouchement) étaient testés. Les tests pour les enfants exposés au cours de l'allaitement maternel n´ont commencé qu´en 2020 (*voir la Figure 3 de la page suivante*).

Le pourcentage de nourrissons séropositifs est très élevé, entre 12% et 7% respectivement au premier et deuxième trimestre de l'année 2021. Il faut néanmoins noter qu'il s'agit majoritairement d'enfants dont les mères étaient enrôlées en PTME tardivement (parturientes et allaitante) et non de la population générale de femmes séropositives (celles ayant commencé la PTME en CPN). Il est important de souligner qu'il n'est pas possible de conclure avec certitude sur la qualité des soins en PTME bien que les facteurs de faible performance des indicateurs en PTME peuvent être multiples, certains dépendant des causes non contrôlables par le projet. Alors qu'un niveau de performance globale de 92% est rapporté pour les structures de santé appuyées dans l'outil de suivi des indicateurs du projet (Monitool), la non-atteinte de la cible de la PTME peut également amener à question la fiabilité de cette performance. Une amélioration du suivi des données en détaillant les évolutions des tests chez les enfants suivis en PTME pour les mères enrôlées tardivement avec test négatif permettraient de mieux apprécier la qualité du suivi pour ce groupe de femmes.

Le graphique suivant montre la variabilité de la TME dans les centres appuyés par MSF selon la période d'entrée en PTME, ce qui confirme la nécessité de renforcer les actions de PTME au cours de la période de grossesse et notamment accroître le test du VIH chez les femmes enceintes pour minimiser le risque d'entrée tardive en PTME augmentant le risque de TME.

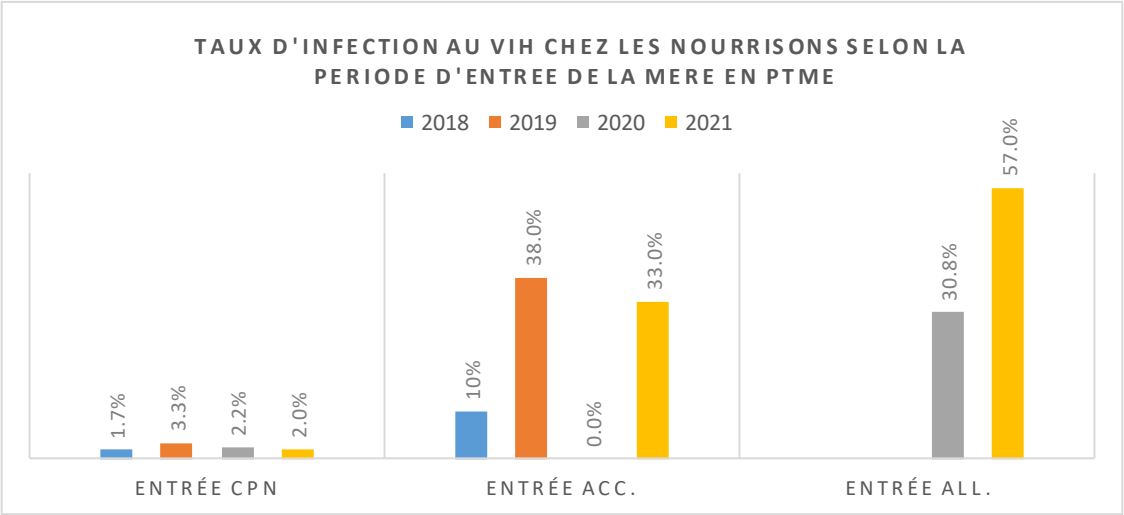

Figure 3. Taux d'infection à VIH chez les nourrissons selon le moment d'entrée en PTME chez la mère – structures appuyées par MSF

Le graphique montre que le taux d'infection est plus élevé chez les enfants nés de mères séropositives entrées en PTME au cours de l'allaitement (30,8% en 2020 et 57% en 2021) ou pendant l'accouchement (33% en 2021). Le taux d'infection chez les enfants nés de femmes entrées en PTME au cours de la CPN est resté faible, entre 1,7% et 2% sur la période de 2018 à 2021. Néanmoins, aucune donnée n'a fourni les détails concernant à quel trimestre de grossesse les femmes sont entrées en PTME via la CPN. Cette donnée est importante pour le projet pour confirmer l'importance de la réalisation de la CPN tôt pendant la grossesse (Au premier trimestre de la grossesse) et pourrait servir d'outil de plaidoyer ou de sensibilisation sur l'intérêt d'une première CPN précoce pour la PTME. Ainsi, les taux élevés d'enfants infectés chez les femmes entrées tardivement en PTME confirment l'intérêt du dépistage précoce du VIH chez toutes les femmes en âge de procréer (premier pilier de la PTME).

Les enfants exposés sont testés selon un protocole MSF établi pour la PCR et le test de dépistage rapide du VIH. Le suivi est effectué pour les enfants jusqu'à 24 mois de vie. Il se pose ici une question importante du bénéfice de l'allaitement maternel après 18 mois par rapport au risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel lorsqu'un enfant observe un régime alimentaire mixte (allaitement maternel plus autres aliments). La période des 1000 premiers jours de vie de l'enfant connue comme la première fenêtre d'opportunité en nutrition devrait être discutée dans le cas précis de la PTME, avec mise en route d'un soutien nutritionnel aux mères souhaitant arrêter l'allaitement à 18 mois après un test de dépistage négatif (18 mois correspondant à l'âge auquel il y a distinction entre les anticorps VIH de l'enfant de ceux de la mère). Les bases de données et les différents rapports produits par le projet ne permettent pas de savoir le nombre d'enfants qui auraient été contaminés après 18 mois de vie en raison de la poursuite de l'allaitement maternel. Cette réflexion devrait amener à la révision des protocoles de la PTME en concertation avec les experts en nutrition. Certains pays arrêtent la PTME à

18 mois afin d'écarter le risque de transmission du VIH par le lait maternel après cet âge. Quand l'alimentation de remplacement est acceptable, faisable, financièrement abordable, durable et sûre, il est recommandé aux mères séropositives de renoncer à l'allaitement au sein[35].

Il reste important de soutenir la révision des protocoles MSF appliqués en rappelant que le risque de transmission est de 5 à 10% pendant la grossesse, 10 à 20% pendant l'accouchement, de 5 à 10% durant les 6 premiers mois de l'allaitement et de ***10 à 15% quand la période d'allaitement est étendue à 24 mois***[36]. Bien que ce risque baisse avec le traitement de la mère, il reste un risque résiduel, surtout en considérant le faible taux de rétention des femmes en PTME constaté, il est important d'adopter des stratégies adaptées au contexte du projet et donc de potentiellement revoir le contenu des protocoles développés par MSF. Les directives internationales et les procédures opérationnelles standards sont en effet des outils génériques d'orientation des interventions mais MSF en élabore des protocoles internes plus opérationnels qu'il faut adapter et actualiser selon le contexte et l'évolution des besoins.

Il y a eu une mise à jour des protocoles nationaux pour la PTME avec l'introduction d'une prophylaxie à base de l'AZT+NVP validée en 2019 avec une application assez tardive commencée en 2021 sur le projet VIH de MSF selon les entretiens. En effet, MSF recommande cette combinaison pour les enfants à haut risque (enfants de mères entrées en PTME tardivement au moment de l'accouchement ou au moment de l'allaitement)[37]. Néanmoins, les extractions de la base de données Tier.net montre que, sur l'ensemble des enfants suivi, 563 ont bénéficié d'une bithérapie dont 199 mis sous AZT et NVP entre 2017 et 2020, soit avant la validation de cette approche. Si ces enfants étaient de la catégorie des enfants à haut risque, ils ont alors bénéficié d'une anticipation de la stratégie sur le projet, mais se pose alors la question du suivi des recommandations ou des protocoles dans certains cas. Il n'est pas aussi possible, sans exploiter les dossiers spécifiques de chaque enfant, de savoir s'ils ont bénéficié de l'AZT et de la NVP en même temps ou s'il s'agit de molécules reçues à des moments différents, notamment dans le cadre d'un changement de médicament à cause d'un effet secondaire (comme l'anémie dans le cas spécifique de l'AZT) ou d'une contre-indication (associations contre-indiquées avec d'autres traitements), etc. La conclusion de l'évaluation à ce sujet est donc à prendre avec réserve mais devrait permettre au management du projet d'initier des réflexions plus poussées dans la suite de l'intervention du projet, notamment sur l'exploitation des données de la prise en charge en PTME.

Le taux de prophylaxie chez les nourrissons était à 80% pour l'année 2020 mais l'indicateur n'a pas été suivi pour 2021. Il faudrait néanmoins parler du taux d'initiation de la prophylaxie car cette donnée est nuancée par un taux de rétention très faible chez les enfants de 0 à 4 ans (38% au premier et deuxième trimestre de 2021 dans le Monitool). La mise en route de la prophylaxie et la rétention dans les soins (Surtout pour la prophylaxie en excluant la rétention pour les enfants confirmés positifs au VIH) devraient être suivies et soutenues ensemble car elles sont complémentaires pour la réduction du risque de TME.

---

[35] https://www.unhcr.org/fr/4b9f9f315.pdf

[36] Soubeiga, S. T., Compaore, R., Djigma, F., Zagre, N., Assengone, E., Traore, L., ... & Simpore, J. (2015). Evaluation du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes VIH-1 positif, sur la transmission de l'infection de la mère à l'enfant: cas du Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou, au Burkina Faso. The Pan African Medical Journal, 20.

[37] https://samumsf.org/sites/default/files/2021-05/PTME%202020%20%281%29.pdf

Le faible taux de rétention, bien que ne détaillant pas la rétention dans les soins de prophylaxie pour les nourrissons et les enfants sortis sous traitement (enfant infectés), pourrait expliquer le taux de TME restant supérieur aux cibles poursuivies par le projet et le plan national d'élimination de la TME en Guinée.

Des points positifs ont été relevés au niveau de l'organisation de la mise en route de la prophylaxie chez les nourrissons. Il s'agit de la mise en route d'un régime de traitement basé sur ABC+3TC+LPV/r initié immédiatement après la confirmation de l'infection chez l'enfant, et l'approvisionnement des mères VIH+ avec un sirop NVP/AZT pour leurs futurs bébés dès le 8ème mois de grossesse, afin de minimiser les risques d'initiation tardive de la prophylaxie.

3.3.1.4. Intrants & médicaments

Le projet a contribué à la fourniture des médicaments de première et deuxième ligne depuis l'année 2003. En 2016, une décision de retrait progressif de la fourniture des médicaments de première ligne sur trois ans a été prise. Depuis 2019, MSF s'est désengagé de la fourniture des médicaments de première ligne mais en raison des difficultés d'approvisionnement au niveau national par le Ministère de la Santé, MSF garde un stock tampon qu'il utilise par moment pour suppléer aux ruptures de stocks nationaux comme prêts. L'observation dans les structures de santé visitées a permis de constater les points positifs suivants :

- Disponibilité des intrants du dépistage VIH et Syphilis ;
- Disponibilité des ARV (Atripla, AZT Sp ; AZT/3TC cp; NVP sp et ABC+3TC+LPV/r)[38] et des médicaments pour le traitement des infections opportunistes;
- Disponibilité des intrants pour le planning familial ;
- Réalisation d'un inventaire régulier des médicaments et autres intrants au sein des structures.

Il faut néanmoins noter que les évaluateurs n'ont pas eu accès au rapport de la chaîne d'approvisionnement de MSF afin d'apprécier l'approvisionnement en ARV pour la PTME et les croiser avec les données issues de l'observation et des entretiens avec les acteurs rencontrés.

Au premier trimestre de 2022, le taux de dépistage des femmes pour le VIH était à 98%. Néanmoins, il faut aussi noter qu'il y a eu une rupture des intrants de dépistage et du sirop Cotrimoxazole (essentiel dans la prévention et le traitement de beaucoup d'infections opportunistes) durant 3 semaines au mois de février 2022.

L'indicateur trimestriel sur le pourcentage d'ARV en rupture au moment des inventaires mensuels réalisés dans les structures de santé montre des taux de rupture entre 10% et 16% aux premier et deuxième trimestres de 2021 pour une cible fixée à moins de 5% ce qui montre un dysfonctionnement de la chaîne d'approvisionnement et cela pourrait encore s'accentuer avec le désengagement de MSF de l'approvisionnement en ARV de première ligne et retarder la réalisation de l'objectif de moins de 5% de TME. La Pharmacie Centrale de Guinée n'arrive pas toujours à satisfaire les commandes d'ARV

[38] ABC: Abacavir; 3TC: Lamivudine; LPV: Lopinavir ; r: ritonavir

des sites avec des taux de satisfaction restant faibles (55% au premier trimestre de 2021 et 42% au deuxième trimestre de la même année). Ceci a conduit au dépassement des prévisions du projet pour les commandes, de l'ordre de 48% au premier trimestre de 2021 et 29% au deuxième trimestre de la même année pour un seuil maximal qui ne devrait pas dépasser 20% des prévisions.

3.3.1.5. Laboratoire

Tous les centres où se trouve les sites PTME appuyés par MSF disposent d'un laboratoire et certains examens comme le test des CD4, le test de grossesse, le TB lam, le test CrAg, et le test à la bandelette urinaire sont réalisés sur place. Les autres examens comme ceux de la biochimie, le test PCR, et la CV sont réalisé au laboratoire de MSF situé au niveau du CMC Matam. Pour l'acheminement des échantillons au laboratoire de MSF à partir des sites de prise en charge, un circuit de transport des échantillons a été mis en place utilisant deux motos pour les sites les plus proches et un véhicule pour les sites les plus éloignés.

La performance du fonctionnement du circuit de réalisation a été appréciée par le fait que dans la majorité des cas les résultats des différents examens sont rendus disponibles sous 24 à 48 heures.

Il faut noter qu'en dehors des sites appuyés par le projet de MSF, la réalisation de l'examen de charge virale reste limitée avec un faible accès à cet examen pour les patients car cet examen n'est pas encore décentralisé à travers la Guinée (concentré à Conakry). La problématique des ruptures de stocks d'intrants de charge virale dans les laboratoires non-MSF ainsi que les difficultés d'acheminement des échantillons au laboratoire national sont d'autres facteurs limitant (d'où la mise en place par MSF de son propre circuit de transport des échantillons pour les patients suivis dans les structures qu'elle appuie). Cela conduit à conclure que le désengagement de MSF serait prématuré et que les efforts doivent se concentrer sur le renforcement des capacités locales en matière de gestion des stocks et d'approvisionnements en intrants, voire en médicaments pour les quatre prochaines années de la feuille de route 2021-2025 du projet du projet VIH de MSF en Guinée. Pour ce qui est du renforcement des capacités, au niveau de la Guinée, au moins trois laborantins ont été habilités pour la réalisation de l'examen de la charge virale dans le cadre d'un projet porté par l'ONG Solthis. Ces derniers sont chargés par la suite de la formation des autres techniciens de laboratoire pour la réalisation de la charge virale.

3.3.1.6. Appui psychosocial des femmes VIH+ en PTME et participation communautaire

Les activités d'appui psychosocial qui sont intégrées dans la prise en charge des patients passent par les groupes de parole sur le VIH en salle d'attente CPN pour les femmes et abordent également l'intérêt du dépistage et l'observance du traitement ARV. Des entretiens individuels sont réalisés dans le cadre du pré et post-test de dépistage et l'évaluation a noté la disponibilité des supports de sensibilisation de type boîte à images.

Il faut noter que le dispositif d'appui psychosocial et la participation communautaire s'appuient sur plusieurs autres activités visant à rendre les patients acteurs de leur parcours de soins. L'évaluation a noté les activités suivantes :

- Initiation des associations de PVVIH (formation en gestion d'une association, appui matériels et financiers, etc.);

- Initiation des groupes d'éducation thérapeutique ;
- Installation des PODI (Point de Distribution Communautaire d'ARV – Etape importante de la décentralisation du traitement ARV) ;
- Initiation du R6M/R3M (Espacement des rendez-vous à 6 mois ou 3 mois) dans le cadre des soins différenciés des patients (Une des thématiques cible du FM actuellement) ;
- Mis en place des patients experts avec des témoignages à visage découvert.

Malgré une forte implication des conseillers psychosociaux qui sont pour la plupart aussi des personnes vivant avec le VIH, le taux de rétention à long terme des enfants dans les soins reste faible, aux 38% (dernière donnée de 2020). Il se pose alors la question du suivi des femmes séropositives dans leur milieu de vie et le soutien à leur famille (4ème pilier de la PTME). Vue l'importance de la stigmatisation liée au VIH en Guinée et le non-partage fréquent du statut séropositif aux conjoints, le devenir du suivi des enfants infectés sortis de la PTME reste préoccupant. Le projet devrait pouvoir mieux préparer la sortie des enfants de la PTME et articuler leur suivi avec celui de la mère et dans la mesure du possible, s'appuyer sur les conseillers psychosociaux pour relancer les visites à domiciles pour encourager l'observance et la rétention dans les soins. Les nouvelles composantes de testage de partenaires, de la PREP et du SRH devraient aider à cette fin.

3.3.1.7. Réalisation des indicateurs du cadre logique en lien avec la PTME

Plusieurs indicateurs ont été définis pour le projet VIH, mais peu l'ont été pour mesurer les interventions sur la PTME. Pour le T1 et T2 2021, les dernières données que les évaluateurs ont pu avoir, seuls 2 indicateurs du monitoring sheet étaient spécifiques à la PTME :

- Pourcentage de femmes enceintes se présentant en CPN ou à l'accouchement connaissent leur statut ;
- Pourcentage d'enfants exposés testés positifs pour le VIH.

Ceci signifie que les taux de testage de femmes pendant l´allaitement, l´incidence des infections opportunistes chez les femmes en PTME et leurs enfants, ou bien encore le taux de rétention pour les femmes spécifiquement PTME n´étaient pas suivis. Néanmoins, une base de données avec des informations sur les indicateurs spécifiques PTME pour le premier trimestre de 2022 est disponible mais ne peut être exploitée pour cette évaluation car ne permettant pas de suivre dans le temps (les années antérieures) ces informations.

L'objectif principal de réduction de la TME en dessous de 5% n'était pas atteint avec un taux de TME restant entre 7 et 12% (T1, T2 2021, les derniers chiffres disponibles aux évaluateurs). L'indicateur intermédiaire sur le taux de femmes enceintes connaissant leur statut a été réalisé à plus de 99% pour les femmes vues en CPN ou au moment de l'accouchement, ce qui veut dire que les femmes au contact des structures de santé ont été le plus bénéficiaire du traitement.

Aucun indicateur dans le Monitool ne montre le taux de dépistage des femmes au moment de l'allaitement et les évaluateurs s'interrogent sur la raison de l'absence de ce moment clé de la

transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la définition des indicateurs. Plusieurs autres indicateurs de la PTME qui pourraient faciliter l'appréciation de la performance du projet sur cette composante n'ont pas été établis. Il s'agit notamment du taux de rétention des femmes ou de l'observance des femmes en PTME. Il convient cependant de noter que la documentation mise à disposition des évaluateurs n'a pas été représentative des données disponibles et suivies par le projet, et que les multiples outils de suivi des indicateurs rendent difficile une analyse globale cohérente.

L'indicateur sur l'appui psychosocial ne mentionne que le pourcentage de personnes initiées au traitement qui ont eu un entretien psychosocial. Il faudrait pouvoir relever si la personne a eu un accompagnement continu et pas seulement un entretien à l'initiation du traitement.

L´appui pour l'accès des femmes séropositives au planning familial n'a été introduit qu'en 2020 avec des résultats faibles (environ 20 femmes), alors que la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives est un pilier de la PTME. La mise en route de la prophylaxie préexposition (PrEP) pour les couples séro-discordants ne semblent pas encore avoir été introduite dans le cadre de la PTME.

Le taux global de rétention des personnes sous ARV en 2020, dernière année pour laquelle les évaluateurs ont reçu des informations sur l'indicateur, était inférieur à 50% et ce après soustraction des décès et des transferts.

Les données sur la prévention de la tuberculose ne sont pas systématiquement rapportées pour le groupe PTME bien que les visites dans les sites aient objectivé la mise en route du traitement préventif à l'isoniazide chez les femmes screenées négatives pour la tuberculose.

Le taux d'exactitude des données rapporté dans le Monitool pour la base Tier.net, au deuxième trimestre de 2021 est de 87% pour un seuil minimal de 95%. Avec ce seuil la marge d'erreur acceptable est donc de 5%.

Les indicateurs montrent des différences inexplicables du taux de transmission d'une année à l'autre, par exemple 2,5% de taux de transmission en 2015 contre 12% en 2019 alors qu'avec l'amélioration des services de PTME et l'extension de la couverture en ARV chez les femmes ce taux devrait rester bas. Il faudrait en cas de constations de telles discordances, envisager des études plus approfondies sur les projets pour comprendre ces dynamiques sur base d'exploration épidémiologique voire d'études socio-comportementales chez les femmes en PTME. Le croisement de ces taux avec ceux de la rétention des femmes en PTME ou plus spécifiquement de l'observance au traitement pourrait également servir de répondre à plusieurs hypothèses qui peuvent être émises pour tenter d'expliquer ces données.

L'évaluation a relevé plusieurs erreurs au sein de l'extraction de la base de données Tier.net fournie. Les principales erreurs constatées au niveau de la base de données sont :

a. <u>Des enfants sortis de la PTME avec résultats du dernier test de dépistage inconnu (16 au total)</u>

Réponse managériale de l'équipe projet : Les deux dernières colonnes de l'extraction de la base de données Tier.net portent à confusion car ne concernant que les résultats du test PCR alors que le

dernier réalisé pour confirmer la séronégativité de l'enfant au VIH après l'arrêt de l'allaitement maternel est le test rapide à 18 ou 24 mois. Le Module PTME de Tier.Net ne permet pas l'encodage des résultats des tests rapides mais uniquement de la PCR. La BDD a été nettoyée avec suppression des deux dernières colonnes.

Il faut aussi noter que les extractions de la base de données Tier.net fournies aux évaluateurs n'ont pas permis de vérifier le type de test de confirmation du statut VIH utilisé à la sortie de la PTME chez les nourrissons, car cette donnée n'était pas incluse.

b. Suivi marqué comme fini pour certains enfants sans résultats de PCR et sortis avant 18 mois

Réponse managériale de l'équipe projet : Le changement de version de Tier.net occasionne des pertes de données. En effet, après vérification code par code, on constate qu'il y a une différence entre les données individuelles et les données exportées. Nous avons rapporté le problème à l'équipe SAMU et les corrections ont été apportées à la base de données.

c. Les enfants sans conclusion sur l'outcome (résultat du suivi – positif ou négatif au VIH)

Réponse managériale de l'équipe projet : Les outcomes n'étaient pas à jour sinon tous les enfants sans 'outcome' sont suivis dans le programme PTME. (Voir BDD actualisée).

d. Taux de TME du VIH calculé par les évaluateurs, différent de celui du Monitool projet

Réponse managériale de l'équipe projet : Oui puisque dans les rapports le calcul tient compte non seulement des enfants des mamans qui ont suivi la PTME (donc encodés dans Tier.net) et les enfants dont les femmes n'ont pas suivi la PTME : allaitantes (les enfants sont déjà nés et infectés donc ne seront pas encodés comme exposés mais plutôt comme patient).

e. Des erreurs de saisie probablement, surtout sur l'âge des enfants et des femmes avec parfois des femmes de 80 ans en PTME et des enfants nés avant le démarrage des activités de PTME sur le projet

Réponse managériale de l'équipe projet : Ce sont des erreurs d'encodage car le module PTME de Tier.Net est très récent (l'encodage a commencé en 2018) et on avait encodé les femmes actives seulement.

f. Des erreurs sur la saisie de l'âge de la grossesse chez certaines femmes avec soit saisie en mois ou en semaines d'aménorrhée

Réponse managériale de l'équipe projet : Il s'agit en effet d'une petite erreur d'encodage où certains enregistrent l'âge de la grossesse en SA et d'autres en mois.

L'évaluation a permis à l'équipe projet d'apporter quelques corrections à la base des données mais il reste un travail à faire sur le paramétrage de la base de données pour améliorer le suivi, notamment en intégrant des facilités d'ajout d'autres plages de saisie des données selon les indicateurs que le projet souhaite suivre.

Il faut noter un point positif sur la réactivité de l'équipe projet par rapport aux commentaires des évaluateurs sur la qualité des données et l'engagement pris pour améliorer le suivi.

3.3.1.8. Utilisation des indicateurs standards PTME de l'OCB dans le cadre logique et le Monitool du projet

Aucun des indicateurs de la PTME proposés dans la liste standard de l'OCB (voir Tableau 5 ci-dessous) n'ont été suivis par le projet. Les indicateurs de suivi étaient également différents d'année en année comme illustrés sur les captures de tableaux de suivi des indicateurs présentés ci-dessous. Certains indicateurs ont été modifiés soudainement entre les années 2020 et 2021. De même, certains résultats des indicateurs ont tellement changé au cours de cette période que la validité des données peut être remise en question. Les évaluateurs n'ont reçu aucun rapport ou tableau des indicateurs avant 2015. En 2015, quatre indicateurs PTME ont été suivis. Pour la période 2016- 2018, sept indicateurs PTME ont été suivis. Pour 2019, les évaluateurs n'ont reçu aucune information. En 2020, il y avait dix indicateurs PTME. Enfin pour 2021, il n'y a que trois indicateurs PTME dans le Monitool pour T1 et T2. Les données de de T3 et T4 de 2021 sur les indicateurs n'ont pas été obtenus par les évaluateurs pour compléter l'analyse sur toute l'année 2021. La meilleure année en termes de suivi des indicateurs PTME fut l'année 2020, où le monitool suit aussi les données sur le PrEP[39] , la planification familiale, et la rétention des enfants et des femmes. La charge virale réalisée chez les femmes en PTME n'était malheureusement pas incluse comme indicateur en PTME.

Les monitoring sheets (Monitools) présenté ici montrent les différents changements intervenus dans le suivi des indicateurs du projet au fur des années.

Tableau 3. Indicateurs PTME 2016 (T3 & T4)

N°	Indicateurs PTME	T3	T4	Commentaires de l'équipe d'évaluation
1	> 90% des femmes enceintes se présentant en CPN1 sont dépistées pour le VIH	94%	95%	*Dépistées et connaissent leur statut ? Voir en 2020, les indicateurs sont mieux définis (femmes qui connaissent leur statut et c'est comme ça que les 3x90 de l'ONUSIDA sont définis).*
2	> 50% des femmes enceintes se présentant à l'accouchement sont dépistées pour le VIH (médian)[40]	27%	35%	
3	> 95% des femmes testées positives en CPN1 sont initiées aux ARVs	97%	91%	
4	> 95% des enfants exposés ont reçu la prophylaxie NVP/AZT	96%	100%	
5	> 95% des enfants exposés ont fait la PCR entre 6-10 semaines de vie	90%	91%	*(vs 8 semaines en 2019-2020)*
6	> 90% des enfants exposés ont fait un test rapide à 18-24 mois	75%	86%	*(vs 24 mois en 2019-2020)*
7	< 5% des enfants exposés nés de mère ayant suivi une PTME sont infectés par le VIH	2,5%	3,9%	

39 Prophylaxie (prévention) de la transmission du VIH au sein d'un couple sérodifférent par l'utilisation d'un traitement pris en préparation à une situation d'exposition au risque de contamination (rapport sexuel non protégé avec un partenaire connu séropositif)

40 dépistées et connaissent leur statut ? Voir en 2020, les indicateurs sont mieux définis (femmes qui connaissent leur statut et c'est comme ça que les 3x90 de l'ONUSIDA sont définis).

Tableau 4. Indicateurs PTME 2017 et 2018

N°	Indicateurs PTME	2017	2018	Commentaires de l'équipe d'évaluation
1	> 90% des femmes enceintes se présentant en CPN1 sont dépistées pour le VIH	98%	98%	
2	> 75% des femmes enceintes se présentant à l'accouchement sont dépistées pour le VIH (médian)	89%	86%	
3	> 90% des femmes testées positives en CPN1 sont initiées aux ARVs dans les 7 jours qui suivent le dépistage	97%	97%	
4	> 95% des enfants exposés ont reçu la prophylaxie NVP/AZT	100%	100%	
5	> 95% des enfants exposés ont fait la PCR entre 6-10 semaines de vie	91%	87%	*(vs 8 semaines en 2019-2020)*
6	> 90% des enfants exposés ont fait un test rapide à 18-24 mois	78%	70%	*(vs 24 mois en 2019-2020)*
7	< 5% des enfants exposés suivis sont dépistés positifs au VIH	12%	5,4%	

Tableau 5. Indicateurs PTME 2019 & 2020

N°	Indicateurs PTME	2019	2020	Commentaires de l'équipe d'évaluation
1	> 90% des femmes enceintes se présentant en CPN1 connaissent leur statut VIH	*Pas de données*	99,30 %	*les indicateurs sont mieux définis que les années précédentes (femmes qui connaissent leur statut) en ligne avec les 3x90 de l'ONUSIDA.*
2	> 95% des femmes enceintes se présentant à l'accouchement connaissent leur statut VIH	*Pas de données*	99,34 %	
3	> 90% des femmes PTME de la cohorte sont dans la file active	*Pas de données*	70,08%	
4	> 95% des enfants exposés ont reçoivent la prophylaxie	*Pas de données*	89,35%	
5	>95% des enfants exposés ont eu un test virologique à 8 semaines	*Pas de données*	91,21%	*vs les années antérieures 6 à 10 semaines.* *Pas d'évolution vers un test PCR à la naissance (conditionnel mais pas systématique)*[41]*.*
6	> 90% des enfants exposés ont fait ont eu un test sérologique à 24 mois	*Pas de données*	83,69%	*vs 18-24 mois en 2017 et 2018. Qu'est-ce qui peut avoir poussé à ce*

[41] Test systématique selon les recommandations standards (6/8 semaines, 9 mois) et test conditionnel dans les situations particulières (à la naissance pour les enfants nés de mères dépistées en salle d'accouchement / mère avec charge virale élevée au moment de l'accouchement, bébé de mère décédée du VIH pour décider de la conduite, etc.).

N°	Indicateurs PTME	2019	2020	Commentaires de l'équipe d'évaluation
				changement ? D'où une des recommandations de l'évaluation de revoir ce protocole et faire le test rapide à 18 mois[42]
7	< 5% de tous les enfants exposés suivis sont dépistés positifs pour le VIH	*Pas de données*	6,11%	
8	>5 partenaires par mois ont fait l'autotest oral	*Pas de données*	4,83	*Indicateur non pertinent. S'il s'agit d'un partenaire positif le test ne saurait être proposé. De plus une valeur absolue ne montre pas la performance du projet sur cette activité d'autotest. Ce serait plutôt intéressant de dire "Pourcentage de partenaires ayant réalisé un autotest oral au sein des couples connus sérodifférents"*
9	>10 PVVIH par mois acceptent la planification familiale	*Pas de données*	6	*10 femmes ? Ou les hommes aussi ? (la vasectomie est une contraception qui serait efficace dans le cadre de la PTME mais quelle acceptabilité culturelle en Afrique de l'Ouest). Il semble que l'indicateur manque de précision. Il fallait peut-être dire "% de femmes PVVIH acceptant d'être sous contraception"*
10	100% des victimes de violences sexuelles reçoivent une prise en charge médicale et psychosociale	*Pas de données*	94,12	

Tableau 6. Indicateurs PTME 2021

N°	Indicateurs PTME	T1	T2
1	>60% Taux de rétention dans les soins chez les enfants de 0-4 ans	38%	38%
2	>95% Pourcentage de femmes enceintes se présentant en CPN ou à l'accouchement connaissent leur statut	96%	99%
3	<5% Pourcentage d'enfants exposés testés positifs pour le VIH	12%	7%

[42] S'il est négatif confirmer par un test PCR puis proposer le sevrage et faire sortir de la PTME. Le risque malnutrition chez un enfant de 18 mois qui s'alimente est bien moindre et le lait maternel à cet âge ne représente pas l'essentiel de son alimentation. Face au risque de contracter le VIH en prolongeant l'allaitement maternel (même si sous ARV).

Tableau 7. Indicateurs standards PTME OCB

Période anténatale
% de femmes dont le statut VIH est inconnu lors de la première consultation prénatale
% de femmes dont le statut sérologique est inconnu et qui ont subi un test de dépistage du VIH lors de la première visite de CPN
% de femmes séropositives à la première consultation prénatale
% de femmes séropositives dépistées à un stade avancé de l'infection par le VIH lors de la première consultation prénatale.
% de femmes séropositives au cours de la CPN dont la séropositivité a été confirmée à un stade avancé lors de la première CPN
% de femmes séropositives sous traitement antirétroviral à la 1ère consultation prénatale
% de femmes séropositives dépistées pour la tuberculose lors de la première consultation prénatale
% de femmes séropositives dépistées pour la tuberculose lors de la première consultation prénatale.
Période d'accouchement / Maternité
% de femmes se présentant à l'accouchement avec un statut VIH inconnu
% de femmes dont le statut sérologique est inconnu et qui ont subi un test de dépistage du VIH à l'accouchement
% d'accouchements de femmes séropositives
% de femmes séropositives accouchant et sous traitement antirétroviral pendant l'accouchement
Proportion de bébés exposés au VIH (de femmes séropositives) nés vivants
Proportion de bébés séropositifs commençant une prophylaxie ARV à la maternité
Période post-natale
%de bébés exposés au VIH bénéficiant d'un test VIH à 6 semaines
Proportion de bébés exposés au VIH ayant subi un test de dépistage du VIH à 9 mois (PCR ou RDT, si la PCR n'est pas possible).
Proportion de bébés exposés au VIH dont le test de dépistage du VIH est positif à 9 mois (6 - 12 mois)
Proportion de bébés exposés au VIH ayant subi un test final de confirmation du VIH à 18 mois.
Proportion de bébés exposés au VIH confirmés positifs au VIH à 18 mois (15-21 mois)

Les évaluateurs suggèrent donc de suivre les indicateurs de 2020 du projet sur la PTME incluant la rétention en file active, le dépistage des partenaires et d'ajouter les indicateurs / modifications suivants :

- Introduire le suivi de la rétention du couple mère-enfant dans les soins pendant la période de PTME ;
- Envisager de remplacer le test virologique à 24 mois par un test à 18 mois après un test rapide négatif ;
- Introduire le dépistage de la syphilis chez la femme enceinte et définir un indicateur spécifique ;
- Introduire un indicateur sur la PrEP ;
- Introduire l'indicateur sur le dépistage la tuberculose chez la femme enceinte
- Revoir la formulation de certains indicateurs utilisés en 2020 pour mieux mesurer les changements générés par le projet ;
- Introduire l'indicateur sur la charge virale réalisée dans le cadre de la PTME ainsi que celui de l'observance en plus de la rétention.

Les évaluateurs trouvent aussi que certains indicateurs standards OCB sur la PTME ne sont pas adaptés pour permettre au projet de suivre ses activités sur la composante PTME et cela pourrait expliquer leur faible utilisation sur le projet. Par exemple, les indicateurs PTME de la période anténatale et la plupart de ceux de la période d'accouchement sont plus des indicateurs de la situation épidémiologique en lien avec les risques de transmissions du VIH de la mère à l'enfant que des indicateurs de suivi des activités PTME déployées par un projet.

3.3.2. ANALYSE ET CONCLUSION SUR L'EFFICACITÉ

L'efficacité du projet a été difficile à apprécier sur certains aspects d'une manière objective en raison de la faible qualité du suivi et rapportage sur les indicateurs du projet et certaines erreurs de la base données Tier.net. La triangulation des informations n'était pas toujours possible et le suivi de la performance de la composante PTME entre 2011 et 2021 n'a été faite que sur base des entretiens, de l'observation, et des documents disponibles. En effet, plusieurs rapports étaient manquants et sur plusieurs années. Les évaluateurs n´ont reçu de données MSF que pour 2015,2016, 2018, 2020 et les premiers six mois de 2021. Ainsi, les périodes 2011-2013, 2017, 2019, et T3, T4 2022 n´étaient pas disponibles à l´équipe évaluatrice.

Il faut apprécier qu'en termes de couverture, le projet a pris en charge une grande proportion des femmes en PTME en Guinée et qu'il a mis en place plusieurs services en lien avec les piliers de la PTME. Néanmoins, les indicateurs élaborés par MSF n´ont souvent pas été réalisés, la plupart étant au rouge dans les monitoring tools. L'objectif principal spécifique de la PTME n'a pas été atteint (cible de faire passer à moins de 5% la TME du HIV non atteinte au moment de l'évaluation).

Avec les nouveaux objectif 95-95-95 de l'accélération de la riposte vers la fin de l'épidémie de SIDA d'ici 2030 tels que proposés par l'ONUSIDA, l'élimination définitive des nouvelles infections à VIH chez

les enfants est l'une des priorités fixées[43]. Des actions complémentaires de la PTME classique (dépistage de la syphilis, accélération de la lutte contre la discrimination liée au VIH, conseils pour l'allaitement, renforcement de la PTME au cours de l'allaitement, planification familiale, traitement renforcé des IST.) sont donc recommandées pour une meilleure contribution du projet de MSF aux objectifs d'élimination de la TME et de l'épidémie de SIDA.

3.4. EFFICIENCE

Il s'agissait à ce niveau d'apprécier si les ressources avaient été utilisées / allouées de manière optimale.

La question posée était :

- ***QE4 : Dans quelle mesure les ressources (RH, financières, etc.) sont-elles bien utilisées pour mettre en œuvre la composante PTME du projet VIH ?***

3.4.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

3.4.1.1. Efficience par rapport aux ressources financières

Il n'a pas été possible d'apprécier l'efficience par rapport au budget sur le volet PTME du projet VIH. En effet, il s'agit d'une limite majeure, car les informations financières demandées par les évaluateurs ne leurs ont pas été fournies. Aucune conclusion ne peut donc être faite sur l'efficience financière.

3.4.1.2. Efficience par rapport aux ressources humaines

Il existe des ressources humaines suffisantes pour la gestion du projet mais également pour la prise en charge des femmes et de leurs bébés dans les structures appuyées et cela explique la capacité d'accueil constatée et le volume du paquet d'offre de soins en PTME déployé.

MSF prime une partie des prestataires de soins sur les sites en fonction de la performance mais certains remplaçants ne sont pas primés alors qu'ils assurent les mêmes responsabilités. Ceci est une situation qui a créé une démotivation perceptible chez certaines personnes rencontrées.

Le projet assure la formation continue du personnel déployé dans les sites de prise en charge PTME contribuant ainsi au rehaussement de la qualité. Néanmoins, à la vue de certaines insuffisances constatées, il faudrait renforcer le travail de mentorat ou supervision formative sur site afin d'accompagner le personnel dans le maintien ou l'adoption de meilleures pratiques. L'amélioration de la qualité rentre en effet dans une démarche continue d'amélioration.

3.4.1.3. Efficience par rapport à la ressource temps

Le projet VIH est mis en œuvre depuis à peu près 20 ans en Guinée et la composante PTME depuis environ 12 ans. L'évaluation trouve que cette période était suffisante pour avoir un changement mais les problèmes de la PEC en Guinée sont d'ordre structurel (insuffisance des ressources humaines, RH non payées dans certaines structures, des RH bénévoles / remplaçant sans statuts de fonctionnaire et

[43] https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_fr.pdf

sans salaire, faible participation de l'Etat au financement de la santé, insuffisance de compétences en gestion des services VIH, etc.).

Bien que n'ayant pas pu obtenir le montant dépensé sur les 12 années de mise en œuvre de la PTME pour croiser les résultats de l'appréciation par rapport à la ressource temps, on peut dire qu'au vu des résultats obtenus le projet n'est pas efficient sur la ressource temps.

Il faudrait innover les procédés (stratégie d'intervention) avec un focus sur le renforcement des capacités du système de santé, notamment du PNLSH, et le renforcement du plaidoyer pour amener l'Etat à tenir ses engagements en matière de financement de la lutte contre le VIH. Il faudrait également accélérer la décentralisation des services VIH à d'autres structures, et renforcer le partenariat avec les autres organisations actives sur la PTME comme Jhpiego & Solthis, etc. pour une meilleure synergie d'action.

3.4.2. ANALYSE ET CONCLUSION SUR L'EFFICIENCE

L'efficience est le critère qui obtient le faible score de l'appréciation par l'évaluation. Néanmoins, sous réserve d'une analyse financière qui aurait pu apporter des informations supplémentaires, il faut dire que l'efficacité dans la cadre spécifique de la PTME prime sur l'efficience. La seule limite d'appréciation est que l'évaluation ne peut pas se prononcer sur le coût de la PTME en Guinée et cela ne peut donc pas aider les autres projets de MSF à introduire l'approche du « forecast based financing » qui serait très utile pour planifier les besoins financiers de l'implémentation de l'approche PTME de MSF dans le reste des pays de l'Afrique de l'Ouest et Centrale. Les données sur les grossesses attendues peuvent être obtenues mais les informations sur l'expérience du projet VIH sur la PTME en termes de financement ne sont pas disponibles.

3.5. IMPACT

L'impact du projet sur la composante PTME a été apprécié par rapport à l'atteinte des objectifs de la PTME et des effets sur les patients et le système de santé. Il s'agissait de répondre à la question évaluatrice suivante :

- ***QE5 : Quel est l'impact de la composante PTME sur les parties prenantes (patients, sages-femmes du ministère de la santé recevant un soutien par les pairs, communauté, etc.) ?***

3.5.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

3.5.1.1. Atteinte des objectifs généraux et spécifiques du projet sur la PTME

Le projet a créé une offre de soins en PTME auparavant inexistante en Guinée avec un modèle d'amélioration de la qualité qui a contribué à ralentir la progression du VIH et surtout à éviter beaucoup d'infections d'enfants exposés au risque de TME. Le projet a permis de baisser le taux de transmission à 7 – 12% des enfants exposés, pendant que l´ONUSIDA estime une transmission verticale de 16,5% pour en Guinée en 2020 en général. Le projet a atteint une décentralisation de services significative.

Il faut néanmoins constater que l'objectif d'avoir un taux de transmission <5% n'est pas encore atteint et que le passage précoce de la main sur les achats des ARV de première ligne et le transfert de la PTME à un autre acteur sans mette en place les bases plus solides dans les 4 piliers risqueraient de créer un effet rebond sur la TME en Guinée. Il faudrait en effet que le contexte soit favorable et notamment en ce qui concerne la disponibilité des traitements et des intrants ainsi que le financement pour ne pas creuser un fossé après le désengagement de MSF.

Le projet a permis d'améliorer la qualité des services des structures appuyées en leur dotant des protocoles et des capacités techniques pour répondre à la demande de plus en plus importante des patients VIH en générale mais surtout des femmes séropositives.

3.5.1.2. Effets du projet perçus par les bénéficiaires et les autres acteurs

Un échantillon de patients a permis d'apprécier l'impact du projet tel que perçu par les utilisateurs finaux des services, en occurrence les femmes VIH+. Effet, il a été souligné une valorisation de la femme séropositive qui est devenue actrice de ses propres soins à travers les groupes des paroles et le travail des patients experts ou des conseiller psychosociaux.

Au niveau communautaire, une démystification du VIH par la paire-éducation aurait permis de réduire la stigmatisation qui est un des grands défis pour l'accès aux soins de santé du VIH en Guinée. Il y aurait aussi de moins en moins d'infections opportunistes chez les patients suivis par les structures de santé appuyées par MSF. Les femmes rencontrées ont témoigné avoir une meilleure qualité de vie grâce à la qualité du suivi et que la gratuité des soins est venue à point nommée. Les femmes PVVIH ont également révélé avoir retrouvé l'espoir qu'elles peuvent avoir des enfants non infectés.

3.5.2. ANALYSE ET CONCLUSION SUR L'IMPACT

Le projet VIH de MSF est intervenu dans huit sites PTME sur plus de 500 sites dans tout le pays. Néanmoins, les huit sites font partie des plus grands sites PTME du pays, dont Matam, qui est le premier. Pour la seule année 2020, plus de 1000 femmes ont bénéficié d'un suivi en PTME dans ces structures supportées par MSF sur 6000 femmes suivies en PTME pour toute la Guinée. L'impact du projet est certes négligeable en termes de nombre de sites appuyés mais important pour ce qui est de la qualité des services, incluant la prévention de la TB, le traitement des infections opportunistes et la proportion des patients avec la charge virale examinée, ainsi que l'appui à l'organisation de la chaîne d'approvisionnement.

Plusieurs enfants ont pu éviter d'être contaminés par le VIH comme le montre les chiffres de la PTME avec une réduction de la TME autours de 12% en 2021. Le projet pourrait avoir un plus grand impact et accélérer la réalisation de sa cible d'une TME < 5% en décentralisant la prise en charge dans les structures de santé de l'intérieur du pays également.

3.6. DURABILITÉ

La durabilité de l'intervention du projet sur la composante PTME a été appréciée à travers la question évaluatrice suivante, émanant de la proposition des évaluateurs. En effet, l'analyse de la durabilité n'était pas une priorité de cette évaluation.

- ***QE 6 : Dans quelle mesure les résultats atteints par le projet sur la composante PTME sont-ils / peuvent être pérennes ?***

Les questions de décentralisation, de stratégie de sortie, et de durabilité économique et technique ont été analysées.

3.6.1. DÉCENTRALISATION DU TRAITEMENT ARV ET DES SERVICES DE PTME

Les décideurs politiques, le personnel de santé et les communautés reconnaissent que les services de santé des pays à revenu faible et intermédiaire doivent améliorer l'accès des personnes au traitement du VIH et leur maintien dans les programmes de traitement. Une stratégie consiste à déplacer la fourniture d'antirétroviraux des hôpitaux vers des établissements de santé plus périphériques, voire au-delà des établissements de santé. Cela pourrait augmenter le nombre de personnes ayant accès aux soins, améliorer les résultats sanitaires et renforcer la rétention dans les programmes de traitement. D'un autre côté, la fourniture de soins à des niveaux moins sophistiqués du service de santé ou au niveau de la communauté peut diminuer la qualité des soins et entraîner une détérioration des résultats sanitaires[44].

Dans le cas du projet VIH de MSF en Guinée et de la PTME d'une manière générale, une décentralisation des soins VIH a été conduite avec délégation de la prise en charge des cas simples aux structures périphériques. Une décentralisation de la dispensation des ARV a également été faite au niveau communautaire avec la création des points de distribution communautaires. Les structures encore sous la gestion directe de MSF comme le centre de Donka s'occupent actuellement des cas graves de maladies ou des patients instables (patients non observant au traitement ARV ou gardant une charge virale supérieure à 1000 copies/ml de sang malgré un traitement bien conduit). Il s'agit en effet, pour MSF, d'une étape dans du processus de sortie et de désengagement, surtout sur la PTME dans la perspective d'un éventuel transfert de la responsabilité gestion de la PTME à un autre acteur.

Les modèles différenciés de la dispensation du traitement ARV, dont la décentralisation des cas stables, devraient s'articuler autour du choix du patient en plus des critères objectifs. Il faudrait que la décentralisation ne soit pas imposée aux patients, par exemple dans le but de réduire la charge de travail du personnel soignants des structures concentrées ou centrales. Au cours des entretiens, certains patients ont affirmé qu'ils se sentiraient plus à l'aise s'ils continuaient d'être suivis à Matam par exemple, plutôt que dans les structures périphériques proches de leurs domiciles. D'autres patients auraient suivi les soins de qualité MSF à Conakry suite au désengagement MSF de Guéckédou.

La décentralisation est une thématique présente dans de nombreux projets de MSF mais il est essentiel de clarifier définitions et stratégies afin de refléter le fait que les buts et les approches de mise en œuvre peuvent varier d'un projet à d'autre et selon les thématiques centrales des projets ou les contextes de mise en œuvre. En effet, la décentralisation recouvre des réalités différentes, et des objectifs différents, de désengagement, de meilleure prise en charge, ou de couverture.

[44] Kredo, T., Ford, N., Adeniyi, F. B., & Garner, P. (2013). Decentralising HIV treatment in lower-and middle-income countries. *Cochrane database of systematic reviews*, (6).

3.6.2. STRATÉGIE DE SORTIE

La stratégie de sortie de MSF de la PTME n'est pas clairement précisée dans la feuille de route 2021-2025, mais est évoquée comme une potentialité. En effet, il existe une hésitation à faire sortir quatre structures décentralisées au cours de l'année 2022 et cette hésitation pourrait être expliquée par un manque de préparation sur du long terme. Le désengagement de l'approvisionnement en ARV de première ligne semble ne pas avoir été suffisamment préparé. La Pharmacie Centrale de Guinée n'arrive pas à satisfaire les commandes des sites occasionnant des ruptures par moment. Ainsi le transfert de la responsabilité sur la PTME à une autre structure semble prématuré ; il faut une préparation avec un plan de transfert de compétences et de responsabilité en précisant les raisons du transfert, les services transférés, et dresser un calendrier pour un transfert progressif (Préciser quand activer le plan de sortie).

Il faudrait aussi pouvoir évaluer la maturité organisationnelle et la capacité d'absorption de la structure ou de l'institution / organisation qui reprendrait la responsabilité sur la PTME.

3.6.3. DURABILITÉ APRÈS DÉSENGAGEMENT DE MSF DE LA PTME

3.6.3.1. Durabilité technique et des bonnes pratiques PTME

Le projet a déployé durant plusieurs années une expertise technique internationale pour accompagner la prise en charge du VIH depuis 2003 et la composante PTME depuis 2011 au sein d'un système de santé qui peinait à faire face à la crise du VIH. Cette expertise a concerné les domaines clés comme la chaîne d'approvisionnement en ARV avec l'appui à la quantification fourni au PNLSH, la formation du personnel local, la réalisation des examens de biologie moléculaire (charge virale), etc.

Aujourd'hui, les sage-femmes des structures de soins appuyés par MSF semblent avoir acquis des compétences suffisantes pour le suivi des femmes en PTME mais le turnover important du personnel de santé en Guinée constitue un risque à la durabilité des compétences institutionnelles acquises par ces structures. Ces compétences ont été longtemps stabilisées par le système d'octroi des primes de performance par MSF ce qui peut ne pas être poursuivi au désengagement de MSF, qui entraînerait de facto une diminution de la compensation financière globale des personnels concernés.

Le manque d'appropriation par les partenaires nationaux (PNLSH) de la solution de laboratoire est aussi une autre question qui limite la durabilité technique. Une solution de laboratoire où MSF gère son propre transport d'échantillons, supervise le personnel de laboratoire et achète les intrants du laboratoire MSF marche alors que la gestion de ce volet par les acteurs nationaux sur les plateformes polyvalentes ouvertes ou fermées[45] semble ne pas être satisfaisante (ruptures d'intrants, difficultés d'organisation du transport des échantillons, retard de rendu des résultats, etc.). Ceci causerait une faible utilisation de l'examen de la charge virale dans le suivi des femmes en PTME en dehors des sites appuyés par MSF.

Le secteur public aurait besoin de financements supplémentaires pour gérer la solution de laboratoire alors même qu'il existe déjà un gap s'agissant de la participation de l'Etat au financement de de la lutte contre le VIH.

[45] Les plateformes de réalisation de la charge virale sont des appareils conçus pour faire les tests de charge virale. Il existe des plateforme polyvalentes (possibilité de faire plusieurs autres tests, notamment de la tuberculose, hépatites, etc.) ouvertes (acceptants des pièces et réactifs de plusieurs fabricants). Les plateformes fermées n'acceptent que les pièces et les réactifs d'un fabricant précis.

Une des solutions proposées par l'équipe d'évaluation serait de s'appuyer sur l'approche en cours au niveau de MSF, qui utilise des appareils GeneXpert pour la réalisation de la charge virale actuellement. En effet, ces appareils faciles d'utilisation et disponibles dans toutes la Guinée pourrait être une solution, et leur utilisation serait optimisée en incluant le diagnostic de la tuberculose ou d'autres maladies. Certes ces appareils ne peuvent pas traiter un grand nombre d'échantillon mais la charge virale n'étant pas un examen d'urgence, une bonne planification de leur utilisation pourrait permettre de rendre disponible l'examen de charge virale pour toutes les femmes en PTME et plus largement pour toutes les PVVIH en Guinée.

3.6.3.2. Durabilité économique

Bien que les évaluateurs n'aient pas pu apprécier le coût de la mise en œuvre du projet sur la composante PTME, il semble que la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à 7 – 12 % ait coûté beaucoup de ressources sur les 10 ans de mise en œuvre des activités PTME.

En cas de désengagement de MSF de la PTME, en sachent que MSF appuie des grands sites de la PTME et absorbe un grand volume d'activités PTME à Conakry, il se pose la question de la possibilité du financement de ces activités, de manière durable. Avec une faible participation des acteurs locaux, notamment de l'Etat, dans le financement de la santé, il faudrait planifier le financement de la PTME après transfert de MSF à un autre acteur.

Le choix de l'acteur à qui transférer la composante PTME devrait aussi tenir compte de sa capacité à mobiliser les fonds pour la PTME par la suite et de sa capacité à agir dans le temps en Guinée. En effet, un acteur international pourrait avoir la facilité de mobilisation des fonds mais il n'existe pas de garantie sur la durée qu'il resterait en Guinée sur la thématique PTME. Un acteur local de la société civile ou étatique pourrait permettre un meilleur ancrage local par l'appropriation des bonnes pratiques en PTME impulsées par MSF mais aurait du mal à mobiliser les fonds comme c'est le cas actuellement. Un acteur international Jhpiego est déjà actif sur la PTME en Guinée comme sous-récipiendaire des financements du Fonds Mondial mais peinerait à répondre à tous les besoins en PTME s'il ne reste tributaire que des financements du Fonds Mondial et il n'existe pas de certitude que dans les 4 ou 5 ans à venir Jhpiego reste sous-récipiendaire du FM sur la PTME.

Dans le cadre du plaidoyer institutionnel, MSF devrait pouvoir accompagner l'Etat Guinéen dans le plaidoyer auprès des bailleurs et des donateurs pour augmenter l'enveloppe destinée à la PTME.

3.6.4. ANALYSE ET CONCLUSION SUR LA DÉCENTRALISATION, LA STRATÉGIE DE SORTIE ET LA DURABILITÉ

La décentralisation de la PTME par le projet VIH en Guinée a permis de désengorger le CMC de Matam mais l'approche de décentralisation reste à renforcer en l'inscrivant dans une stratégie plus large de sortie de MSF.

La durabilité des actions de MSF sur la PTME semble ne pas être possible si le désengagement est effectué sans une préparation et une période de transition permettant un changement structurel et conjoncturel au niveau local en Guinée. La durabilité économique apparaît comme une question préoccupante qui devrait être discutée au cours des tables rondes qu'organise MSF pour les orientations futures du projet, en vue d'adopter des actions qui pourrait augmenter les chances de durabilité.

Il semble aujourd'hui qu'un transfert de la responsabilité de la PTME serait prématuré et qu'une préparation reste nécessaire avant d'envisager ce transfert. Il faudrait aussi transférer cette responsabilité seulement après avoir dépassé la cible fixée par le projet (<5%), correspondant aux cibles du plan national d'élimination de la TME et apporter un appui initial à la stratégie 95-95-95.

3.7. ANALYSE DES THÈMES TRANSVERSAUX : GENRE & ENVIRONNEMENT

La plupart des sages-femmes dans les sites sont des femmes et le projet lui-même est un projet contribuant à la promotion des droits des femmes VIH+ à avoir une bonne santé reproductive en limitant les risque de transmission du VIH à leurs enfants.

Il est à noter qu'actuellement l'équipe de management du projet sur le terrain n'est constituée que d'hommes et cela pose question de manière générale, mais encore plus compte tenu de la thématique du projet. Néanmoins, au cours des années antérieures, notamment sur les 6 dernières années, le projet a eu 5 coordinatrices contre 1 coordinateur. L'équipe santé primaire est composé de 2 hommes et de 5 femmes dont une supervise la PTME. Il faudrait se pencher sur l'intégration du genre d'une manière spécifique dans le montage des projets avec quelques indicateurs spécifiques sur le genre. En effet, la mobilisation des partenaires est essentielle pour soutenir leurs femmes en PTME. Le dépistage des partenaires pendant la CPN 1, comme déjà conduite en routine dans plusieurs pays africains, contribuera à changer l´approche.

Le projet effectue une destruction des déchets de charge virale par incinération à haute température avec l'indicateur à 100% de déchets détruits par cette méthode au premier et deuxième trimestre de 2021. Ceci contribue donc à la sécurité des soins et à la protection contre la contamination de l'environnement par des déchets infectieux.

Les structures de santé appuyées disposent toutes des moyens de gestion des déchets courants issus de leurs activités (poubelles, incinérateurs, etc.).

4. CONCLUSION

La réponse apportée au VIH par le projet MSF depuis 2003 et sur la composante PTME depuis 2011 a répondu à la déclaration de l'épidémie de VIH en Guinée par l'ONUSIDA en 2003. La pertinence de cette réponse a été appréciée par rapport aux besoins couverts en termes de couverture PTME au niveau national. L'intervention du projet sur la composante PTME est restée et continue d'être pertinente car la cible de faire passer le seuil de transmission du VIH à moins de 5% dans les sites appuyés n'est pas encore atteinte. Par rapport aux objectifs du projet sur la PTME, l'intervention est jugée cohérente avec les objectifs de la Guinée sur la PTME, notamment ceux de réduction de la TME (faire passer la TME à moins de 7% en 2019) et d'élimination (faire passer la TME à moins de 5% en 2023) du Plan National d'Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Néanmoins, certains protocoles PTME notamment en lien avec les associations thérapeutiques utilisés en prophylaxie chez les nourrissons exposés au VIH ont été tardivement introduits avec des bébés ayant continués à ne recevoir qu'une seule molécule à la place d'une bithérapie.

L'efficacité du projet a été démontrée par la réactivité de MSF à la crise dès la déclaration de l'épidémie de VIH en 2003, le nombre de femmes pris en charge en PTME, le plateau technique installé notamment pour rendre disponible l'examen de charge virale, l'appui à l'approvisionnement en médicaments ARV et pour les infections opportunistes, ainsi que la réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 7 – 12% en 2021 (résultat T1 2021 7%, résultat T2 2022 12%). Il reste néanmoins un pas à faire pour la réalisation de l'objectif de faire passer le taux de transmission du VIH à moins de 5% d'ici 2023. A la veille de cette date, il faudrait des actions d'accélération de la poursuite de cette objectif principal. Des difficultés dans le suivi des activités ont été notées, notamment sur le rapportage avec plusieurs documents manquants et une base de données Tier.net ne permettant pas l'encodage de toutes les données utiles au suivi des activités de la PTME. Le taux d'exactitude des données de cette base est resté aussi en dessous de la cible de 95% fixée par le projet montrant que la gestion des données utile au pilotage du projet reste un domaine à améliorer.

Il n'a pas été possible d'apprécier l'efficience dans toutes ces dimensions, notamment sur le volet financier car les informations financières n'ont pas été reçues par les évaluateurs. Néanmoins, sur base des informations disponibles, l'évaluation trouve que la ressource temps n'a pas été utilisée d'une manière efficiente car après plus de 10 d'intervention sur la PTME, le taux de TME n'a pas pu passer en dessous de la barre des 5%. Toutefois, les facteurs de non atteinte des résultats du projet sont internes mais aussi externes avec un contexte d'intervention particulièrement marqué par une faiblesse du système de santé local à coordonner toute la riposte contre le VIH avec des aspects de qualité des services restant insuffisante et un système de financement de la lutte contre le VIH tributaire en partie des financements du Fonds Mondial, les engagements de la partie gouvernementale n'étant pas toujours remplis.

L'impact du projet est perceptible au niveau de la couverture par rapport au nombre de femmes ayant bénéficié du suivi en PTME dans les sites appuyés par MSF par rapport à l'ensemble des sites PTME du pays et au niveau du ressenti des bénéficiaires. En effet, le projet a permis aux femmes PVVIH, au-delà de l'obtention des soins PTME d'améliorer leur sentiment de valorisation et d'inclusion sociale dans

un pays marqué par une forte stigmatisation liée au VIH. L'impact sur le système de santé, bien qu'apprécié, notamment sur la formation du personnel de santé qui a généré des compétences, reste à améliorer pour permettre une transformation durable des capacités de gestion de la réponse au VIH sur la composante PTME en autonomie, surtout sur le volet laboratoire.

La durabilité technique et économique du projet semble peu probable si des mesures appropriées incluant un plan de sortie et de transfert de responsabilité élaboré ne sont pas prises. Le retrait prématuré du financement de MSF par désengagement de la PTME risquerait de remettre un recul sur les efforts consentis et les progrès réalisés sur la PTME en Guinée. Les conséquences du désengagement de MSF de l'achat des ARV de première ligne se fait déjà sentir avec des commandes parfois non honorées par la Pharmacie Centrale de Guinée et par des ruptures de stocks de certains médicaments au niveau des structures de santé.

5. RECOMMANDATIONS

Recommendation 1: Améliorer la gestion des données et informations du projet par un meilleur suivi du rapportage et de l'archivage des documents. Spécifiquement :

- Créer un système d'archivage des rapports du projet par résultat au sein de la plateforme SharePoint qui est déjà utilisée par MSF et synchroniser ce dossier sur les ordinateurs du Coordinateur du projet, du Coordinateur Médical, du Référent Médical du projet, et des Référents Techniques du Siège ;
- Revoir le paramétrage de la base de données Tier.ner pour inclure les possibilités de saisies de toutes les données utiles au suivi du projet et surtout de la PTME ;
- Prévoir une formation continue de recyclage des utilisateurs de la base de données Tier.net pour minimiser les erreurs d'encodage qui ont été relevés au cours de l'évaluation.

Recommandation 2 : Actualiser la feuille de route du projet 2021-2025 en faisant ressortir clairement les activités de la composante PTME. Spécifiquement :

- Définir la stratégie PTME sur la période de 2021 – 2025 incluant la stratégie de sortie / processus d'un éventuel transfert de la responsabilité e la PTME à un autre acteur;
- Présenter les aspects de capitalisation des différentes expériences de la Guinée sur la PTME comme une des priorités pour la période de 2021 – 2025 ;
- Insérer une stratégie de sortie sur 2 à 3 ans dans la feuille de route en précisant le profil idéal de l'acteur qui pourrait reprendre l'ensemble des activités PTME au désengagement de MSF (Il faudrait que ce soit idéalement un acteur local à renforcer en termes de capacités sur le temps et rendre le processus de désengagent progressif en déléguant les activités les unes après les autres – il ne semble pas opportun de transférer la responsabilité sur la PTME à un acteur international dont les financement de la PTME ne peuvent être garantis par la suite dans le temps).

Recommandation 3 : Accélérer la décentralisation de la PTME à d'autres structures avant le désengagement de MSF de la PTME en Guinée. Spécifiquement :

- Garder le suivi de la PTME sous la responsabilité de MSF sur la période de 2021 – 2025 tout en préparant son désengagement et le transfert à un autre partenaire ;
- Accroître des actions permettant la durabilité des activités PTME dans les structures décentralisées, notamment en effectuant le plaidoyer pour une plus grande implication de l'Etat dans le financement de la PTME et la participation des autres institutions de financement autres que le Fonds Mondial ;
- Décentraliser la PTME dans les structures hors Conakry sur la période de 2021 – 2025 pour accroître l'équité dans l'accès aux soins de santé.

Recommendations 1-3 (de 6) →

Recommendation 4 : Renforcer l'action PTME sur l'ensemble des quatre piliers sur la période de transition, avant le transfert de la responsabilité à un autre acteur. En effet, il serait plus judicieux de transférer la responsabilité sur un paquet complet. Spécifiquement :

- Accentuer le dépistage du VIH chez les femmes en âge de procréer en étudiant la pertinence d'introduire un dépistage communautaire;
- Renforcer les activités de planning familial avec la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives au VIH;
- Faire participer les membres de la famille de la femme séropositive (si elle accepte le partage du statut et que cela ne la fait pas encourir une exclusion), dans la mesure du possible, au soutien de la femme dans son milieu de vie, afin d'accroître la rétention des femmes dans les soins, et celle de leurs enfants s'ils sont infectés.

Recommendation 5 : Initier les réflexions sur l'actualisation des protocoles MSF et l'application des nouvelles recommandations par rapport à la période de sortie des enfants de la PTME et au schéma de prophylaxie à instaurer. Spécifiquement :

- S'assurer que tous les bébés reçoivent la PCR à 6 semaines et à 9 mois et une réflexion est initiée sur la façon de s'assurer que la PCR est étendue hors des programmes MSF (voire la réflexion sur l'optimisation de l'utilisation des GeneXpert) ;
- Elaborer des stratégies spécifiques pour améliorer l'accès au dépistage du VIH et aux soins de PTME pour les femmes qui n'ont pas accès aux soins prénatals ;
- Renforcer les programmes d'autotest du VIH chez les partenaires des femmes en PTME (cela pourrait réduire les risques de transmission, notamment compte tenu de la polygamie répandue avec un risque pour les coépouses de la femme en PTME) ;
- Effectuer l'examen de charge virale pour toutes les femmes sous ARV au 3ème trimestre de la grossesse ;
- Intégrer la prophylaxie préexposition (PrEP) dans la stratégie PTME (prévention primaire du VIH) notamment chez les groupes de femmes à haut risque de contamination par le VIH (couples séro-différents, professionnelles du sexe, etc.) ;
- Accélérer l'intégration de la planification familiale (contraception / prévention des grossesses non désirées) chez les femmes séropositives au VIH ;
- Revoir, en lien avec les experts en nutrition, la possibilité de faire sortir les enfants dès l'âge de 18 mois après un test rapide négatif et une PCR négatif et songer au sevrage du lait maternel si la femme a les possibilités d'alimenter l'enfant sans risque d'encourir une malnutrition au cours de cette période cruciale pour la croissance de l'enfant (Plusieurs enfants restés en PTME avec allaitement maternel ce qui les fait encourir un risque de TME du VIH pourtant évitable en faisant sortir ces enfants) ;

- Accélérer l'application des protocoles de mise en route de la prophylaxie à base de AZT+NVP chez tous les enfants exposés (pas seulement les enfants à haut risque), que leurs mamans soient entrées en PTME via la consultation prénatale ou plus tardivement au 3ème trimestre de grossesse ou à l'accouchement.

Recommendations 4-5 (de 6) →

- Adopter une prophylaxie combinant AZT/3TC/NVP pour les enfant vus trop tardivement, après l'accouchement ou au moment de allaitement, étant donné que ces enfants sont alors considérés à très haut risque ;
- Instaurer la réaliser de la PCR en urgence dès que cela est possible pour une prise de décision adéquate sur la conduite de la prise en charge dans les situations particulières, notamment chez les enfants de femmes dépistées VIH positives au cours de l'allaitement maternel au sein;
- Pour les nouveau-nés et les nourrissons avec les signes cliniques présomptifs de l'infection à VIH, initier rapidement une trithérapie antirétrovirale comprenant le Dolutegravir (DTG), cette initiation pouvant se faire à partir de la 4ème semaine de vie.

Recommendation 6: Effectuer une révision des indicateurs standards de l'OCB sur la PTME car la plupart semble être des indicateurs pour mesurer les risques de la transmission du VIH de la mère à l'enfant mais beaucoup mois la performance ou les changements générés par les projets sur la PTME. Spécifiquement :

- Revoir certains indicateurs pour les rendre plus opérationnels, certains étant adaptés pour informer l'élaboration des stratégies PTME mais moins pour suivre les activités PTME d'un projet VIH ;
- Se référer aux 4 piliers de la PTME pour définir les activités spécifiques de la PTME et ainsi les indicateurs à suivre sur le projet ;

- Adapter les indicateurs PTME de chaque projet MSF en fonction du paquet d'activités déployés, supposant l'élargissement de la liste standard OCB des indicateurs mais également le retrait des indicateurs moins pertinents, comme celui d'enfants nés vivants de mères séropositives[46].

Recommendations 5-6 (de 6)

46. La PTME ne vise pas la prévention de la mortalité in utero ou pendant l'accouchement mais la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cet indicateur risque d'être suivi sur les projets alors qu'il ne servira pas à renseigner sur la performance du projet en matière de PTME. Il s'agit d'un exemple ici d'indicateur à retirer, selon l'équipe d'évaluation.

ANNEXES

ANNEXE 1. MATRICE D'ÉVALUATION

Critères et question d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources de données
Pertinence QE 1: La composante PTME du projet VIH est-elle alignée sur les priorités et les besoins des parties prenantes ?	1.1 Qui sont les parties prenantes (par exemple, les communautés, les patients, les autorités locales, etc. ? 1.2 Quels sont les priorités et les besoins des parties prenantes identifiées ? Ont-ils été évalués de manière indépendante ? 1.3 Comment le projet a-t-il pris en compte les besoins exprimés par les patientes VIH et leurs familles ? 1.4 Les objectifs du projet et les activités correspondantes ont-ils répondu aux besoins identifiés en matière de PTME? 1.5 L'intervention sur la PTME était-elle pertinente vis-à-vis des priorités de MSF ? 1.6 Les activités de la composante PTME du projet ont-t-elles pu s'adapter de manière pertinente et opportune à l'évolution des besoins du système de santé et des bénéficiaires ? 1.7 Comment la composante PTME pourrait-elle être plus pertinente compte tenu des priorités et des besoins identifiés des parties prenantes ?	A. Documentation de l'évaluation formelle des besoins qui prend en compte les besoins des patientes et de la communauté (associations des patients VIH) y inclus la stratégie de MSF. B. Perceptions des parties prenantes de la congruence entre les objectifs/activités du projet sur la PTME et les besoins identifiés. C. Perceptions des parties prenantes sur les adaptations ou les modifications du projet en réponse à l'évolution des besoins en matière de PTME. D. Documentation de l'adaptation ou des modifications faites sur le projet en réponse à l'évolution des besoins. E. Opinions des parties prenantes sur l'accroissement de la pertinence du projet sur la composante PTME.	• Revue documentaire • Entretiens avec les informateurs clés (EIIC)
Cohérence QE 2 : La composante PTME est-elle bien conçue pour répondre aux priorités et aux besoins des parties prenantes ?	2.1 De quelle manière les activités de la composante PTME sont-elles adaptées aux priorités et aux besoins des parties prenantes ? 2.2 L'intervention PTME a-t-elle été conçue de manière adéquate	F. Opinions des parties prenantes sur le lien entre la conception de la stratégie / intervention sur la PTME et le contexte local, et sa capacité à s'adapter au changement contextuel. G. Documentation des changements du projet en	• Revue documentaire • Entretiens avec les informateurs clés (EIIC)

Critères et question d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources de données
	compte tenu du contexte ? 2.3 L'intervention a-t-elle pu s'adapter dans le temps aux changements de contexte ? 2.4 Comment le projet a-t-il pris en compte les autres acteurs dans sa stratégie PTME? 2.5 Comment la conception de la composante PTME pourrait-elle être améliorée?	réponse au changement contextuel H. Perception des parties prenantes de l'inclusion d'autres acteurs de la PTME I. Opinions des parties prenantes sur l'augmentation de la cohérence du projet sur la composante PTME.	
Efficacité QE 3: La composante PTME atteint-elle les objectifs prédéfinis et les résultats attendus ?	3.1 Quels sont les objectifs prédéfinis et les résultats attendus de la composante PTME ? 3.2 Dans quelle mesure le projet a-t-il atteint ses objectifs généraux et spécifiques ? 3.3 Quelles étaient/sont les principales opportunités et contraintes qui ont conduit/conduisent à l'atteinte ou à la non-atteinte des résultats ? 3.4 Quels changements pourraient être apportés à la composante PTME pour améliorer la réalisation des objectifs et des résultats attendus de manière plus efficace ? 3.5 Quels sont les résultats déjà obtenus (outputs) ? 3.6 Dans quelle mesure ces résultats sont-ils conformes aux normes de qualité et aux résultats attendus ? 3.7 Quelles étaient les raisons expliquant si les résultats attendus ont été atteints ou non ? 3.8 Qu'est-ce qui aurait pu rendre la stratégie PTME du projet plus efficace en termes de résultats?	J. Documentation des résultats du projet sur la PTME et comparaison avec les résultats attendus dans le cadre logique (indicateurs spécifiques sur la PTME). K. Rapports des parties prenantes sur les raisons de l'insuffisance des résultats (le cas échéant). L. Opinions des parties prenantes sur la manière de rendre la stratégie / intervention PTME plus efficace.	• Revue documentaire • EIIC • Visites terrain • Données médicales
Efficience QE 4: Dans quelle mesure les ressources (RH, financières, etc.) sont-elles bien	4.1 Quelles ressources (humaines, logistiques, financières, plaidoyer, etc.) ont été allouées pour atteindre les résultats ci-dessus ?	M. Revue de documents pour évaluer les ressources (humaines, logistiques, financières, plaidoyer, etc.) allouées et les tendances au fil du temps.	• Revue documentaire • EIIC • Visites terrain

Critères et question d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources de données
utilisées pour mettre en œuvre la composante PTME du projet VIH ?	4.2 Comment MSF s'est-il coordonné et a-t-il collaboré avec d'autres acteurs en Guinée, notamment pour renforcer les capacités existantes sur la PTME et la réponse au VIH en général ? 4.3 Les ressources auraient-elles pu être utilisées plus efficacement ? 4.4 De quelles manières la composante PTME du projet est-elle efficiente dans l'atteinte des objectifs ? 4.5 De quelles manière l'efficience pourrait-elle être améliorée dans la mise en œuvre de la composante PTME du projet ?	N. Documentation de la collaboration avec d'autres acteurs (MoU). O. Perceptions des parties prenantes de la collaboration avec d'autres acteurs. P. Opinions des parties prenantes sur l'utilisation efficace des ressources allouées à la PTME pendant la durée de vie du projet.	
Impact QE 5: Quel est l'impact de la composante PTME sur les parties prenantes (patients, sage-femmes du ministère de la santé recevant un soutien par les pairs, communauté, etc.) ?	5.1 Qui sont les différents groupes de parties prenantes impactés ou affectés par l'intervention ? 5.2 Quels sont les effets du projet sur la PTME tels qu'ils sont perçus par les bénéficiaires et les autres homologues ? 5.3 Quels sont les différents impacts ou effets des activités, positifs ou négatifs, voulus ou non, sur ces parties prenantes ? 5.4 De quelle manière pouvons-nous augmenter l'impact positif et réduire l'impact négatif de la composante PTME sur les parties prenantes ? 5.5 Sur sa composante PTME, le projet a-t-il eu des conséquences inattendues? Si oui, lesquelles ?	Q. Revue des indicateurs de projet à partir des rapports de projet. R. Perceptions des parties prenantes de l'impact du projet et de toute conséquence involontaire (positive/négative).	• Revue documentaire • EIIC
Durabilité et transfert de la responsabilité: Dans quelle mesure les résultats atteints	6.1 Le projet a-t-il élaboré une stratégie de sortie et de transfert de la gestion de la PTME à un autre partenaire ?	S. Examen des documents pour cartographier la stratégie de sortie / transfert de la gestion de la PTME, sa mise en œuvre et les défis potentiels.	• Revue documentaire • EIIC • Visites terrain

Critères et question d'évaluation	Sous-questions	Indicateurs	Sources de données
par le projet sur la composante PTME sont-ils / peuvent être pérennes ?	6.2 La stratégie de sortie était-elle cohérente et planifiée pour le transfert des compétences au partenaire qui reprendra la composante PTME du projet? 6.3 La stratégie de sortie a-t-elle pris en considération les défis potentiels, et comment ont-ils été abordés ? 6.4 Quelles capacités et ressources locales ont été identifiées ? Comment le projet a-t-il établi un lien avec celles-ci en vue d'assurer la pérennité des résultats après le retrait de MSF ? 6.5 Le projet a-t-il identifié le partenaire à qui transférer le projet dans 2à 4 ans ? Si oui, quels éléments ont guidé le choix et quel plan de transfert a été établi ? 6.6 Existe-t-il des facteurs facilitants/prévenants liés spécifiquement au contexte guinéen ? 6.7 Quels éléments généraux pourraient être reproduits dans d'autres contextes sur la PTME notamment dans la région Ouest Africaine et d'Afrique centrale.?	T. Perception des parties prenantes de la stratégie de sortie et la transférabilité à un autre partenaire, y compris la mise en œuvre, la modification/l'adaptation, la communication et la résolution des problèmes. U. Documentation du lien/utilisation des capacités/partenaires locaux pour la stratégie de sortie. V. Perception par les parties prenantes du lien/utilisation des capacités/partenaires locaux, y compris les obstacles et les facteurs facilitateurs. W. Points de vue des parties prenantes sur les leçons apprises et les éléments pouvant être reproduits dans d'autres contextes.	

ANNEXE 2. GUIDE D'ENTRETIEN

REMARQUE:

- *Nous fournissons un aperçu du script d'entrevue qui aborde les principaux thèmes de l'évaluation. Ce script sera adapté à des types spécifiques de répondants, et les questions appropriées seront posées (ou modifiées/ajoutées, si nécessaire ; par exemple, les bénéficiaires ne seront pas interrogés sur l'historique/le contexte du projet, etc.)*
- *De plus, des sondages seront utilisés pour obtenir des informations plus approfondies au besoin.*

Introduction et demande de consentement

Bonjour, je m'appelle [VOTRE NOM] et je fais partie d'une équipe qui mène une évaluation de la composante PTME du projet VIH de l'ONG MSF en Guinée. J'aimerais vous poser quelques questions qui aideront MSF à tirer les leçons du projet et de sa mise en œuvre, ce qui aidera MSF à améliorer ses futurs projets et interventions, surtout sur la PTME [LIRE PTME EN TOUTE LETTRES : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant].

L'entretien durera environ 40 minutes et toutes vos réponses resteront entièrement confidentielles et ne seront transmises à MSF que sous forme agrégée sans possibilité de faire le lien entre vos réponses et votre personne. Je n'enregistrerai pas l'interview et ne prendrai aucune image, mais je prendrai des notes détaillées.

Votre participation est volontaire et vous pouvez arrêter et vous retirer de l'entretien à tout moment. Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à me contacter [DONNEZ VOS COORDONNÉES].

Y a-t-il des questions auxquelles je peux répondre pour vous maintenant?

Si vous vous vous sentez confortable, ai-je votre permission pour commencer l'entretien ?

Date de l'interview :	Intervieweur: Théophile / Oumou / Amardeep / Lenka
Rôle de la personne interviewée dans le projet:	Dates (De/à):

HISTORIQUE/CONTEXTE DU PROJET

- Quand et comment les évaluations des besoins ont-elles été réalisées et quelles ont été les principales constatations et conclusions ?
- Pouvez-vous me décrire comment le projet a démarré ? Comment a-t-il évolué ?
- Combien de personnes ont travaillé sur le projet au total (nationaux et expatriés) depuis son lancement ?
- Quels ont été les principaux changements que vous avez constatés sur le projet dans sa logique / stratégie d'intervention depuis 2003 et depuis l'intégration de la composante PTME en 2011 ?
- Sur quels piliers de la PTME le travail du projet se concentre-t-il ?
- Quels sont les points forts et les points faibles du projet sur la composante PTME ?

- Quelles sont les parties prenantes du projet sur la composante PTME ?
- Comment la composante PTME pourrait-elle être plus pertinente compte tenu des priorités et des besoins identifiés des parties prenantes ?

PERTINENCE ET ADÉQUATION

- Qui a participé à l'évaluation des besoins et à la phase de planification du projet sur la composante PTME ?
- L'évaluation des besoins sur la PTME a-t-elle pris en compte les besoins et le point de vue des différentes partie prenantes (patients, communauté, structures du Ministère de la santé) ?
- Comment pouvez-vous apprécier la congruence entre les objectifs/activités de l'intervention en PTME et les besoins identifiés ?
- Quelle est votre appréciation des adaptations ou modifications du projet en réponse à l'évolution des besoins en matière de PTME?
- Y a-t-il d'autres besoins qui ont émergé depuis 2011 et comment selon vous le projet s'est adapté ? Comment aurait-il dû s'adapter si vous pensez que les choses auraient dû être différentes ?
- Selon vous, comment le projet devrait-il accroître sa pertinence vis-à-vis des besoins de la communauté en matière de PTME?
- Pouvez-vous me dire de votre point de vue, si le projet a répondu à des besoins importants de la population depuis 2011 ? En outre, par la suite, pensez-vous qu'il est resté réactif aux changements de besoins et comment ?
- Pensez-vous que le projet a été mis en œuvre selon les priorités nationales en matière de PTME ou selon la manière de faire à laquelle vous étiez habitué ? Si oui ou non, pouvez-vous expliquer comment ?
- Avec quelles organisations de la société civile MSF travaille-t-elle et comment ? Les a-t-elle renforcées d'une manière ou d'une autre ?
- A quoi ressemble la coordination (financière et programmatique / activités) PTME entre MSF et les autres parties sur le VIH en Guinée (partenaires institutionnels étatiques, les associations des patients, les autres organisations nationales et internationales)? Où sont les synergies ? Où sont les lacunes ?
- Comment la coordination entre les partenaires a-t-elle changé au cours des dernières années sur les activités PTME?
- MSF joue-t-il le rôle de leader sur certains aspects relatifs à la PTME ou à la riposte au VIH en Guinée? Si oui, sur lesquels et comment ?
- Selon vous, le projet a-t-il répondu aux besoins de la PTME conformément à ce que vous attendiez ?
- Selon vous, comment le projet devrait-il mieux répondre à vos attentes en termes de satisfaction de vos besoins en matière de PTME ?
- Comment MSF travaille-t-elle au sein des groupes techniques nationaux sur le VIH ? Est-il membre d'un groupe technique sur la PTME ? Quelle est sa place ?
- Comment la conception de la composante PTME pourrait-elle être améliorée ?

EFFICACITÉ

- Quelle est la situation du pays en matière de PTME, dans l'atteinte des objectifs de PTME ? Qu'est-ce qui s'est amélioré depuis 2011 ? Quelle a été la contribution de MSF à ces résultats?
- Quels sont les objectifs prédéfinis et les résultats attendus de la composante PTME ?

- Comment pouvez-vous évaluer l'efficacité du projet sur la composante PTME dans la réalisation de ses objectifs en ce qui concerne les effets / résultats attendus ?
- Quelles étaient/sont les principales opportunités et contraintes qui ont conduit/conduisent à l'obtention ou à la non-obtention des résultats ?
- Quelle est la différence d'atteinte des résultats entre les établissements de santé soutenus par MSF et les autres établissements de santé publics ?
- Existe-t-il une solution alternative au coaching et aux autres principes programmatiques de MSF qui pourrait être plus efficace ? Y a-t-il de grandes différences entre les zones rurales et Conakry - en termes de nombre, de stigmatisation, de perdus de vue, d'adhésion, de qualité de la structure sanitaire ? Où placeriez-vous les structures avec lesquelles MSF travaille en termes de comparaison ?
- Quelle proportion représentent les femmes prise en charge en PTME dans les sites appuyés par MSF en comparaison à l'ensemble des femmes admises en PTME sur la période de 2011 à 2021 (estimation) ?
- Comment la vie privée est-elle respectée ? Chaque personne reçoit-elle un identifiant unique qui lui permet de se déplacer librement entre les établissements ?
- Quels sont les maillons fort et faibles du continuum des soins donnés dans les sites appuyés par MSF sur la PTME ? Veuillez nous expliquer sur le dépistage, le traitement prophylactique, observance et rétention dans les soins, l'examen de charge virale, le dépistage et la phrophylaxie chex les nouveau-né et les nourrissons.
- Efficacité de la chaîne de laboratoire : Comment le laboratoire est-il organisé ? Suffisamment de techniciens de laboratoire/aujourd'hui et à l'avenir ? Comment est organisé le transport des échantillons ? Comment le traitement des échantillons de laboratoire est-il effectué en temps voulu et de manière complète ? Quel est le prix payé, est-il adéquat ? Où se situent les problèmes du laboratoire, comme le manque d'équipements, l'absence d'entretien adéquat, le manque de réactifs de test, les délais d'exécution trop longs, les problèmes pour retrouver les femmes allaitantes ? Les statistiques du laboratoire ? Est-il dans les compétences de MSF d'améliorer les composantes de la chaîne de laboratoire ?
- Comment le planning familial est-il inclus dans la PTME sur le projet VIH de MSF ?
- Quels changements pourraient être apportés à la composante PTME pour améliorer la réalisation des objectifs et des résultats escomptés de manière plus efficace ?

EFFICIENCE

- De quelle manière la composante PTME est-elle efficiente pour atteindre les objectifs et les résultats ?
- Par rapport aux besoins, comment pouvez-vous apprécier les ressources allouées au projet ? Les ressources humaines en fonction des besoins d'expertise spécifiques et de la charge de travail, les ressources logistiques, financières et de plaidoyer ? Pensez-vous qu'elles étaient bien alignées pour permettre encore plus les résultats attendus ?
- Comment s'est déroulée la collaboration avec les autres partenaires pendant le cycle de vie du projet ? Pensez-vous que cette collaboration a joué un rôle sur le niveau des résultats obtenus sur la composante PTME ?
- Pensez-vous que les résultats obtenus sur la PTME étaient proportionnels aux ressources utilisées ?
- La structure et la hiérarchie du projet sont-elles flexibles pour internaliser les changements dans les flux de travail, les protocoles et les politiques ?
- Quels sont les avantages compétitifs de l'organisation MSF en termes d'efficacité ?
- Efficacité des RH - les RH de MSF sont-elles stables et combien de personnes étaient là depuis 2011 ? Quelle est leur charge de travail et comment a-t-elle évolué ? Comment l'efficacité des

RH dans les établissements de santé s'est-elle améliorée et quel impact cela a apporté (qualité et quantité des services - soins infirmiers, laboratoire, approvisionnement) ?

- Comment la chaîne d'approvisionnement est-elle organisée ? Quelle est la chaîne d'approvisionnement en ARV et sa disponibilité ? Quelle est la chaîne d'approvisionnement pour les autres médicaments et réactifs ? Y-a-il des contraintes ou des facilités spécifiques pour les femmes en PTME des structures de santé appuyées par MSF ?
- Efficacité de l'utilisation des moyens financiers : Quelles sont les composantes du budget ? Combien de fonds sont utilisés par patient ou par objectif planifié ? Combien est utilisé par établissement ou par rapport aux autres composantes du projet VIH? Quel est le budget global pour la composante PTME ? Quelle est la répartition du budget sur les différents piliers de la PTME ? Combien d'argent a été dépensé depuis 2011 sur la composante PTME ? Pour combien de femmes ayant bénéficié de la PTME entre 2011 et 2021 ?
- De quelle manière (le cas échéant) peut-on améliorer l'efficience de la mise en œuvre et du suivi de la composante PTME ?

IMPACT

- Qui sont les différents groupes de parties prenantes impactés ou affectés par l'intervention ?
- Quels ont été les effets immédiats et à long terme de l'intervention PTME sur les personnes, la communauté, la qualité des services de santé et le système de santé ?
- Quels sont les différents impacts ou effets des activités, positifs ou négatifs, voulus ou involontaires, sur ces parties prenantes ?
- Quels ont été la contribution et l'impact (sur vous ou vos proches) des soins de santé reçus par vous, votre voisin, un membre de votre famille, etc. de la part de MSF en matière de PTME? Pouvez-vous me parler de cet impact en termes de qualité de vie, de prévention des complications liées au VIH, d'économies (réduction des dépenses), etc.
- Quelle différence a été réalisée entre 2011 et maintenant dans les zones/ structures de santé soutenues par MSF ?
- Et dans les objectifs généraux du plan national de lutte contre le VIH, comme la transmission et l'adhésion, etc.
- Quels changements observés sur les facteurs favorables à la performance de la PTME comme le renforcement des capacités des infirmières, la déstigmatisation de l'infection VIH, etc.
- De quelle manière le projet peut augmenter l'impact positif et réduire l'impact négatif de la composante PTME sur les parties prenantes ?

DURABILITE ET TRANSFERABILITE DE LA GESTION DE LA PTME A UN AUTRE PARTENAIRE

- Pouvez-vous me parler des leçons apprises de la mise en œuvre du projet PTME de MSF et des éléments que MSF pourrait reproduire dans d'autres contextes ?
- Quelles sont les chances de durabilité ? Que se passerait-il si toutes les activités de MSF sur la PTME s'arrêtaient maintenant ? Que resterait-il et pendant combien de temps cela persisterait (dans les structures de santé, chez les femmes VIH, dans la communauté en général)?
- Quel est le maillon le plus faible de la chaîne de la durabilité ?
- Qu'est-ce qui fait obstacle à la durabilité ? Quels sont les facteurs limitatifs ? MSF pourrait-il faire davantage pour améliorer la durabilité ?
- MSF pourrait-il augmenter ou limiter ses activités sur la PTME ou transférer des activités à quelqu'un d'autre pour augmenter les chances de durabilité ?

- A quel type de partenaire MSF devrait transférer les activités de la PTME (Association de patients ? Ministère de la santé ? Partenaire international ? Autre partenaire local ?) ? Pourquoi le choix de ce partenaire vous paraît le plus approprié ?
- Si MSF souhaite capitaliser et reprendre les activités sur la PTME dans d'autres contextes ou pays, quels sont les aspects positifs et les forces du projet VIH en Guinée sur lesquels MSF peut s'appuyer et quelles seraient les choses à éviter pour maximiser les chances de réussite d'un projet PTME / activités PTME ?

ANNEXE 3. TERMES DE RÉFÉRENCE DE L'ÉVALUATION

Médecins Sans Frontières/Moctors without Borders (MSF) *est une organisation médicale humanitaire internationale déterminée à apporter des soins médicaux de qualité aux personnes en crise dans le monde, quand et où elles en ont besoin, sans distinction de religion, d'origine ethnique ou d'opinion politique. Nos principes fondamentaux sont la neutralité, l'impartialité, l'indépendance, l'éthique médicale, le témoignage et la responsabilité. L'unité d'évaluation de Stockholm (SEU), basée en Suède, est l'une des trois unités MSF chargées de gérer et de guider les évaluations des projets opérationnels de MSF. Pour plus d'informations, voir : www.evaluation.msf.org*

Nom de l'évaluation :	Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) dans le projet VIH de Conakry, Guinée
Date de début :	A partir du 6 décembre 2021 (la date est négociable)
Durée :	Le rapport final doit être soumis au plus tard le 31 mars 2022.
Exigences :	Les candidats intéressés doivent soumettre : 1) une proposition décrivant les modalités de réalisation de cette évaluation (y compris le budget dans un fichier séparé), 2) un CV, et 3) un échantillon écrit d'un travail antérieur
Date limite de dépôt des candidatures :	23:59 CET du 23 novembre 2021
Envoyez votre candidature à :	evaluations@stockholm.msf.org

CONTEXTE

Selon l'indice de développement humain (IDH, 2020), la Guinée-Conakry est l'un des pays les moins développés du monde. Avec un niveau de pauvreté comparativement élevé, des infrastructures faibles et un régime politique instable, le pays a été confronté pendant des décennies à des défis complexes en matière de santé publique, tels que les épidémies d'Ebola et de VIH, qui ont aggravé les difficultés préexistantes à fournir des soins de base de qualité aux patients ayant besoin d'un traitement médical et d'une assistance.

En 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré une "épidémie généralisée" de VIH en Guinée, où l'OMS a estimé que les taux de prévalence du VIH se situaient entre 1,2% et 8% de la population nationale. Le manque d'accès au traitement antirétroviral (ARV) était une préoccupation majeure à l'époque, les taux de couverture estimant que seulement 20% de la population vivant avec le VIH recevait un traitement ARV. Médecins Sans Frontières - Centre opérationnel de Bruxelles (MSF-OCB) a pris la décision de lancer un projet VIH dans le pays dès le début de l'épidémie en 2003, à Matam et Guéckedou, en se concentrant sur la prévention et le traitement du VIH et de la co-infection (VIH/TB). Dans les années qui ont suivi, ce projet VIH a augmenté sa portée dans le pays, établissant une présence à Wanindara, Gbessia, Flamboyants, etc. En 2011, les activités de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ont été ajoutées au portefeuille d'activités du projet VIH à Gbessia

et Flamboyants et restent une composante clé du projet VIH de MSF dans le pays, un projet qui vise à contribuer à la réduction et au contrôle de la propagation du VIH en Guinée.

Le projet VIH de MSF-OCB en Guinée-Conakry

Depuis 2003, MSF-OCB est sur le terrain en Guinée-Conakry pour mettre en œuvre et soutenir le Ministère de la Santé (MDS) dans la mise en place de services de santé liés au VIH dans différents sites du projet. L'objectif général du projet VIH a été dès le début et continue d'être de réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au VIH en Guinée-Conakry. Le projet VIH se compose de quatre domaines thématiques : VIH avancé, pédiatrie, tuberculose et santé sexuelle et reproductive (SSR).

Les objectifs spécifiques du projet VIH sont :

- S'assurer que des services gratuits de qualité pour les populations cibles vivant avec le VIH (et co-infectées TB/VIH) sont fournis par des prestataires de services soutenus par MSF-OCB,
- Assurer l'accès à un soutien et à des soins psychosociaux de qualité dans les services soutenus par MSF-OCB,
- Renforcer la société civile ainsi que les achats dans l'intérêt de la population cible.

La composante PTME dans le projet VIH

Depuis 2011, le projet VIH a intégré une composante PTME, qui relève du domaine thématique de la SSR. L'objectif principal de la composante PTME est de fournir un soutien PTME aux maternités du Ministère de la Santé qui sont soutenues par MSF-OCB. Cet objectif est atteint par le biais de deux activités principales : une sage-femme superviseur de MSF-OCB et deux sages-femmes de MSF-OCB fournissent un mentorat hebdomadaire entre pairs à 42 sages-femmes employées par le Ministère de la Santé à Conakry et dans les environs, soutenant la prestation de services dans huit centres de santé du Ministère. MSF-OCB fournit des médicaments, des tests et un soutien matériel aux centres de santé du ministère de la Santé soutenus par MSF. Le mentorat entre pairs comprend la supervision formative, la formation, le soutien au suivi et au coaching, etc.

La composante PTME englobe les services qui sont réalisés et soutenus par MSF-OCB dans les centres de santé, à savoir :

- Le dépistage du VIH pour les femmes enceintes et les mères allaitantes,
- La fourniture d'un traitement ARV pour les mères séropositives,
- Le suivi et la fourniture d'un traitement prophylactique (si nécessaire) aux nouveau-nés de mères séropositives,
- Dépistage du VIH chez les bébés (virologique, 6 semaines et 4 mois) et les nourrissons (sériologique, 24 mois).

Alors que le projet VIH Guinée a historiquement de bons résultats, comme le démontre une évaluation externe du VIH/TB en Guinée qui a été réalisée en 2016, quelques défis et goulots d'étranglement ont été identifiés dans la composante PTME du projet. Ces défis et goulots d'étranglement comprennent :

- De longs délais d'attente des résultats des tests des laboratoires externes, ce qui a un impact sur le traitement offert aux personnes qui attendent leurs résultats ;
- Des problèmes de taux de rétention des patients (mères et enfants) dont le test de dépistage du VIH est séropositif.

BUT/OBJECTIF GÉNÉRAL ET UTILISATION PRÉVUE

BUT/OBJECTIF GÉNÉRAL

MSF-OCB gère une composante PTME dans le cadre du projet VIH en Guinée et dans d'autres contextes en Afrique occidentale et centrale depuis plus de deux décennies. Il est prévu que la composante PTME du projet VIH en Guinée soit transférée à une organisation partenaire dans un avenir proche (dans un délai de 2 à 4 ans). Il y a donc un vif intérêt de la part des collègues du projet national VIH à évaluer la composante PTME et d'autres activités connexes qui ne relèvent pas directement de la PTME afin d'identifier les bonnes pratiques et les lacunes dans la programmation.

Il y a également un intérêt organisationnel de la part de MSF-OCB à capitaliser sur l'expérience de la composante PTME en Guinée-Conakry, afin de générer un apprentissage des bonnes pratiques qui pourraient être pertinentes pour la programmation de la PTME dans la région de l'Afrique centrale et occidentale, à la fois pour MSF-OCB, d'autres sections de MSF telles que l'OCBA, ainsi que pour la communauté internationale dans son ensemble.

UTILISATION PRÉVUE

L'utilisation prévue de cette évaluation est la suivante : en identifiant ce qui fonctionne pour qui, où, dans quelles circonstances et pourquoi, l'évaluation devrait permettre de répondre à deux utilisations différentes, mais complémentaires :

a. Contribuer aux discussions internes de MSF-OCB qui mèneront à l'amélioration de la composante PTME du projet VIH en Guinée,
b. Contribuer aux discussions internes et externes sur les approches programmatiques de la PTME dans le contexte de l'Afrique occidentale et centrale (mais pas seulement).

CRITÈRES ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

Les questions et sous-questions suivantes ont été élaborées sur la base des critères du CAD, mais nous encourageons les évaluateurs et les équipes d'évaluation qualifiés à soumettre des propositions qui formulent les questions différemment et/ou utilisent d'autres critères qui pourraient apporter une plus grande valeur ajoutée dans le cadre défini de l'évaluation.

E1. La composante PTME du projet VIH est-elle alignée sur les priorités et les besoins des parties prenantes ?

a. Qui sont les parties prenantes (par exemple les communautés, les patients potentiels et réels, les autorités locales, etc.

b. Quels sont les priorités et les besoins des parties prenantes identifiées ?
c. Comment la composante PTME pourrait-elle être plus pertinente compte tenu des priorités et des besoins identifiés des parties prenantes ?

E2. La composante PTME est-elle bien conçue pour répondre aux priorités et aux besoins des parties prenantes ?

a. De quelle manière les activités de la composante PTME sont-elles adaptées aux priorités et aux besoins des parties prenantes ?
b. Comment la conception de la composante PTME pourrait-elle être améliorée ?

E3. La composante PTME atteint-elle les objectifs prédéfinis et les résultats attendus ?

a. Quels sont les objectifs prédéfinis et les résultats attendus de la composante PTME ?
b. Quelles étaient/sont les principales opportunités et contraintes qui ont conduit/conduisent à l'atteinte ou à la non-atteinte des résultats ?
c. Quels changements pourraient être apportés à la composante PTME pour améliorer la réalisation des objectifs et des résultats attendus de manière plus efficace ?

E4. Dans quelle mesure les ressources (RH, financières, etc.) sont-elles bien utilisées pour mettre en œuvre la composante PTME du projet VIH ?

a. De quelle manière la composante PTME est-elle efficace pour atteindre les objectifs et les résultats ?
b. De quelle manière (le cas échéant) peut-on améliorer l'efficacité de la mise en œuvre et du suivi de la composante PTME ?

E5. Quel est l'impact de la composante PTME sur les parties prenantes (patients, sages-femmes du ministère de la santé recevant un soutien par les pairs, communauté, etc.)

a. Qui sont les différents groupes de parties prenantes impactés ou affectés par l'intervention ?
b. Quels sont les différents impacts ou effets des activités, positifs ou négatifs, voulus ou non, sur ces parties prenantes ?
c. De quelle manière pouvons-nous augmenter l'impact positif et réduire l'impact négatif de la composante PTME sur les parties prenantes ?

LIVRABLES ATTENDUS

1. Rapport initial

Conformément aux normes de l'UES, après avoir effectué un examen initial des documents et des entretiens préliminaires. Il comprendra une proposition d'évaluation détaillée, y compris la méthodologie.

2. Rapport d'évaluation préliminaire

Conformément aux normes de l'UES. Il répondra aux questions de l'évaluation et comprendra des conclusions, des leçons apprises et des recommandations.

3. Session de travail

Avec la participation des commissaires et des membres du groupe de consultation. Dans le cadre du processus de rédaction du rapport, l'évaluateur présentera les résultats, recueillera les réactions des participants et facilitera la discussion sur les leçons apprises.

4. Rapport d'évaluation final

Après avoir pris en compte les commentaires reçus lors de la session de travail et les contributions écrites.

5. Autres livrables de diffusion à définir dans un plan de diffusion séparé.

OUTILS ET MÉTHODOLOGIE PROPOSÉS

En plus de la proposition d'évaluation initiale soumise dans le cadre de la candidature (voir le chapitre sur les exigences), un protocole d'évaluation détaillé doit être préparé par les évaluateurs pendant la phase de démarrage. Il comprendra une explication détaillée des méthodes proposées et leur justification sur la base de théories/systèmes validés. Il sera examiné et validé dans le cadre de la phase initiale en coordination avec l'UES.

DOCUMENTATION RECOMMANDÉE

- Documents de projet (propositions de projet, cadres logistiques, rapports situationnels, rapports annuels, rapports de visite sur le terrain),
- Documentation concernant les initiatives de recherche opérationnelle en cours dans le cadre du projet,
- Documentation nationale et régionale,
- Littérature externe et documentation sur des expériences similaires.

MISE EN ŒUVRE PRATIQUE DE L'ÉVALUATION

Nombre d'évaluateurs	Ouvert
Calendrier de l'évaluation	Estimé entre décembre 2021 et mars 2022

PROFIL/EXIGENCES POUR LE(S) ÉVALUATEUR(S)

Exigences :

- Compétences avérées dans la conduite d'évaluations en matière de développement et/ou d'aide humanitaire,

- Expérience de la programmation médicale ou de l'évaluation de la programmation médicale dans des contextes à faibles ressources,
- Maîtrise de l'anglais.

Atouts :

- Expérience dans l'évaluation d'activités, de projets, de programmes ou de politiques de PTME,
- Expérience de travail dans la programmation médicale en PTME,
- Expérience et/ou compréhension de MSF,
- Maîtrise du français hautement souhaitable.

PROCESSUS DE CANDIDATURE

La candidature doit comprendre une proposition technique, une proposition budgétaire, un CV et un échantillon de travaux antérieurs. La proposition doit inclure une réflexion sur la manière dont l'adhésion aux normes éthiques pour les évaluations sera prise en compte tout au long de l'évaluation. En outre, le ou les évaluateurs doivent tenir compte de la sensibilité du sujet traité dans la méthodologie et se refléter dans la composition de l'équipe.

Les offres doivent inclure un devis séparé pour l'ensemble des services, exprimé en euros (EUR). Le budget doit présenter les honoraires de consultance en fonction du nombre de jours de travail prévus sur l'ensemble de la période, à la fois dans leur totalité et sous forme d'honoraires journaliers. Les frais de voyage, le cas échéant, ne doivent pas être inclus car l'UES les organisera et les couvrira. Veuillez noter que MSF ne verse pas d'indemnité journalière.

Les candidatures seront évaluées sur la base de la compréhension par la proposition soumise des principaux éléments livrables conformément aux présents TDR, de la méthodologie pertinente pour atteindre les résultats prévus et de la capacité générale du ou des évaluateurs à effectuer le travail (c'est-à-dire l'inclusion des CV des évaluateurs proposés, la référence à des travaux antérieurs, la certification, etc.

Les équipes ou personnes intéressées doivent envoyer leur candidature à evaluations@stockholm.msf.org en mentionnant HIVGU au plus tard le 23 novembre 2021 à 23h59 CET. Nous apprécierions que les documents nécessaires soient soumis en pièces jointes séparées (proposition, budget, CV, échantillon de travail, etc.). Veuillez inclure vos coordonnées dans votre CV.

Stockholm Evaluation Unit
http://evaluation.msf.org/
Médecins Sans Frontières

Ecrit indépendamment par
Théophile Bigirimana, Lenka Tucek,
Oumou Hawa Diallo et Amardeep Thind
Juillet 2022