

ÉVALUATION FINALE DU PROJET “FORSS – FORMER SUIVRE SOUTENIR : MOBILISATION COMMUNAUTAIRE POUR LUTTER CONTRE LE VIH EN RÉGION MENA » (2018-2022/L’INITIATIVE-EXPERTISE FRANCE)

SOLIDARITÉ SIDA/ITPC-MENA

RDR-MAROC, AGD, ATP+, AL SHEHAB, M-COALITION/AFE-MENA



RAPPORT

Roy WAKIM,
Stéphane VANCUTSEM

Juillet 2022

Table des Matières

ACRONYMES.....	4
RESUME EXECUTIF	6
1. INTRODUCTION.....	11
1.1. contexte et objectifs de l'évaluation.....	11
1.1.1. Contexte de l'évaluation finale.....	11
1.1.2. Objectifs de l'évaluation finale.....	12
1.2. Méthodologies de l'évaluation et déroulement de la mission.....	12
2. ANALYSE GLOBALE (PERTINENCE, COHÉRENCE, EFFICACITÉ, EFFICIENCE, DURABILITÉ, IMPACT, AXES TRANSVERSAUX)	15
2.1. Pertinence.....	15
2.2. cohérence.....	16
2.2.1. Cohérence par rapport à la stratégie du Fonds mondial (complémentarités.....	16
2.2.2. Cohérence par rapport à la stratégie nationale (alignement).....	17
2.2.3. Cohérence par rapport aux autres programmes de coopération intervenant dans le même secteur (harmonisation).....	17
2.3. efficacité.....	18
2.3.1. Résultats atteints de l'OS1 (« L'amélioration des connaissances et des pratiques des acteurs communautaires en matière de prévention et de soins aux PVVIH et populations-clés »).....	18
2.3.2. Résultats atteints de l'OS2 (« La collecte et la diffusion de données nationales et régionales sur la qualité et l'accessibilité des services de prévention et de soins ainsi que l'accès aux traitements »).....	20
2.3.3. Résultats atteints de l'OS3 (« Le développement d'actions de plaidoyer, sur la base des données collectées, pour influencer les stratégies de lutte contre le VIH/Sida et leur modalité de mise en œuvre (au niveau national, régional et international) et pour alerter sur les barrières et obstacles d'accès aux soins pour les PVVIH et populations-clés »).....	23
2.3.4. Résultats atteints de l'OS4 (« Le renforcement d'ITPC-MENA en tant qu'acteur fort et indépendant de la région, au travers d'un appui à son développement stratégique »).....	24
2.3.5. Résultats atteints de l'OS5 (« Le maintien du continuum de services communautaires de prévention, dépistage et prise en charge des PVVIH et populations-clés des cinq pays d'intervention dans le cadre du contexte sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19 »).....	25
2.3.6. Efficacité du dispositif de suivi-évaluation.....	26
2.4. Efficience.....	26
2.5. Durabilité.....	27
2.6. Effets/impacts.....	29
2.7. Axes transversaux (genre).....	29
3. LEÇONS APPRISES	30
4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	31
4.1. Conclusion.....	31
4.2. Recommandations	31
4.2.1. Recommandations générales (particulièrement adressées à Solidarité Sida).....	31
4.2.2. Recommandations spécifiques (formations, collecte/diffusion, plaidoyer, suivi) – particulièrement adressées à Solidarité Sida et à ITPC-MENA ainsi qu'à leurs partenaires.....	31
4.2.3. Recommandations spécifiques au Fonds mondial et aux autorités sanitaires.....	34
4.2.4. Recommandations spécifiques à L'Initiative.....	34
4.2.5. Recommandations spécifiques à Al Shehab.....	34
5. ANNEXES	35
5.1. Annexe 1. Questions évaluatives/matrice d'évaluation.....	35
5.2. Annexe 2 : liste des documents consultés.....	51
5.3. Annexe 3 : liste des personnes rencontrées.....	54
5.4. Annexe 4 : Mise en perspective des principaux enseignements de l'efficacité de l'OS1 avec les éléments clés du guide de recommandations pour l'élaboration d'un volet de renforcement de compétences dans un projet.....	59
5.5. Annexe 5 : Analyse budgétaire.....	60
5.6. Annexe 6: Photos mission.....	66

ACRONYMES

AFE:	Arab foundation for freedoms and equality
AGD :	Association des Gestionnaires pour le Développement
AIDS :	Acquired immunodeficiency syndrome
ALCS :	Association de lutte contre le Sida
Al-Shebab:	Al Shehab Foundation for Comprehensive Development
AMAMI :	L'Association Mauritanienne d'Aide aux Malades Indigents
AMPF :	Association marocaine de planification familiale
ARV :	Médicaments antirétroviraux
ATIOST :	Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA et la Toxicomanie
ATL Tunisie :	Association Tunisienne de Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissible et le sida
ATP+ :	Association Tunisienne de Prévention Positive
CCDAG :	Centre de conseil et de dépistage gratuits du VIH
CCM:	Country Coordinating Mechanism
CHR:	Centre hospitalier régional
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CNDH :	Commission Nationale des Droits de l'Homme
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le Sida
CTA :	Centre de traitement ambulatoire
COVID-19 :	Coronavirus disease of 2019
DELM :	Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
FM :	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FORSS :	Former, suivre, soutenir
HSH :	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST :	Infection sexuellement transmissible
ITPC :	Coalition Internationale pour la Préparation au Traitement
LGBT+:	Lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning
M-Coalition:	MSM Coalition in MENA Region
MC:	Multi-Country
MENA:	Middle East and North Africa
NAP :	National AIDS Program
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisations non gouvernementales
ONUSIDA :	Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPALS :	Organisation Panafricaine de Lutte Contre le Sida
OS :	Objectif Spécifique
OSC :	Organisation de la Société Civile
PC :	Populations clés
PEC :	Prise en charge
PFM :	Portfolio Manager (au Fonds mondial)
PLHIV :	People living with HIV
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS :	Programme National de Lutte contre le Sida
PSN :	Plan stratégique national
PTF :	Partenaires techniques et financiers
PVVIH :	Personnes vivant avec le VIH
RDR-Maroc :	Association nationale de Réduction des risques des drogues
ReACT:	Rights – Evidence – ACTION

RH:	Ressources humaines
RST-MENA:	UNAIDS Regional Support Team for the Middle East and North Africa
SENL :	Secrétariat exécutif national de lutte contre le Sida
SIDA:	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDC:	Society for Inclusion and Development in communities and Care for all
SOS-PE :	SOS Pairs-éducateurs
TARV :	Traitement antirétroviral
TG :	Transgenre
TS :	Travailleur·se·s du Sexe
UDI :	Usager·ère de drogues injectables
UNAIDS:	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
VIH :	Virus d'immunodéficience humaine

RESUME EXECUTIF

Le présent rapport reflète le processus et les résultats de l'évaluation finale du projet « *FORSS- Former Suivre Soutenir : Mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH en région MENA (2018-2022)* » menée dans les cinq pays ciblés (Maroc, Mauritanie, Tunisie, Egypte et Liban) par deux consultants durant les mois de mai, juin et juillet 2022. Cette évaluation, commanditée par L'Initiative/Expertise France. Les consultants se sont basés sur les Termes de Référence de cette évaluation qui avait pour objectifs spécifiques (1) d'analyser/apprécier les résultats du projet sur base des critères d'évaluation du CAD/OCDE (redevabilité) ; (2) d'analyser de manière approfondie (avec recommandations liées) le projet sous l'angle de la thématique des observatoires de l'accès aux soins (apprentissage) et (3) de fournir des recommandations pour le développement d'une seconde phase du projet (prospection).

Dix résultats étaient attendus au terme du projet : (R1) *Les services disponibles en région MENA sont identifiés et référencés dans des rapports d'état des lieux thématiques (HSH, TS, UDI, Dépistage, Traitement).* (R2) *Les connaissances et l'adaptation des cadres de références et recommandations en matière de prise en charge de qualité sont partagées avec les acteurs clés de la zone MENA.* (R3) *285 acteurs communautaires connaissent les standards de qualité en termes de services de prévention et de soins aux PVVIH et populations clés sur les thématiques suivantes : le traitement de l'infection à VIH, le dépistage, les HSH et TG, les TS, les UDI.* (R4) *Les services existants et les produits de santé, sur l'ensemble du continuum de soins, sont évalués de façon continue par les acteurs communautaires des pays cibles.* (R5) *Les barrières et obstacles structurels à l'accès aux services de santé de qualité et aux traitements sont identifiés et partagés.* (R6) *Un dialogue continu et constructif est établi entre toutes les parties prenantes de la lutte contre le VIH pour améliorer la qualité et la couverture des services de prise en charge des PVVIH et des populations clés.* (R7) *Les capacités structurelles du partenaire principal de mise en œuvre du projet (ITPC-MENA) sont renforcées et les associations partenaires bénéficient de renforcements de capacités ponctuels.* (R8) *Les besoins de première nécessité des PVVIH et populations clés les plus vulnérables sont assurés dans les 5 pays d'intervention.* (R9) *Les associations partenaires sont en capacité d'assurer la continuité des services à destination des PVVIH et populations clés.* (R10) *Les barrières à l'accès aux services pour les PVVIH et populations clés pendant la crise COVID-19 dans les 5 pays d'intervention sont connues et référencées dans une étude spécifique.*

Les consultants tirent les principales conclusions suivantes de l'évaluation :

- **La mise en place d'observatoires communautaires sur l'accès aux services de santé est incontestablement pertinente par rapport au contexte de propagation du VIH/Sida dans les cinq pays** (Maroc, Tunisie, Egypte, Liban et Mauritanie), en particulier chez les populations les plus vulnérabilisées et marginalisées (populations clés/PC). Dans chacun des cinq pays, l'accès aux services de dépistage et de soins est limité et les politiques nationales encore trop insuffisantes pour juguler l'épidémie. Il manque clairement des informations fiables sur l'accès aux soins et la prise en charge des PVVIH/PC ou encore sur les facteurs de blocage du dépistage des PVVIH/PC. Ces observatoires viennent donc en appui des politiques sanitaires nationales, dont ils renforcent les systèmes d'information sanitaire déficients. A ce stade de la mise en place des observatoires, les différents acteurs de la lutte contre le VIH/Sida dans chacun des 5 pays affirment l'utilité d'un tel outil qui apparaît complémentaire de ce qui existe.
- Le choix des associations partenaires est pertinent dans la mesure où elles sont chacune pleinement légitimes pour porter le dispositif dans leur pays respectif, à l'exception du partenaire libanais (M-COALITION / AFE MENA) qui est une organisation régionale ne faisant partie d'aucune instance de coordination.
- **Concernant l'efficacité du projet en termes de résultats atteints, elle est variable d'un objectif spécifique (OS) à l'autre.**
- Concernant l'OS1 (amélioration des connaissances et des pratiques), les résultats sont globalement atteints. De manière globale, les différents ateliers/formations en cascade - organisés dans quatre des cinq pays (à l'exception du Liban) - ont permis d'améliorer les connaissances des leaders communautaires afin qu'ils puissent être des personnes relais pour la collecte de données (en étant collecteur·rice·s ou en favorisant la collecte), mais également pour le plaidoyer par la suite. Cependant, malgré la mise en place de différents dispositifs de suivi post-formations, il n'a pas été simple pour les évaluateurs d'apprécier pleinement l'efficacité des différentes formations organisées.
- Concernant l'OS 2 (collecte/diffusion – dispositif observatoire), les résultats sont variables d'un pays à l'autre. Bien que les observatoires aient été mis en place tardivement par rapport à ce qui était prévu (tenant compte du contexte COVID-19 et des retards liés à la mise en place de comités d'éthique dans l'un ou l'autre pays), quatre observatoires sur les cinq prévus sont mis en place (Maroc, Mauritanie, Tunisie et Egypte). Dans les pays ciblés, les enquêtes ont permis de dégager des résultats quantitatifs et qualitatifs avec une amélioration des connaissances sur les PC. Les premiers rapports d'observatoire sont publiés ou sont en cours de publication. Dans les quatre pays, des premières séances de restitution ont eu lieu en présence des principaux acteurs de la lutte contre le VIH/Sida.

- Concernant l'OS3 (plaidoyer), les résultats ne sont que partiellement atteints. Des activités de plaidoyer ont été réalisées en Mauritanie, en Tunisie et en Egypte. Cependant, seulement en Egypte, une stratégie de plaidoyer adaptée au contexte national et orientée vers le secteur du droit a été développée.
- Concernant l'OS4 (renforcement des capacités ITPC-MENA), les résultats sont partiellement atteints. Le projet a abouti au développement d'un plan d'action visant à renforcer les capacités d'ITPC MENA, et comprenant une liste des changements visés : gestion des ressources humaines, communication interne et valorisation de son expertise à l'externe, élaboration d'un nouveau plan stratégique 2022-2026. Par ailleurs, ITPC-MENA n'a pas été en mesure, à certains moments, de jouer son rôle de co-porteur du projet, compte tenu de sa capacité de gestion limitée (en raison d'un personnel réduit, d'un roulement continu du personnel, d'une expérience limitée). Parallèlement, les associations partenaires ont bénéficié de renforcements de capacités ponctuels tout au long de la durée du projet (renforcement appuyé dans certains cas par le Canal Expertises de L'Initiative). Ainsi, Solidarité Sida et ITPC-MENA ont été amenées à accompagner et à renforcer ponctuellement les partenaires du projet en fonction des demandes et besoins identifiés, dans l'intérêt de la mise en œuvre des activités.
- Et enfin, concernant l'OS5 (riposte COVID), les résultats sont globalement atteints. Des aides alimentaires et kits d'hygiène aux PVVIH et populations clés les plus vulnérables ont été fournis, des plans de contingence ont été élaborés pour les associations partenaires et enfin, une étude spécifique couvrant les 5 pays d'intervention et ayant vocation à identifier les barrières à l'accès aux services de prévention, dépistage et prise en charge pour les PVVIH et populations dans le contexte COVID a été réalisée (bien que sa publication soit tardive).
- **De manière générale, l'efficacité du projet est jugée moyenne.** Le budget global du projet a été sous-évalué par rapport aux objectifs à atteindre (outre la dimension « multi-pays » qui nécessite d'importants moyens de suivi). Le projet a tout de même fait preuve d'une adaptabilité certaine à plusieurs reprises (extensions sans coût, l'extension budgétaire relative à l'OS5 dans le cadre du dispositif de la réponse à la COVID-19 de L'Initiative, ajustements en cours de processus de collecte, flexibilité dans la gestion budgétaire au niveau de chaque partenaire).
- **Le projet présente des atouts très intéressants sur le plan de la durabilité de son intervention :** adhésion au concept d'observatoire par les responsables des programmes sanitaires nationaux et autres acteurs de lutte contre le VIH/sida, dans chacun des 5 pays ; appropriation progressive du dispositif par les parties prenantes avec de manière générale une bonne compréhension globale des enjeux/objectifs de l'observatoire par les parties prenantes ; les différentes actions des renforcements des capacités sont des acquis indiscutables ; l'approche participative ; le choix de collaborer avec les principales associations de PC et de PVVIH avec une légitimité reconnue et à assise communautaire du pays, ayant une portée régionale et nationale. Cependant, certaines difficultés constatées peuvent constituer un frein à la durabilité des acquis : les collecteurs ne sont pas suffisamment impliqués dans le dispositif (au-delà de la collecte) ; dans les cinq pays, le projet n'a pas suffisamment tenté d'intégrer les cadres de concertation existants, étape importante pour augmenter la pérennité et faciliter l'appropriation du dispositif par les agents de santé et autorités sanitaires locales/régionales/nationales ; dans chacun des 5 pays, la société civile est peu structurée ne constituant pas un contre-pouvoir capable de critiquer les autorités, ce qui peut constituer un frein dans la stratégie de plaidoyer de l'observatoire.
- **Quant aux premiers effets/impacts du projet, les consultants en relèvent quelques-uns tout à fait intéressants :** (1) les pairs-enquêteurs constituent une réelle plus-value dans la mesure où les cibles (PVVIH et PC) se sentent en confiance et valorisées ; (2) la visibilité/notoriété des associations communautaires a été renforcée à travers le projet (surtout via leurs actions pendant la pandémie de COVID) ; (3) Les premières actions de plaidoyer ont produit quelques premiers effets (par exemple la volonté politique d'intégrer le dispositif observatoire dans le nouveau PSN au Maroc).

Les consultants formulent les principales recommandations suivantes de l'évaluation :

- De manière générale, les consultants, convaincus de l'utilité de ces observatoires, recommandent à Expertise France la consolidation, le renforcement et l'extension géographique des observatoires communautaires dans les quatre pays éligibles, ainsi que l'extension des catégories ciblées par ces observatoires.

Recommandations générales (particulièrement adressées à Solidarité Sida)

- Revoir le modèle de gouvernance du dispositif multi-pays à travers une répartition claire et éclairée des responsabilités des différents acteurs (Solidarité Sida, ITPC MENA, organisations partenaires).
- Assurer les ressources nécessaires aux différents partenaires pour se lancer résolument dans une éventuelle phase 2 afin d'éviter un manque de RH entraînant une inefficacité du personnel ainsi qu'une dilution des responsabilités.
- Renforcer la capitalisation des expériences entre les 4 pays.
- Encourager le coaching post-formations auprès des associations partenaires ; en particulier, susciter la mutualisation des compétences entre ces associations partenaires.

- Mettre en place un dispositif de suivi qui soit suffisamment orienté changements avec la définition d'indicateurs d'effets/impacts.
- Travailler davantage en synergies avec d'autres acteurs qui interviennent sur des thématiques liées pour assurer la complémentarité et réduire les doublons entre les différents acteurs.
- De manière globale, encourager les associations partenaires à sortir progressivement d'une logique projet pour s'ancrer davantage dans une logique de pérennité (dispositif de veille permanent).
- Communiquer davantage auprès des instances du Fonds mondial sur les enjeux et les résultats des observatoires afin de renforcer le plaidoyer pour l'intégration de ce dispositif au sein des nouvelles subventions.

Recommandations spécifiques – particulièrement adressées à Solidarité Sida et à ITPC-MENA ainsi qu'à leurs partenaires

Dispositif de collecte/analyse :

- Utiliser différentes sources de collecte de données, y compris plus qualitatives, afin de mieux trianguler les sources et mieux impliquer différents types d'acteurs dans le dispositif.
- Pour faire face aux problèmes de faible échantillonnage, il serait pertinent de s'associer avec d'autres ONG actives dans la sensibilisation.
- Elargir la zone d'intervention de l'observatoire afin d'avoir des résultats extrapolables et plus représentatifs au niveau national.
- Coupler davantage les enquêtes/collectes avec des séances de sensibilisation et vice-versa. Idéalement intégrer les activités de collecte au sein d'activités en cours subventionnées par le Fonds mondial et inscrites dans le fonctionnement routinier des institutions.
- Simplifier le questionnaire (trop long) et revoir l'ordre des questions. Par ailleurs, certaines questions sont à revoir et à adapter en fonction de chaque pays.
- Élargir la cible de l'observatoire au-delà des PC (les mineurs, professionnels de santé, femmes enceintes dans des sites de collecte appropriés, etc.) afin de pouvoir recueillir des informations sur l'efficacité de la prévention et éventuellement ajouter une section d'évaluation de la sensibilisation.
- Organiser régulièrement des ateliers d'échanges d'expériences entre collecteurs pour permettre le partage des expériences, des bonnes pratiques et des leçons apprises.
- Les collecteurs et superviseurs devraient être renforcés - avec des mises à jour continues - en techniques de collecte de données, en rapportage, en techniques de plaidoyer ainsi qu'en connaissances des thématiques sanitaires et de leurs enjeux.
- Former les équipes projet sur les aspects d'analyses des données et de suivi et évaluation.
- Impliquer davantage les collecteurs dans la conception des questionnaires et dans l'analyse, voire dans le plaidoyer.
- Concernant la remontée des informations (observatoire), ne pas oublier de signaler et de valoriser les bonnes pratiques, ainsi que d'en tirer des enseignements à capitaliser
- Les enseignements issus de l'étude spécifique à l'identification des barrières à l'accès et à la qualité des soins de santé dans le contexte COVID devraient être intégrés dans les rapports d'observatoire.
- Revoir les modalités de la restitution et du partage des résultats : impliquer toutes les parties prenantes actives dans la lutte contre le VIH/Sida, envisager un cadre d'échange et/ou profiter aussi des cadres d'échanges existants.
- Encourager les associations partenaires du projet à réfléchir ensemble avec les autres acteurs de la lutte sur l'évolution du statut de pairs-enquêteurs.
- Organiser/instituer/intégrer des cadres d'échanges, tant au niveau des centres de prise en charge qu'au niveau de la zone de santé avec les autorités sanitaires régionales/locales pour faciliter l'appropriation du dispositif par les agents de santé et autorités sanitaires régionales, dans les contextes pays où cela est possible.

Renforcement des capacités :

- De manière plus globale, poursuivre le renforcement des capacités des associations partenaires en suivi-évaluation, leadership, stratégie de mobilisation de fonds, gestion RH, gestion des partenariats, gestion financière, et communication.

- Intégrer dans ce type de projet des activités de renforcement des compétences des femmes en vue d'une participation à la prise de décision et d'impulsion de leur leadership dans les organisations ciblées. De manière plus globale, renforcer l'approche genre ou travailler avec d'autres ONG (Frontline Aids par exemple) déjà avancées dans ce domaine pour l'améliorer.
- Envisager un axe de renforcement des compétences des prestataires de soins impliqués dans le dispositif observatoire.
- En termes de formation de formateurs, il est important d'identifier des collecteurs plus performants qui peuvent jouer un rôle comme formateur auprès de nouveaux collecteurs.

Plaidoyer/communication :

- Profiter des séances de restitution pour anticiper sur les axes de plaidoyer (mieux traduire les résultats de l'observatoire en stratégie de plaidoyer).
- Revoir la stratégie de plaidoyer en intégrant aussi des interpellations plus précises/ciblées, tout en maintenant quelques considérations générales. Par ailleurs, envisager également un système d'alerte précoce pour des cas spécifiques urgents (ex. : rupture d'ARV dans telle formation sanitaire).
- Mettre en œuvre un véritable plan de plaidoyer qui incite à plus d'adhésion/d'appropriation de la part des principaux acteurs concernés. Mener des actions de plaidoyer sur du plus long terme afin de réellement faire « bouger les lignes ».
- Faire mieux coller le plaidoyer avec les agendas politiques
- Trouver d'autres alliés pour mener du plaidoyer en renforçant la multisectorialité de la stratégie (ex. associer des acteurs impliqués sur la question des droits humains).
- Renforcer les synergies entre associations communautaires afin d'être plus forts dans les actions de plaidoyer.
- Améliorer la stratégie de communication autour du dispositif/concept « observatoire ».

Recommandations pour l'observatoire égyptien (n'étant plus éligible pour une éventuelle phase 2 du projet FORSS)

Pour assurer la pérennité de l'observatoire égyptien, les consultants recommandent :

- En l'absence de financement externe : inclure le questionnaire dans la prestation de services réguliers par l'organisation (dépistage, soutien juridique, etc.), ce qui assure la continuité et le suivi des besoins des PC.
- Reprendre le concept/ la méthodologie de l'observatoire dans d'autres requêtes de financement pour de nouveaux bailleurs de fonds. A noter que ce projet a permis d'estimer le coût annuel approximatif d'un observatoire en Egypte, soit égal à 30 000 USD (dans sa structure actuelle).

Recommandations spécifiques au Fonds mondial et aux autorités sanitaires

- Encourager le CCM/FM/Ministère de la santé à intégrer le concept d'Observatoire dans les nouvelles subventions (en attendant que soit trouvé un modèle de financement pérenne).
- Encourager et former les autorités sanitaires à utiliser les observatoires mis en place pour renforcer leurs capacités de surveillance et identifier les dysfonctionnements grâce à l'utilisation des données générées ou encore permettre aux collecteurs de notifier directement tout dysfonctionnement.

Recommandations spécifiques à L'Initiative

- Adapter les interventions futures-en identifiant et en renforçant les synergies avec d'autres projets/acteurs - pour compléter les subventions existantes et combler les lacunes identifiées.
- Communiquer davantage auprès des instances du Fonds mondial sur les enjeux et les résultats des observatoires afin de renforcer le plaidoyer pour l'intégration de ce dispositif au sein des nouvelles subventions.
- Veiller à ce que le dispositif de suivi soit suffisamment orienté changements avec la définition d'indicateurs d'effets/impacts.
- Les évaluateurs relèvent une incohérence entre l'objectif (cohérent) d'un projet multi-pays et les moyens financiers alloués au projet FORSS qui se sont avérés notoirement insuffisants. Il est donc primordial d'adapter le budget en rapport avec les objectifs à atteindre.

- La mobilisation d'autres appuis parallèles au projet (via notamment le Canal Expertise) est encouragée, dans le but de renforcer les capacités des associations partenaires.
- Concrètement, pour les perspectives de continuité du projet FORSS dans chaque pays, les consultants recommandent vivement à L'Initiative de soutenir une phase 2 dans 4 des 5 pays ciblés (l'Egypte n'étant plus éligible). En effet, les observatoires ont été mis en place tardivement et pour que ceux-ci puissent pleinement atteindre leurs objectifs finaux (amélioration de la prévention et de la qualité de prise en charge des PVVIH/PC), il est impératif d'accompagner les porteurs du dispositif dans cette phase de déploiement.

Remarque : de nombreuses améliorations ont été notées dans la proposition élaborée par Solidarité Sida pour une seconde phase du projet, telles que (1) une meilleure implication des autres acteurs actifs dans la riposte au VIH, y compris les représentants du système de santé formel, (2) une meilleure focalisation sur la capitalisation et reconnaissance nationale et régionale afin d'assurer la pérennité des observatoires communautaires (3) une amélioration de l'approche genre, etc. Une partie des recommandations formulées dans ce présent rapport d'évaluation viennent appuyer ces améliorations.

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

1.1.1. Contexte de l'évaluation finale

La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA) possède l'un des taux de prévalence du VIH les plus bas au monde (0,1%). Cependant, le taux de couverture de traitement antirétroviral (TARV) reste faible (24% en 2019) comparé à celui du niveau mondial (59%). D'ailleurs, cette région est confrontée à plusieurs défis relatifs à la lutte contre le VIH/Sida : concentration de l'épidémie au sein des populations-clés, discriminations et stigmatisations importantes, politiques nationales inadaptées voire insuffisantes pour juguler l'épidémie, ou encore faible système de monitoring et de surveillance communautaires ne permettant pas de disposer de données d'une part sur la qualité des services mis en place dans la réponse au VIH/Sida, et d'autre part sur les dysfonctionnements existants et les besoins des bénéficiaires des services. En effet, la société civile dans cette région est moins développée qu'en Afrique subsaharienne, ce qui a comme conséquences des freins sur la mise en place de monitoring externe/surveillance communautaire.

C'est dans ce cadre que Solidarité Sida a mis en œuvre le projet intitulé FORSS « FORMer, Suivre, Soutenir : mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH en région MENA ». Débuté en juin 2018, le projet s'achèvera en décembre 2022, soit 55 mois au lieu de 36 initialement (le projet ayant bénéficié de 3 extensions : une première en 2020 de 6 mois + coût additionnel top-up COVID, ensuite 10 mois en 2021 et enfin 3 mois en 2022), et une demande pour le financement d'une suite du projet a été soumise à L'Initiative dans le cadre de son Appel à projets 2022.

Le projet est copiloté avec ITPC-MENA et couvre 5 pays : Égypte, Liban, Maroc, Mauritanie, Tunisie. Il s'appuie sur 5 piliers distincts, dont les objectifs spécifiques concourent globalement à améliorer l'offre et la qualité des services de prévention, des soins du VIH-sida et de l'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les populations clés dans la région MENA.

Le projet s'appuie sur six associations partenaires :

1. ITPC-MENA - Maroc
2. AGD - Mauritanie
3. AL SHEHAB - Égypte
4. ATP+ - Tunisie
5. M-COALITION / AFE-MENA - Liban
6. RDR-MAROC - Maroc

Cinq objectifs spécifiques étaient assignés à ce projet :

OS1 : « L'amélioration des connaissances et des pratiques des acteurs communautaires en matière de prévention et de soins aux PVVIH et populations-clés. »

OS2 : « La collecte et la diffusion de données nationales et régionales sur la qualité et l'accessibilité des services de prévention et de soins ainsi que l'accès aux traitements. »

OS3 : « Le développement d'actions de plaidoyer, sur la base des données collectées, pour influencer les stratégies de lutte contre le VIH/Sida et leur modalité de mise en œuvre (au niveau national, régional et international) et pour alerter sur les barrières et obstacles d'accès aux soins pour les PVVIH et populations-clés. »

OS4 : « Le renforcement d'ITPC-MENA en tant qu'acteur fort et indépendant de la région, au travers d'un appui à son développement stratégique. »

OS5 : « Le maintien du continuum de services communautaires de prévention, dépistage et prise en charge des PVVIH et populations-clés des cinq pays d'intervention dans le cadre du contexte sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. »

1.1.2. Objectifs de l'évaluation finale

L'**objectif global** de la mission était de mener une évaluation finale du projet « FORSS – FORMer Suivre Soutenir : mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH en région MENA » sur la période 2018-2022. Trois objectifs spécifiques ont été définis :

Redevabilité : vise à obtenir une appréciation critique du projet, à partir de l'évaluation de la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et l'impact du projet.

Apprentissage : L'Initiative a mené précédemment une évaluation transversale portant sur les observatoires de l'accès aux soins. L'évaluation du projet FORSS s'inscrit dans ce travail de capitalisation transversale et avait pour objectif d'enrichir les leçons déjà apprises sur cette thématique, afin de nourrir de futurs projets.

Prospection : Solidarité Sida ayant demandé à L'Initiative le financement d'une seconde phase de ce projet, l'évaluation devait fournir des recommandations pour son développement.

L'un des grands enjeux de ce travail d'évaluation est de discuter et de formuler de manière participative avec les organisations partenaires les recommandations qui serviront de base et d'orientation pour la pérennisation des acquis et la mise en œuvre d'éventuels projets futurs. Les recommandations proposées sont réalistes, opérationnelles et pragmatiques. Les consultants ont été attentifs dans la formulation des recommandations, à la nécessité de maintenir l'équilibre entre l'atteinte rapide d'un résultat et les processus d'appropriation et d'adaptation des structures partenaires, qui eux sont beaucoup plus longs mais garants d'un renforcement maîtrisé de leur savoir-faire et de leurs relations partenariales.

Pour que l'évaluation œuvre déjà dans ce sens, soulignons que, lors des missions de terrain, les consultants ont suscité autant que possible la participation des différents acteurs tout au long du processus d'évaluation.

1.2. METHODOLOGIES DE L'EVALUATION ET DEROULEMENT DE LA MISSION

La méthode utilisée était participative et inclusive, consistant principalement à susciter puis, structurer la réflexion des différents acteurs du projet autour des questions d'évaluation. Il est important de souligner que la démarche proposée était telle que les consultants n'étaient pas là pour imposer leurs idées/analyses. Même en tant qu'apporteurs de regards externes, ils ont amené leurs idées/analyses plutôt sous forme de questionnement que sous forme d'affirmation. Les consultants ont tenté de susciter les parties prenantes à élaborer elles-mêmes un diagnostic et des recommandations partagées. L'évaluation a fait intervenir les différentes parties prenantes du projet, depuis les membres de l'équipe de projet (FORSS) et du partenaire de mise en œuvre (ITPC-MENA – Maroc) jusqu'aux autorités sanitaires et programmes nationaux du VIH dans les différents pays, en passant par les ONG partenaires (AGD – Mauritanie ; AL SHEHAB – Égypte ; ATP+ - Tunisie ; M-COALITION / AFE-MENA – Liban et RDR-MAROC - Maroc) et leurs membres, sans oublier d'autres interlocuteurs clés (voir annexe 3). L'évaluation a mobilisé non seulement les parties prenantes « directes » du projet mais aussi les parties prenantes qui voient le projet de l'extérieur comme l'ONUSIDA par exemple, et les équipes d'autres initiatives qui opèrent dans le même contexte et/ou qui ont soutenu le projet par des actions de renforcement de capacités par exemple (Frontline AIDS, etc.).

L'implication des différents acteurs du projet durant tout le processus (note de cadrage, briefing, débriefing/restitution, rapport provisoire) a contribué non seulement à l'enrichissement de l'analyse et à l'appropriation des résultats de l'évaluation, mais aussi, au renforcement de leurs capacités en les rendant acteurs et partenaires du processus.

L'équipe de consultants a tout d'abord veillé à analyser toute la documentation nécessaire à une bonne compréhension détaillée des enjeux du travail demandé. Ce travail préalable leur a permis de s'imprégner des données factuelles relatives aux activités et réalisations (document programme, rapports d'activités, rapports de l'observatoire, compte-rendus de réunions/missions, etc.)¹. Remarque : l'évaluation est menée en l'absence du dernier rapport semestriel (rapport S8) ainsi que du rapport final du projet (pas encore rédigés au moment de l'évaluation). Le projet a été évalué avant son terme afin d'alimenter l'instruction de la demande d'une phase 2.

1 Voir liste des principaux documents consultés en annexe 2.

Sur base de l'analyse documentaire, les consultants ont ensuite rédigé une note de cadrage qui a précisé le contexte, les objectifs, la méthodologie d'évaluation ainsi qu'une proposition de calendrier de mission.

Les techniques de recueil de données suivantes ont été utilisées dans les différentes phases du recueil de données :

- En tout début de mission de terrain, un *briefing* a été organisé dans chacun des pays concernés entre les consultants et l'équipe du FORSS, porteur du projet. Celle-ci a présenté le projet (contexte, objectifs, enjeux, activités, résultats) et ensuite, les consultants ont présenté la note de cadrage. Le programme de mission a été validé à l'issue de cette réunion par l'organisation partenaire.
- Tout au long des missions de terrain, des *entretiens individuels et/ou de focus-group* ont été menés : des interviews informelles et formelles articulées autour de guides d'entretien (qui se sont inspirés de la matrice d'évaluation), en favorisant le dialogue et le recueil de témoignages. Les consultants ont veillé à combiner dans la mesure du possible des entretiens individuels avec des focus-groups (focus-group surtout avec les collecteurs et les usagers). Les autres types d'acteurs (responsables des organisations ciblées, tout autre acteur impliqué de manière indirecte dans le projet) ont fait l'objet d'entretiens individuels.
- *Méthode participative d'évaluation* : la méthode du « changement le plus significatif » (« Most Significant Change ») a été appliquée partiellement lors des entretiens individuels et/ou focus-group avec les bénéficiaires. Il s'agit d'une méthode très participative qui met en valeur des histoires significatives de changements (dus au projet). Concrètement, elle se base sur une sélection de témoignages/récits de changements recueillis auprès des acteurs d'une intervention (en particulier ici les collecteurs des observatoires et de manière plus globale les membres de l'équipe projet) que ces acteurs estiment particulièrement significatifs. C'est une méthode simple, particulièrement adaptée au contexte local. La plus-value de cette méthode se situe à plusieurs niveaux : 1) elle permet d'identifier des changements inattendus, 2) elle met en évidence différentes interprétations de la réalité et 3) elle incite à une meilleure compréhension par les bénéficiaires des changements organisationnels. Cette méthode se focalise davantage sur l'évaluation qualitative des projets. Elle a notamment permis aux consultants de valoriser quelques effets/impacts des actions de renforcement des capacités et des compétences auprès des partenaires nationaux et des collecteurs.
- Finalement, au terme de chaque phase terrain, les consultants ont organisé une séance de restitution/debriefing avec les responsables du projet FORSS dans chacun des pays concernés. Cette réunion portait d'une part sur des demandes d'éclaircissements de la part des consultants et d'autre part sur une restitution « à chaud » par les consultants des premières conclusions de la mission.

Les missions se sont déroulées successivement au Maroc du 30 mai au 5 juin, en Egypte et Mauritanie du 6 juin au 12 juin, en Tunisie du 13 au 19 juin et au Liban du 20 au 26 juin .

Dans chacun des 5 pays visités, le programme de mission était plus ou moins celui-ci :

Activités	
Mission de terrain	
Jour 1	<u>Matin</u> : briefing (présentation du projet par l'équipe projet, présentation de la note de cadrage par le consultant, échanges autour de la note de cadrage et validation du calendrier de mission) + entretiens/focus-groups avec les membres de l'équipe projet et membres de l'organisation partenaire <u>Après-midi</u> : focus-group avec un échantillon de collecteurs
De Jour 2 à jour 4	entretiens avec les Autorités sanitaires ; entretien avec les représentants du programme national de lutte contre le VIH ; visites échantillon de formations sanitaires : au niveau de chaque formation sanitaire : entretien avec l'agent collecteur, entretien avec l'un ou l'autre prestataire de soins, focus-group avec des usagers ; entretien avec le responsable de l'ONUSIDA ; entretien avec les responsables/représentants du CCM ; entretiens avec d'autres acteurs (autres OSC ? autres programmes de coopération ayant des actions similaires ? Instituts de recherche ?)
Jour 5	<u>Matin</u> : atelier de restitution <u>Après-midi</u> : débriefing avec l'organisation partenaire

Appréciation générale & remerciements

Les missions se sont déroulées de manière satisfaisante, avec une bonne disponibilité des participants dans les cinq pays concernés, un peu plus de difficultés au Liban et ce malgré les efforts déployés par le consultant, en raison du contexte et des problèmes de l'organisation partenaire. Les consultants souhaitent remercier toutes les personnes et institutions qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué au bon déroulement général des différentes missions. En particulier, nous tenons à vivement remercier toutes les organisations de la société civile [OSC] (y compris les collecteurs) rencontrées pour leur grande disponibilité, ainsi que les usagers des formations sanitaires.

Nos remerciements les plus chaleureux vont aux coordinateurs de projet dans les pays concernés qui n'ont pas ménagé leurs efforts pour nous ouvrir les différentes portes et nous permettre de rencontrer le maximum d'interlocuteurs en un temps très contraint.

2. ANALYSE GLOBALE (PERTINENCE, COHÉRENCE, EFFICACITÉ, EFFICIENCE, DURABILITÉ, IMPACT, AXES TRANSVERSAUX)

2.1. PERTINENCE

- La mise en place d'observatoires communautaires sur l'accès aux services de santé est incontestablement pertinente par rapport au contexte de propagation du VIH/Sida dans les cinq pays, en particulier chez les populations les plus vulnérables et marginalisées (populations clés/PC). Dans chacun des cinq pays, l'accès aux services de dépistage et de soins est limité et les politiques nationales encore trop insuffisantes pour juguler l'épidémie. Les types de dysfonctionnements et leurs causes sont globalement connus. En revanche, pour lutter contre eux il est nécessaire de les identifier précisément, de les localiser dans le temps et dans l'espace, d'en analyser les causes et les déterminants, de préciser les goulots d'étranglement. En particulier, il manque toujours des informations fiables sur l'accès aux soins ainsi que sur ses barrières, telles que le coût des services, les infrastructures, les lois ou encore la bonne adéquation des services disponibles aux besoins des populations. Ces observatoires viennent donc en appui des politiques sanitaires nationales, dont ils renforcent les systèmes d'information sanitaire déficients. Une veille citoyenne par les populations concernées (en particulier les PVVIH et les populations clés) est propre à suppléer ces déficiences et porter un plaidoyer pertinent pour l'amélioration de l'accès aux services de santé. Un tel dispositif s'appuie sur les usagers et bénéficiaires des systèmes d'accès aux soins, dans l'esprit de la Déclaration d'Alma Ata et de l'Initiative de Bamako.
- Sur base des éléments contextuels relatifs aux pays ciblés (en particulier le manque d'informations fiables sur l'accès aux soins et la prise en charge des PC), le projet FORSS est jugé pertinent, en particulier de par son approche d'abord axée sur l'amélioration des connaissances. Les différentes formations qui ont été offertes dans le cadre du projet sont toutes jugées pertinentes et utiles en amont d'un dispositif d'observatoire communautaire d'accès aux soins et aux services de santé. Cependant, il aurait été aussi pertinent de renforcer cet axe « amélioration des connaissances » par des actions de renforcement des capacités des prestataires et des usagers en particulier en matière de droits et devoirs (des uns et des autres)².
- Le dispositif « observatoire communautaire » est jugé pertinent par les principaux acteurs de la lutte contre le VIH/Sida ainsi que les représentants des autorités nationales³ qui ont également signalé que la société civile et les ONG jouent un rôle important dans la riposte nationale au VIH. De plus, le dispositif est d'autant plus pertinent dans le contexte du COVID-19 vu le changement des priorités des systèmes de santé nationaux et la réallocation des ressources liées à la veille sanitaire.
- Le choix des associations partenaires est pertinent dans la mesure où elles sont chacune pleinement légitimes pour porter le dispositif dans leur pays respectif, étant donné qu'elles sont des OSC à base communautaire, acteurs incontournables sur la thématique VIH, ont une expérience avec les PC et collaborent étroitement avec les acteurs de la lutte contre le VIH⁴. Cependant quelques écueils ont été identifiés dans le choix des partenaires notamment celui du partenaire libanais (M-COALITION / AFE MENA) qui est une organisation régionale ne faisant partie d'aucune instance de coordination. De plus, des problèmes de gouvernance non gérés tout au long du projet ont profondément affecté la performance du projet au Liban⁵.

² Via notamment l'appui à des causeries éducatives, groupes de paroles, etc.

³ Voir effets/impacts.

⁴ Par exemple, AGD en Mauritanie a été particulièrement impliquée dans l'élaboration du document national de stratégie de dépistage communautaire.

⁵ Le partenaire libanais serait remplacé par une autre organisation si une phase 2 du projet est mise en oeuvre.

- Quant à ITPC MENA, ils n'ont pas été en mesure de jouer, à certains moments, leur rôle de co-porteur du projet, compte tenu de leur capacité de gestion limitée (en raison d'un personnel réduit, d'un roulement continu du personnel, d'une expérience limitée). La réelle valeur ajoutée d'ITPC-MENA – à la fois co-porteur du projet FORSS et sous-récepteur de la subvention multi-pays du FM- dans ce projet reste donc floue⁶.
- Le projet a été formulé de manière pertinente, c'est à dire qu'il y a une cohérence entre la problématique identifiée, les objectifs fixés par le projet et les résultats attendus. L'intégration de l'OS5 relatif aux actions de lutte anti-COVID est jugée pertinente.
- En matière de capitalisation, la participation de Solidarité Sida et d'ITPC-MENA à l'atelier de capitalisation des observatoires de L'Initiative au tout début de leur projet leur a permis de revenir sur certains aspects du plan d'action du projet, notamment la nécessité d'avoir des collecteurs et superviseurs formés, l'utilisation des nouvelles technologies pour la collecte des données, l'importance d'impliquer les autorités tout au long du processus, etc.
- L'approche multi-pays a permis un échange d'expériences, une stimulation collective ainsi qu'un renforcement de la notoriété de chaque partenaire. Cependant, les différences dans les progrès et la dynamique de la mise en œuvre entre les pays/partenaires ont entraîné des difficultés dans la mise en œuvre des activités multi-pays entraînant des retards pour certains pays. Les porteurs de projet ont opté ainsi pour une approche différenciée vu les contextes de mise en œuvre dans les différents pays et cela au détriment de la dimension régionale qui était prévue initialement.

2.2. COHERENCE

2.2.1. Cohérence par rapport à la stratégie du Fonds mondial (complémentarités)

- Le projet est en cohérence avec la stratégie du Fonds mondial par rapport aux rôles des systèmes communautaires et de la société civile, une des stratégies du FM étant d'investir dans les systèmes communautaires :
 - o Suivi communautaire, comme le suivi de la qualité et de l'accessibilité des services
 - o Plaidoyer par les communautés
 - o Mobilisation sociale, ainsi que renforcement des liens, de la collaboration et de la coordination entre les communautés et d'autres intervenants de la santé
 - o Renforcement des capacités institutionnelles, planification et développement du leadership
- Le projet d'un observatoire communautaire de l'accès aux services de santé propose un ensemble de mécanismes et de stratégies proactifs pour suivre et renforcer la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial grâce à une évaluation dynamique des résultats par les bénéficiaires eux-mêmes ainsi qu'une diffusion des résultats de l'observatoire à toutes les parties prenantes impliquées dans les mécanismes d'action du FM et les projets mis en œuvre grâce à ses subventions (des représentants des CCM aux bénéficiaires finaux en passant par les autorités sanitaires et le PFM).
- Le projet s'inscrit dans les objectifs de la stratégie du Fonds mondial 2017-2022 car il favorise l'optimisation de l'impact des actions menées contre le VIH. De plus, si les structures d'observatoires parviennent à être pérennisées, elles seront une des chevilles ouvrières de la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé car la veille attentive de l'accès aux services de santé au niveau des communautés est une condition sine qua non de l'évolution des systèmes de santé et du maintien des avancées.
- Le projet d'observatoire est d'autant plus cohérent que des problèmes de gouvernance empêchent parfois la bonne mise en œuvre des programmes du Fonds mondial et des stratégies nationales qu'ils sont sensés appuyer.

⁶ Par exemple, ITPC MENA prévoit de mettre en œuvre (en 2024) une activité intitulée « Regional community-based monitoring of HIV services in the MENA Region » dans le cadre de la subvention MC du FM.

- En Mauritanie, au Maroc et en Tunisie, le dispositif est jugé pertinent par le CCM malgré la mauvaise connaissance du projet par les représentants du FM rencontrés, notamment en Egypte et en Tunisie (où les observatoires sont déjà opérationnels). Ceci révèle le manque de coordination et de diffusion des données nécessaires à une meilleure pertinence, appropriation et légitimité des observatoires. Néanmoins, le turnover qui a eu lieu au sein du FM, sur les portefeuilles pays notamment ceux de la région MENA, aurait pu affecter cet aspect.

2.2.2. Cohérence par rapport à la stratégie nationale (alignement)

- Globalement, dans les quatre pays, les autorités sanitaires ont accueilli favorablement les observatoires. Ces observatoires viennent en appui des politiques sanitaires nationales, dont ils renforcent les systèmes d'information fragmentés et déficients. À l'issue de la mise en place des observatoires, les différents acteurs en charge des programmes de santé affirment la pertinence d'un tel outil. La veille citoyenne menée grâce aux observatoires, s'inscrit comme un outil indispensable au suivi du respect (ou non) des orientations stratégiques des Plans Nationaux de Développement Sanitaire et des Programmes Nationaux des pays concernant le VIH/Sida. Les informations transmises par les observatoires permettent aux décideurs d'identifier les dysfonctionnements et goulots d'étranglements qui nuisent à la mise en œuvre de ces orientations stratégiques.

2.2.3. Cohérence par rapport aux autres programmes de coopération intervenant dans le même secteur (harmonisation)

- Le projet d'observatoires communautaires d'accès aux services de santé est en cohérence avec la stratégie de l'ONUSIDA : « À l'horizon 2020, 90% de PVVIH connaissent leur statut ; 90% des personnes dépistées positives sont sous traitement et ; 90% ont une charge virale indétectable ». Par ailleurs, l'ONUSIDA soutient le projet dans les cinq pays ciblés. En fait, la mise en place des observatoires contribue à améliorer la connaissance de la situation des PVVIH et par la suite renseigne indirectement sur les actions nécessaires pour une meilleure prévention du VIH et une meilleure prise en charge des PVVIH.
- Le projet FORSS est complémentaire à plusieurs programmes de coopération intervenant dans le même secteur comme les subventions du FM en Tunisie par exemple qui ne financent pas des activités de collectes de données. Cependant, le projet a également souffert d'un manque de concertation et de synergie au niveau national entre les différents acteurs et bailleurs de fonds concernant la mise en place des observatoires communautaires et les actions de plaidoyer, ce qui aboutit à de multiples duplications. Les exemples incluent, mais ne sont pas limités à :
 - o La nouvelle subvention pays VIH/SIDA du Fonds mondial en Tunisie « Improving access to prevention and treatment services as well as human rights for key populations in Tunisia » (2022-2024) comprend des activités en lien avec « Reducing human rights-related barriers to HIV/TB services ». Il s'agit notamment de mettre en œuvre un système national fonctionnel de suivi et de signalement des violations des droits humains basé sur les contributions des utilisateurs au niveau local.
 - o A travers le MC grant du FM, plusieurs ONG travaillent depuis 2019 sur la surveillance et la collecte de données sur les populations clés (portant sur la violation des droits humains, y compris l'accès aux services), en utilisant la plateforme ReACT de Frontline AIDS, qui dispose d'un observatoire actif au Liban et prévoit d'étendre ce dispositif de collecte en Tunisie (en partenariat avec ATL) et au Maroc (en partenariat avec ALCS) à partir de 2023.

- SIDC, avec l'appui de L'Initiative, mettra en œuvre (à partir de septembre 2022) le projet « Gateway to better health – improving access to healthcare for vulnerable populations », qui comprend, entre autres, la mise en place d'un Observatoire- MARSAD (une plateforme collective pour la recherche, la mise en œuvre, le suivi et l'analyse de l'activité médiatique dans la région MENA). Dans le cadre du projet, SIDC surveillera les publications des agences de presse, des médias traditionnels et des journaux en ligne pour s'assurer qu'ils respectent les règles éthiques et un code de conduite pour les reportages sur les PC, y compris des terminologies politiquement correctes pour les PVVIH, les TS, les personnes LGBTQI + ou les UDI. Ainsi dans une éventuelle phase 2 du projet FORSS, une coordination étroite est nécessaire entre SIDC et l'équipe du projet FORSS pour assurer la complémentarité et la synergie nécessaires à des résultats optimaux en termes de plaidoyer.

2.3. EFFICACITE

L'efficacité du projet permet de mesurer si les objectifs ont été atteints, compte tenu de leur importance relative. Il est à noter que l'évaluation est menée en l'absence du dernier rapport semestriel (rapport S8) ainsi que du rapport final du projet (pas encore rédigés au moment de l'évaluation).

2.3.1. Résultats atteints de l'OS1 (« L'amélioration des connaissances et des pratiques des acteurs communautaires en matière de prévention et de soins aux PVVIH et populations-clés »)

R1 – « Les services disponibles en région MENA sont identifiés et référencés dans des rapports d'état des lieux thématiques (HSH, TS, UDI, Dépistage, Traitement) »

R2 – « Les connaissances et l'adaptation des cadres de références et recommandations en matière de prise en charge de qualité sont partagées avec les acteurs clés de la zone MENA »

R3 – « 285 acteurs communautaires connaissent les standards de qualité en termes de services de prévention et de soins aux PVVIH et populations clés sur les thématiques suivantes : le traitement de l'infection à VIH, le dépistage, les HSH et TG, les TS, les UDI »

Indicateurs de résultat : R1.1. Deux rapports d'enquête sur l'état des services sont disponibles dans chacun des 5 pays ; R2.1. Nombre d'associations ayant reçu le guide synthétique dans chacun des 5 pays ; R3.1 Nombre de personnes qui connaissent les standards internationaux dans chacun des 5 pays

- De manière générale, les résultats relatifs à cet OS sont atteints.
- Concernant le R1, un rapport d'enquête (« Baseline ») sur l'état des services est disponible par pays (au lieu de 2 initialement prévus) et ces études sont consolidées en un rapport régional permettant de mettre en avant les caractéristiques communes entre les pays cibles du projet. Soulignons que les questionnaires relatifs à la collecte de données de l'observatoire (cf. OS2) se basent sur ces « Baselines ».
- Concernant le R2, dans chaque pays, une dizaine d'associations en moyenne ont reçu les guides synthétiques - élaborés par la consultante recrutée par ITPC-MENA, et revus par l'ensemble des équipes projet des associations partenaires - résumant et simplifiant les guides de l'OMS, lesquels, dans leur format initial, dans le langage utilisé, ainsi que la langue (anglais), sont difficilement compréhensibles par les acteurs.
- Concernant le R3, la formation des formateurs qui s'est déroulée à Tanger⁷ et qui a réuni dix-huit participant·e·s des associations partenaires, chefs de projets ainsi que d'autres associations (animée par une consultante spécialiste en formation de formateurs, recrutée en mai 2019), s'est avérée extrêmement utile pour le bon déroulement des formations ultérieures, et le déploiement des formations nationales par la suite. Au niveau stratégique, le choix des participants invités a permis de garantir l'adhésion des différentes parties prenantes au projet et d'assurer leur implication dans la mise en place des observatoires⁸.

⁷ « Formation au contenu pédagogique et techniques d'animation » qui a eu lieu à Tanger du 8 au 11 juillet 2019.

⁸ Par exemple, la participation d'un membre du PNLS mauritanien a notamment constitué un signal fort pour la collaboration entre AGD et les autorités mauritaniennes dans la perspective de la mise en place des observatoires.

- Les *formations régionales thématiques* organisées par les différentes associations partenaires en lien avec la consultante⁹ et Solidarité Sida, s'inscrivent dans une démarche de co-construction et de mise en valeur des expertises de chacun·e favorisant ainsi l'appropriation, le bon déploiement des formations nationales et la préparation à la mise en place des observatoires (à l'exception du partenaire tunisien qui n'a pas utilisé les documents supports qui lui ont été transmis ni n'a réalisé les pré-post tests requis). De plus, d'après les témoignages reçus, au-delà du contenu, ces différentes formations régionales ont permis de renforcer les liens entre les membres des associations partenaires, ainsi que de consolider les liens avec d'autres associations de la région, élément non négligeable pour la suite du programme et notamment pour les actions de plaidoyer. Au total, ce sont 29 personnes (15 hommes et 14 femmes) qui ont été formées aux différentes thématiques pour l'ensemble des associations partenaires.
- Les ateliers nationaux et les formations en cascade - organisés dans quatre des cinq pays - ont permis d'améliorer les connaissances des leaders communautaires afin qu'ils puissent être des personnes relais pour la collecte de données (en étant collecteur·rice·s ou en favorisant la collecte), mais également pour le plaidoyer par la suite. D'après nos témoignages, ces missions ont permis d'observer directement les formations nationales et d'apprécier l'appropriation des techniques pédagogiques par les formateur·rice·s d'une part, et des contenus par les participant·e·s d'autre part. D'après les rapports d'activités et d'après nos témoignages, les retours des participant·e·s sont globalement très positifs, tant sur la forme que sur le fond :

« *C'est la première fois que je me suis sentie aussi libre de m'exprimer dans un espace sûr* » (participante à la formation TS en Égypte) ; « *Quand je suivais des formations, le formateur se mettait au fond de la salle avec son Powerpoint, je parlais dès que possible. Ici, on a compris, on a retenu !* » (Participante à la formation HSH en Mauritanie) ; « *J'avais des connaissances très limitées sur le VIH et les actions auprès des HSH et j'ai pu me défaire de beaucoup d'idées fausses* » (participant à la formation HSH en Tunisie).

Dans la démarche de renforcement du suivi des formations en cascade voulue par Solidarité Sida et les associations partenaires, un accompagnement sous forme de mentoring à distance renforcé par des visites sur le terrain a été réalisé par la consultante recrutée. Cependant, d'après les témoignages reçus, un manque d'information existe concernant la rétention des connaissances et le recyclage des formations. Il nous a été reporté notamment que le mentorat à distance manquait d'efficacité en raison de sa durée limitée. De plus, même si cet objectif spécifique a bien été atteint, il faut ici relever un bémol : les partenaires associatifs n'ont pas tous utilisé les outils de suivi et évaluation proposés. L'appropriation des outils liés à la formation varie en fonction des partenaires associatifs, de leur compréhension, de leur implication, de leur compétence et de leur disponibilité.

- En effet, malgré la mise en place des différents dispositifs de suivi post-formation, il n'a pas été simple pour les évaluateurs d'apprécier pleinement l'efficacité des différentes formations organisées dans le cadre de l'OS1. D'après les témoignages reçus, des problèmes de restitution interne des formations au sein des associations communautaires sont récurrents. Par ailleurs, les turn-over au sein de ces associations sont fréquents. En outre, les indicateurs de résultats définis (nombre d'associations ayant reçu le guide synthétique, nombre de personnes connaissant les standards internationaux) sont insuffisants et ne permettent pas de renseigner pleinement le niveau d'atteinte du résultat. En effet, ce qui est intéressant en termes de renforcement de capacités, c'est surtout la mise en application concrète des acquis de ces actions par le bénéficiaire (quels changements veut-on produire avec ces formations ?). Dans le cadre logique du projet, il existe certes l'indicateur relatif à l'OS1 « *Pourcentage d'amélioration des pratiques des acteurs communautaires des pays cibles* ». Mais force est de constater que cet indicateur n'est pas renseigné, ni dans les rapports d'activités, ni dans le monitoring tool. Le système de suivi-évaluation mis en œuvre dans le cadre du projet ne se base donc pas sur les effets/changements. Or, les évaluateurs estiment que pour ce type de projet qui nécessite des changements de comportements, il aurait été judicieux d'accorder de l'importance à la définition et au suivi de ce type d'indicateurs (voir 2.3.6 *Efficacité du dispositif de suivi-évaluation*).¹⁰

⁹ Recrutée pour l'accompagnement sur l'élaboration des modules de formations (formations régionales et formations nationales), la formation aux techniques pédagogiques d'animation (préparation et animation de la formation) et le suivi-évaluation des formations.

¹⁰ Nous mettons en perspective les principaux enseignements de l'efficacité de ce résultat 1 avec les éléments clés du guide de recommandations pour l'élaboration d'un volet de renforcement de compétences dans un projet (L'Initiative/Expertise France) en annexe 3.

Remarque : En annexe 3, nous mettons en perspective les principaux enseignements de l'efficacité de ce résultat 1 avec les éléments clés du guide de recommandations pour l'élaboration d'un volet de renforcement de compétences dans un projet¹¹.

2.3.2. Résultats atteints de l'OS2 (« La collecte et la diffusion de données nationales et régionales sur la qualité et l'accessibilité des services de prévention et de soins ainsi que l'accès aux traitements »)

R4 – « Les services existants et les produits de santé, sur l'ensemble du continuum de soins, sont évalués de façon continue par les acteurs communautaires des pays cibles »

R5 – « Les barrières et obstacles structurels à l'accès aux services de santé de qualité et aux traitements sont identifiés et partagés »

Indicateurs de résultat : 4.1. Nombre de base de données créées ; 5.1. Nombre de publications périodiques élaborées et diffusées ; 5.2. Nombre de policy briefs élaborés et diffusés

- De manière générale, les résultats relatifs à cet OS sont variables d'un pays à l'autre. Quatre observatoires (sur les 5 prévus) sont mis en place (voir difficultés au Liban – infra).

Mais tenant compte du contexte COVID-19 et des retards liés à la mise en place de comités d'éthique dans l'un ou l'autre pays, les observatoires ont été opérationnels tardivement par rapport à ce qui était prévu, ce qui a entraîné des retards dans la mise en place des différentes activités qui en découlent. Certains pays sont plus avancés (Egypte¹² et Mauritanie¹³) que d'autres (Maroc¹⁴ et Tunisie¹⁵).

- Quant à l'approche de collecte de données :
 - Le choix des collecteurs - identifiés selon le profil suivant : milieu associatif, habitude de travailler avec les PC/PVVIH et/ou eux-mêmes PC, expérience digitalisation/technologies, ouvert d'esprit, connaissent bien la ville mais extérieurs au site de collecte, issus des associations communautaires partenaires - était pertinent, notamment pour surmonter la barrière de la réticence des PVVIH à répondre aux différentes questions.
 - En termes de sélection des sites, les collectes étaient généralement situées dans des villes à forte prévalence de PC/PVVIH dans les quatre pays¹⁶.

Cependant, cette centralisation de la collecte a empêché une couverture géographique adéquate reflétant la véritable situation des PVVIH à l'échelle nationale et a réduit la représentativité de l'échantillon sélectionné et par conséquent la possibilité de généraliser les données collectées. De plus, cette approche a affecté négativement la motivation des collecteurs, notamment en Tunisie où les collecteurs ont estimé que la méthode d'échantillonnage adoptée manquait de rationalité et rendait les activités de collecte non rentables pour eux¹⁷. Des outils et des guides¹⁸ pour la collecte des données adaptés au contexte de chaque pays ont été développés et validés par les comités d'éthique nationaux, ce qui facilite l'appropriation, la légitimation et l'adaptation des données fournies. Cependant, les collecteurs rencontrés ont déclaré que les questionnaires étaient trop longs. Par ailleurs, dans certains pays (Egypte et Tunisie), les collecteurs rencontrés ont eu à évaluer les mêmes éléments que d'autres outils utilisés dans les pays ciblés pour la collecte des données sur les PC/PVVIH dans d'autres projets d'observatoires. Ces problèmes ont affecté à la fois la motivation des collecteurs et la volonté et l'accord des PC/PVVIH à remplir le questionnaire.

¹¹ Guide de recommandations pour l'élaboration d'un volet de renforcement de compétences dans un projet, L'Initiative/Expertise France, avril 2022.

¹² Observatoire opérationnel depuis mi-février 2021.

¹³ Observatoire opérationnel depuis avril 2021.

¹⁴ Observatoire opérationnel depuis novembre 2021.

¹⁵ Observatoire opérationnel depuis juin 2021.

¹⁶ Sauf en Egypte, où une collecte dans les centres de prévention et de PEC publics s'est avérée impossible et s'est donc limitée aux centres communautaires (pour des raisons politiques).

¹⁷ Ils se sont plaints de devoir passer des heures sur les sites de collecte de données pour remplir un petit nombre de questionnaires. A noter que les collecteurs de données sont rémunérés en fonction du nombre de questionnaires remplis.

¹⁸ Questionnaires, guides de collectes et guides pour la mise en place des observatoires

- Un exemple de bonne pratique a été l'utilisation de tablettes pour la saisie des données, ce qui a permis de gagner du temps, de réduire le risque d'erreur de saisie des données et de faciliter la procédure d'analyse descriptive des données. Une autre innovation concerne la mise en place au Maroc, en Egypte et en Mauritanie de groupes WhatsApp entre collecteurs, superviseurs (au Maroc et en Tunisie) et les équipes projet de chaque association : ils permettent d'échanger rapidement sur les difficultés rencontrées¹⁹.
- Les associations partenaires, malgré leur expertise limitée dans le domaine de l'analyse des données, ont été invitées à participer à cet exercice, initialement sous la responsabilité d'ITPC MENA et de Solidarité SIDA. Les analyses menées par les associations partenaires ont permis jusqu'à présent de réaliser une analyse descriptive plutôt qu'analytique des données collectées, mais ont néanmoins mis en lumière quelques dysfonctionnements dans les questionnaires (réponses non systématiques à des questions obligatoires, formulations de questions à revoir en fonction des contextes nationaux, précisions à ajouter à certaines questions, etc.) ainsi que de dégager des résultats quantitatifs et qualitatifs permettant une amélioration des connaissances sur les PC : accès limité aux produits et services (test de confirmation notamment); accès difficile aux centres de santé (accessibilité géographique et économique); connaissances limitées des moyens de prévention hors préservatifs, etc.

En Mauritanie, les collectes ont été complétées par des focus-groups sur des thématiques spécifiques : éducation thérapeutique (Rosso), accessibilité (Nouadhibou). D'après les témoignages reçus, ces focus-groups ont permis de compléter certaines données (par exemple à Nouadhibou, les TS en consultation sont mal reçus par les médecins).

- L'atelier régional de formation à la méthodologie, collecte et analyse des données organisé par AGD en Mauritanie en janvier 2020 a permis d'aller plus loin dans certains aspects de la collecte (analyse et gestion des risques, sûreté et sécurité) et d'affiner les outils mis à disposition des équipes pour coller au mieux aux contextes nationaux, tout en gardant la dimension multi-pays. Cette formation a également permis d'outiller les équipes projet pour la formation des collecteur·rice·s de données et superviseur·e·s (pour la Tunisie et le Maroc).

Il convient de noter que l'approche superviseur-collecteur a reçu des retours différents dans les différents pays. Au Maroc, les superviseur·e·s avaient un rôle spécifique, celui de superviser la collecte (et d'effectuer des missions de suivi hors de Tanger), ce qui a permis de mieux cerner les difficultés rencontrées par les collecteur·rice·s. En revanche en Tunisie, les superviseur·e·s n'avaient pas de rôles spécifiques et semblaient beaucoup moins s'approprier et connaître les procédures de collecte des données que les collecteur·rice·s.

- Un travail conjoint des équipes projet des associations partenaires, de Solidarité Sida et d'ITPC-MENA a permis de retravailler les questionnaires et de revoir leur intégration dans l'outil de collecte KoBo, afin que les marges d'erreur et biais au moment de l'administration des questionnaires soient les plus faibles possibles. Par exemple, en Egypte, de nouvelles thématiques ont été ajoutées au questionnaire tel que l'interruption volontaire de la grossesse dans les cliniques clandestines. En Mauritanie, des ajustements ont dû être faits au cours des collectes, afin que les objectifs soient remplis, tout en garantissant une collecte de qualité, ainsi que l'anonymat et la confidentialité des répondant·e·s. Ainsi, les horaires des collectes ont été modifiés à Nouadhibou, afin que les répondant·e·s, notamment appartenant aux populations clés, se sentent à l'aise pour répondre. Des discussions ont été organisées entre les collecteur·rice·s et les responsables de centres pour ce faire.
- Le but ultime de la meilleure utilisation des données réside dans la transformation des connaissances en pratiques. Ce dernier pourrait être réalisé en informant les parties prenantes et les décideurs politiques concernés sur la situation des populations clés et des PVVIH grâce à une diffusion appropriée des données collectées. Néanmoins, en Mauritanie, en Tunisie et dans une moindre mesure au Maroc, les représentants de plusieurs parties prenantes rencontrés nous ont révélés ne pas avoir lu/pris connaissance le/du rapport d'observatoire transmis et/ ou présenté. Par conséquent, il s'avère nécessaire de trouver d'autres moyens de communication et/ou d'utiliser d'autres formats de publication (par exemple un « policy brief » accompagnant le rapport).
- Les premiers rapports sont publiés ou sont en cours de publication.

¹⁹ Par exemple en Mauritanie : comment faire face aux utilisateurs qui ne veulent pas continuer le questionnaire ?

- En Mauritanie, un premier rapport a été publié et partagé. Intégrées à ce rapport, des recommandations spécifiques à destination des centres de santé (mieux accompagner les PVVIH dans leur prise de traitement, étendre les plages d'ouverture de certains centres) et des autorités (élargir la disponibilité des offres de dépistage communautaire, adapter et renforcer les campagnes de sensibilisation et de prévention) permettent de cibler davantage les problématiques sur lesquelles va se fixer l'observatoire en Mauritanie dans les prochaines collectes et à travers les focus groups.
- Au Maroc, un premier draft de rapport est élaboré (concerne la période novembre 2021/janvier 2022) et partagé avec les parties prenantes (autorités, associations communautaires) – voir infra ; un 2ème rapport est en cours de rédaction (concerne février-avril 2022).
- En Tunisie : un premier rapport présentant les résultats des premières collectes réalisées dans 4 régions et pendant trois mois a été partagé.
- En Egypte : Le premier observatoire qui a été déployé est l'observatoire égyptien. Depuis son lancement, trois collectes ont été réalisées. L'analyse des données issues de ces collectes a été réalisée et un premier rapport de l'observatoire égyptien a été élaboré.
- Les premières séances de restitution ont eu lieu dans les quatre pays. Elles ont été organisées de diverses manières et à des moments différents selon le pays :
 - Mauritanie : séances de restitution post-publication du rapport – 3 ateliers de restitution en présence de certaines autorités, responsables de sites de collecte et collecteurs (sur les 3 villes : Nouakchott, Rosso et Nouadhibou), avec partage des principaux résultats et recommandations des parties prenantes
 - Maroc : restitution « on line²⁰ » avant la publication du rapport (le but étant d'amender les données du rapport avant publication) – via la mise en place d'un comité de suivi²¹ avec partage des premiers résultats et recommandations des parties prenantes
 - Tunisie : réunion de restitution des premières données de l'observatoire portant sur les trois premiers mois de collecte, qui a eu lieu le 4 juin 2022 dans le cadre de la journée de dépistage communautaire à l'institut français à Tunis. En marge de l'évaluation du projet FORSS et pendant la réunion avec les organisations partenaires (ATIOST, ATL Tunis, ATLSR), le même rapport d'observatoire ainsi que les premiers résultats ont été présentés
 - Egypte : Al-Shehab a présenté les premières données de l'observatoire lors de la journée mondiale VIH/SIDA organisée par le ministère de la Santé durant laquelle les priorités et besoins des PC et des PVVIH ont été identifiés.
- D'après nos témoignages en Mauritanie, ces restitutions apportent une réelle plus-value : outre-les réajustements/recommandations des uns et des autres, (1) permettent de renforcer les liens avec les institutions (cf. SENLS) ; (2) permettent de susciter d'autres axes de plaidoyer²² ; (3) renforcent l'appropriation du dispositif par les parties prenantes ; (4) redevabilité auprès des parties prenantes.
- Enfin, relevons quelques contraintes/difficultés :
 - Des débuts difficiles dans les centres publics, du fait du refus des gestionnaires d'accueillir des collecteurs au sein de leur service (en Egypte par exemple), du fait que les prestataires des CHU et CHR n'étaient pas toujours bien informés du projet (au Maroc par exemple), des difficultés à obtenir l'accord des responsables (à Nouakchott par exemple, malgré la note du ministère de la santé)
 - Problèmes de disponibilité et de coopération des utilisateurs, notamment au Maroc, en Mauritanie (certaines questions sont rapidement apparues inappropriées par rapport au contexte du pays - ex. consommation de drogue) et en Egypte du fait de la duplication de l'outil de collecte avec ceux d'autres projets, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire, etc.
 - Problèmes de turnover des superviseurs notamment au Maroc²³.

²⁰ Tenant compte du contexte Covid.

²¹ Membres : RdR-Maroc, associations communautaires partenaires (ALCS, OPAL, AMPF), PNLS (VIH, VIH et droits), ONUSIDA, CNDH

²² Par exemple, en Mauritanie, les débats lors de ces restitutions ont permis de souligner la nécessité de trouver une solution aux problèmes linguistiques du staff du CTA (staff majoritairement arabophone ne maîtrisant pas les autres langues nationales).

²³ Cela peut s'expliquer par les conditions financières qui sont moins intéressantes que pour les collecteurs (car moins de temps de travail).

- Problèmes de validité des données : 30% des questionnaires à retravailler en Mauritanie ; manque d'intérêt et d'implication des collecteurs en Tunisie (où certains collecteurs ont personnellement rempli quelques parties du questionnaire considérant qu'ils connaissaient déjà les réponses)

2.3.3. Résultats atteints de l'OS3 (« Le développement d'actions de plaidoyer, sur la base des données collectées, pour influencer les stratégies de lutte contre le VIH/Sida et leur modalité de mise en œuvre (au niveau national, régional et international) et pour alerter sur les barrières et obstacles d'accès aux soins pour les PVVIH et populations-clés »)

R6 – « Un dialogue continu et constructif est établi entre toutes les parties prenantes de la lutte contre le VIH pour améliorer la qualité et la couverture des services de prise en charge des PVVIH et des populations clés »

Indicateurs de résultat : 6.1 Nombre de participants aux journées de réflexion nationale organisées dans chacun des 5 pays ; 6.2 % d'actions de plaidoyer définies dans les plans de plaidoyer réalisées dans chacun des 5 pays

- De manière générale, les résultats relatifs à cet OS ne sont que partiellement atteints. Des activités de plaidoyer ont été réalisées en Mauritanie, en Tunisie et en Egypte. Cependant, seulement en Egypte, une stratégie de plaidoyer adaptée au contexte national et orientée vers le secteur du droit a été développée.
- L'absence de stratégies de plaidoyer s'explique par les retards occasionnés d'une part par le contexte COVID-19 et dans une moindre mesure par la lente procédure de mise en place des observatoires. Toutefois, les associations partenaires, avec l'appui de Solidarité Sida et d'ITPC-MENA ont engagé des actions concrètes de plaidoyer (voir infra) suite à la formation au plaidoyer²⁴ et l'accompagnement bilatéral dont elles ont bénéficié. Les actions de plaidoyer au niveau pays se basent bien entendu sur les contextes pays (notamment politiques) et les identités des associations partenaires, afin que les stratégies déployées dans le cadre du Programme FORSS s'inscrivent dans leurs stratégies globales²⁵ ; mais surtout sur les résultats des observatoires, ce qui n'a pas pu être réalisé. Cette indépendance entre les données collectées et la stratégie de plaidoyer remet en cause la cohérence de la conception du projet, l'utilité des données collectées ainsi que l'approche qui sera utilisée pour évaluer l'impact des différentes actions de plaidoyer
- Par ailleurs, la formation au plaidoyer organisée par ITPC MENA²⁶ ciblant 15 journalistes de 4 pays (Maroc, Tunisie, Égypte et Mauritanie), a conduit à des actions immédiates dans certains pays comme le Maroc (cela s'est traduit par la rédaction de plusieurs articles sur les ruptures de stock d'ARV) et l'Égypte alors que dans d'autres pays comme la Tunisie, les journalistes ont évité les sujets liés au VIH de peur de perdre leur audience, considérant le sujet tabou.
- Dans chacun des pays, les associations partenaires ont participé à l'organisation des journées nationales sur le VIH²⁷ et les PC ainsi qu'à des conférences internationales²⁸, ce qui a permis de renforcer la visibilité des organisations ainsi que celle du projet.
- Dans les pays où les premiers résultats de l'observatoire ont été partagés avec les acteurs de la lutte contre le VIH/Sida, certains résultats sont mis en cause par l'une ou l'autre des parties prenantes notamment en Tunisie, au Maroc et en Mauritanie.

²⁴ Huit webinaires de formation à destination des associations partenaires ont été déployés de la mi-mars à début décembre 2020, animés par les chargés de plaidoyer de Solidarité Sida et d'ITPC-MENA, et portant sur les thématiques suivantes : « Introduction au plaidoyer », « Identification et analyse des parties prenantes », « Construire et porter ses messages » (2 sessions), « Le rôle des médias dans le plaidoyer »

²⁵ Par exemple, en Mauritanie, l'une des cibles des actions de plaidoyer sont les leaders religieux, acteurs incontournables dans le paysage social mauritanien. Des journées de réflexion/formation auprès de leaders religieux ont été organisées en décembre 2021. Elles ont porté sur les textes/lois droits humains, avec au final la production d'une vidéo sur le VIH et Islam (voir aussi effets/impacts).

²⁶ La formation portait précisément sur le traitement de l'information sur le VIH.

²⁷ Par exemple, en Mauritanie, AGD a coorganisé avec le PNLS la Journée nationale VIH en décembre 2020. Selon nos témoignages, cette journée a fait l'objet d'une bonne couverture médiatique, ce qui a permis de renforcer la visibilité d'AGD et du projet FORSS en général.

²⁸ Durant le 2ème semestre de l'année 2, Solidarité Sida, ITPC-MENA, AGD et M-Coalition étaient présentes à la Conférence ICASA (du 2 au 6 décembre 2019 à Kigali). Cette conférence a été une bonne opportunité de faire connaître le Programme FORSS (avec la présentation d'un poster notamment), mais également pour les associations partenaires de faire connaître leurs actions en région MENA, région du monde bien trop souvent oubliée dans les conférences internationales : un « happening » a notamment été organisé par ITPC-MENA le dernier jour de la conférence à cet effet.

- Il est intéressant de souligner que les premiers résultats des observatoires ont été traduits en recommandations, notamment en Mauritanie. De plus, ces recommandations ont été discutées avec les principaux acteurs concernés et prises en compte pour certaines (ex : assurer un accès maximal aux sites de dépistage et de prise en charge/calendriers de l'UPEC de Nouadhibou en Mauritanie²⁹), mais elles n'ont pas encore été traduites en stratégie de plaidoyer.
- Remarque : les évaluateurs attirent de nouveau l'attention sur les indicateurs de résultat. Mener une action de plaidoyer est une chose mais le résultat (ou plutôt l'effet/impact) que l'on souhaite au final est bien le(s) changement(s) lié(s) à cette action de plaidoyer. Par exemple, un indicateur pertinent à ce niveau serait « *Nombres de décisions et de changements obtenus sur la base des propositions de l'observatoire* ». Comme déjà souligné, vu les retards dans la mise en place des observatoires, au moment de l'évaluation, dans aucun des 5 pays, des changements concrets ont été constatés sur base des premiers résultats des observatoires.

2.3.4. Résultats atteints de l'OS4 (« Le renforcement d'ITPC-MENA en tant qu'acteur fort et indépendant de la région, au travers d'un appui à son développement stratégique »)

R7 : « Les capacités structurelles du partenaire principal de mise en œuvre du projet (ITPC-MENA) sont renforcées et les associations partenaires bénéficient de renforcements de capacités ponctuels »

Indicateurs de résultat : 7.1. Nombre d'actions d'accompagnement émises dans le plan d'action du partenaire principal menées à terme d'ici la fin du projet

- Le projet a abouti au développement d'un plan d'action visant à renforcer les capacités d'ITPC MENA³⁰, et comprenant une liste des changements visés : gestion des ressources humaines, communication interne et valorisation de son expertise à l'externe, élaboration d'un nouveau plan stratégique 2022-2026³¹. Afin d'accompagner au mieux l'association dans ce chantier, une consultante a été recrutée à cet effet (la consultance a démarré fin mai 2021). Trois grands volets ont guidé ce travail : l'évaluation de l'image externe et de l'environnement de travail d'ITPC-MENA ; l'animation d'un ou plusieurs ateliers de planification stratégique réunissant l'ensemble des membres de l'équipe et du Bureau d'ITPC-MENA ; l'accompagnement à l'élaboration du plan stratégique final et de son plan de diffusion.
- Au terme du projet, nous pouvons conclure que les capacités structurelles d'ITPC-MENA n'ont pas été totalement renforcées.
- Parallèlement au renforcement des capacités d'ITPC-MENA, cet objectif spécifique concernait également le renforcement des capacités des associations partenaires dans chacun des pays. Dans ce cadre, les associations partenaires ont bénéficié de renforcements de capacités ponctuels tout au long de la durée du projet. Ainsi, Solidarité Sida a été amené à accompagner et à renforcer ponctuellement les partenaires du projet en fonction des demandes et besoins identifiés, dans l'intérêt de la mise en œuvre des activités. Une enveloppe par partenaire de renforcement de capacités était ainsi prévue. En parallèle, Solidarité Sida et ITPC-MENA ont assuré la complémentarité entre l'assistance technique « canal expertise » dont peuvent bénéficier certains partenaires, la mise en œuvre du projet FORSS (« canal projets ») et les renforcements de capacités ponctuels. Solidarité Sida et ITPC-MENA ont également accompagné les partenaires à élaborer une demande d'assistance « canal expertise ». Par exemple, AGD en Mauritanie a bénéficié d'un appui du « Canal expertise » de L'Initiative pour l'élaboration de son plan stratégique. AGD va également bénéficier (à partir d'août 2022) d'une assistance technique Canal 1 en « expertise santé communautaire et gestion réponse des appels à projets d'Expertise France ». De plus, ITPC-MENA, dans son rôle d'hôte de la Plateforme-FM MENA, a accompagné certaines associations partenaires à

²⁹ L'UPEC de Nouadhibou n'est fonctionnel que le mercredi : élargir sa plage d'ouverture (jours additionnels, horaires étendus) faciliterait sa fréquentation par les PC notamment.

³⁰ Plus précisément, il s'agit de toute une phase de diagnostic organisationnel et d'accompagnement par les équipes de Solidarité Sida, sur une méthodologie développée dans le cadre d'un Programme multi pays.

³¹ Les autres éléments définis dans le plan d'action n'ont finalement pas été intégrés dans le projet FORSS faute de budget suffisant (d'après les témoignages reçus, plus de 50% du budget prévu pour cet OS n'a pas été consommé). Néanmoins, ces éléments ont été appuyés via d'autres sources de financement (notamment via Frontline AIDS dans le cadre du Grant régional Fonds mondial - manuel de procédures, guide de sûreté et sécurité, stratégie de communication). C'est dans une démarche de diversification des financements, et pour éviter les doublons d'activités et de dépenses qu'il a été décidé, en concertation avec ITPC-MENA et Frontline AIDS, de répartir les éléments présents dans le plan d'accompagnement d'ITPC-MENA.

déposer des demandes d'assistance technique auprès du mécanisme CRG, et a suivi certaines des missions d'appui (notamment Al Shehab).

- ITPC MENA était plus bénéficiaire que porteur du projet et s'est trouvé souvent remplacé par Solidarité Sida ayant une structure de gestion beaucoup plus développée. Ce n'est que vers la fin du projet qu'ITPC MENA et Solidarité Sida se sont équilibrés en termes de gestion du projet.

2.3.5. Résultats atteints de l'OS5 (« Le maintien du continuum de services communautaires de prévention, dépistage et prise en charge des PVVIH et populations-clés des cinq pays d'intervention dans le cadre du contexte sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19 »)

R8 : « Les besoins de première nécessité des PVVIH et populations clés les plus vulnérables sont assurés dans les 5 pays d'intervention »

R9 : « Les associations partenaires sont en capacité d'assurer la continuité des services à destination des PVVIH et populations clés »

R10 : « Les barrières à l'accès aux services pour les PVVIH et populations clés pendant la crise COVID-19 dans les 5 pays d'intervention sont connues et référencées dans une étude spécifique »

Indicateurs de résultat : 8.1. Nombre de bénéficiaires appuyés dans les 5 pays ; 9.1. Nombre d'associations ayant appliqué les recommandations liées au contexte sanitaire des plans de contingence ; 10.1. Un rapport régional sur l'accès aux services de santé des PVVIH et populations clés pendant la crise COVID-19 est produit et diffusé

- De manière générale, les résultats relatifs à cet OS sont atteints.
- Dans un premier temps, des aides alimentaires et kits d'hygiène aux PVVIH et populations clés les plus vulnérables ont été fournis (un total de 2.714 personnes en ont été bénéficiaires³²). Le contexte sanitaire lié à la pandémie de COVID-19 a pour conséquence une précarisation accrue des personnes les plus vulnérables, notamment PVVIH et populations clés, qui risque de durer à moyen voire long terme. L'établissement d'un fonds d'urgence pour chaque association partenaire en lien direct avec des bénéficiaires devait permettre de répondre aux besoins de première nécessité de ces dernière-s sur un temps plus long.
- Ensuite, au niveau de chaque pays, des plans de contingence ont été élaborés pour les associations partenaires (à l'exception du Liban). Le contexte sanitaire lié à la pandémie de COVID-19 a nécessité une adaptation de l'ensemble des associations partenaires, pour permettre le continuum des activités et services qu'elles mettent en place auprès de leurs bénéficiaires. Toutes ont développé des stratégies et adapté leurs activités afin que l'impact soit le plus faible possible sur les bénéficiaires accompagné-e-s. L'accompagnement des associations dans l'élaboration de plans de contingence a permis de mieux organiser leur réponse à la crise sanitaire, et de faire en sorte que les équipes puissent assurer la continuité de leurs actions tout en déployant les activités du Programme FORSS (permettre aux associations de continuer la dispensation de services notamment juridiques et psycho-sociaux, par téléphone ou online).
- Enfin, dans le cadre de l'OS5, il était prévu la réalisation d'une étude spécifique couvrant les 5 pays d'intervention. Le Programme FORSS ayant vocation à identifier les barrières à l'accès aux services de prévention, dépistage et prise en charge pour les PVVIH et populations clés, il paraissait essentiel de mesurer à posteriori de la crise actuelle, l'impact qu'a eu / a la COVID-19 sur l'accès à ces services. Il s'agissait donc de faire un état des lieux sur l'impact de la COVID-19 sur les systèmes de santé et des mesures mises en place par les gouvernements pour faciliter notamment l'accès aux traitements pendant cette période (en particulier l'accès aux services de prévention, dépistage, prise en charge, suivi psycho-social pour les PVVIH et populations clés). Le rapport de l'étude est disponible et sera diffusé (cf. rapport semestriel n°8).

³² Egypte : 1000 ; Liban : 300 ; Maroc : 84 ; Mauritanie : 910 ; Tunisie : 420 (cf. rapport semestriel n°5).

2.3.6. Efficacité du dispositif de suivi-évaluation

- Un comité de pilotage³³ et un comité opérationnel³⁴ ont été mis en place dès le début du projet
- D'après les témoignages reçus, ces réunions (tant comité opérationnel que comité de pilotage) ont notamment été un outil précieux pour travailler sur l'ajout de l'OS5 (par le comité de pilotage) et sur les propositions d'extension sans coûts additionnels du projet (complétées par des réunions bilatérales entre Solidarité Sida et chaque association)
- D'après les entretiens, le modèle de gouvernance du projet est à revoir tenant compte de certaines difficultés observées, en particulier le fait que certaines personnes avaient une double casquette « cheffe de projet et directrice de programme³⁵ ».
- Un suivi téléphonique bilatéral régulier est également un outil de coordination utilisé par les Chefs de projet de Solidarité Sida et ITPC-MENA, afin de discuter de problématiques internes aux structures et leur avancement dans la mise en œuvre du projet, mais également pour maintenir le lien de confiance entre le porteur du projet et les partenaires de mise en œuvre. Par exemple, au Maroc, la mise en place du comité de suivi a fait l'objet de nombreuses réunions bilatérales/trilatérales entre RdR et Solidarité Sida et/ou ITPC-MENA.
- En termes d'outils, le dispositif de suivi-évaluation se base essentiellement sur le monitoring tool, outil de reporting des indicateurs d'Expertise France. Cependant, cet outil de suivi/évaluation a été très peu utilisé tout au long du projet étant donné qu'il requiert du temps pour le compléter régulièrement compte tenu des 95 indicateurs/valeurs cibles qui ont été retenus pour ce programme. Cet outil est certes intéressant mais pour qu'il permette un bon suivi du projet, il convient donc de le simplifier pour qu'il soit renseigné de manière plus fréquente (tous les 3 mois).
- Comme déjà souligné, le dispositif de suivi-évaluation n'est pas suffisamment orienté effets/impacts (voir supra).

2.4. EFFICIENCE

L'efficacité permet de mesurer si les ressources (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties en résultats de façon économe, avec une bonne répartition et que l'action présente dès lors un bon rapport qualité/coût.

- Le budget du projet qui semble être un « budget excédentaire »³⁶ (voir la figure 2 de l'annexe 5) selon l'analyse budgétaire des documents est plutôt « déficitaire » pour certains partenaires/pays qui ne disposaient pas du budget nécessaire à la mise en œuvre de certaines activités.
- Les écarts dans la répartition des ressources financières (voir figure 3 de l'annexe 5)³⁷ pourraient s'expliquer par les écarts entre les coûts unitaires, ainsi que par les différences des coûts de la vie entre les différents pays. Néanmoins, le budget global du projet semble alors avoir été sous-évalué par rapport aux objectifs à atteindre dans certains pays (outre la dimension « multi-pays » qui nécessite d'importants moyens de suivi) : manque de moyens en particulier sur le volet « plaidoyer » et sur le volet « communication » mais aussi au niveau de la collecte avec des échantillons qui restent faibles : peu de structures et peu de patients interrogés. Ce sous-financement fut exacerbé par les retards dans l'évolution des activités à la suite du contexte COVID-19 surtout mais aussi suite aux freins/blocages liés aux contextes politiques (notamment les lenteurs administratives liées à la mise en place des comités éthiques).
- En termes de choix des partenaires : le choix du partenaire libanais a profondément affecté l'efficacité et donc l'efficacité du projet. L'association partenaire avait de nombreux problèmes internes qui ont entravé la mise en œuvre du projet.
- Dans certains contextes, des économies de coûts ont été faites. Par exemple en Mauritanie, les frais de missions de suivi à Nouadhibou et Rosso ont été imputés sur un autre projet.

³³ Le comité de pilotage se réunit chaque semestre, en présence des Directeur-riche-s exécutif-ve-s, Président-e ou Directeur-riche-s des Programmes de chaque association partenaire, d'ITPC-MENA et de Solidarité Sida. Le comité de pilotage définit les orientations stratégiques.

³⁴ Le comité opérationnel se réunit chaque mois, en présence de l'ensemble des équipes projets (Chef-fes de projet, Assistant-e-s projet, Chargé-e-s de plaidoyer) de chaque association partenaire, d'ITPC-MENA et de Solidarité Sida. Ce comité travaille notamment sur l'état d'avancement du projet ainsi que sur le planning prévisionnel.

³⁵ C'est le cas notamment pour ATP+.

³⁶ Le projet a fait l'objet d'une interruption de 6 mois en raison de la crise sanitaire, ce qui a de fait entraîné une sous-consommation. Les autres facteurs de la sous-consommation sont présentés en annexe 5.

³⁷ Par exemple, le budget du partenaire libanais est plus élevé que celui des autres pays malgré la plus faible taille de la population au Liban ainsi que la taille moins importante de la PC.

- En matière d'efficience organisationnelle : Le projet a tout de même fait preuve d'une adaptabilité certaine à plusieurs reprises :
 - o Le projet a fait l'objet de trois extensions : (1) une première en 2020 de 6 mois + coût additionnel top-up COVID ; (2) une deuxième de 10 mois en 2021³⁸ et (3) enfin une dernière de 3 mois en 2022³⁹ (3 mois supplémentaires jusqu'au 31 décembre 2022).
 - o Ajustements en cours de processus de collecte : par exemple en Mauritanie, les horaires de collecte ont été modifiés à Nouadhibou (le soir) afin que les PC soient plus disponibles et se sentent à l'aise pour répondre.
 - o Le choix pleinement justifié d'ajouter un 5^{ème} OS spécifique à la lutte anti-COVID-19.
 - o Flexibilité dans la gestion budgétaire au niveau de chaque partenaire : avant chaque activité, en concertation avec Solidarité Sida, chaque partenaire a la possibilité d'opérer quelques petits réajustements budgétaires. Par exemple en Mauritanie, AGD a opéré quelques réajustements au niveau des indemnités des collecteurs.
- En termes de ressources humaines, de gros problèmes de turnover au niveau des RH impliquées dans le projet ont affecté la mise en œuvre dans les délais des différentes activités, l'appropriation du projet ainsi que la pérennité des résultats. En Tunisie, par exemple, le chef de projet est parti au milieu de la 2^{ème} année, ce qui a entraîné des retards dans la mise en œuvre du projet.

2.5. DURABILITE

La durabilité permet d'apprécier les bénéfices résultant d'une action de développement après la fin de l'intervention. Il s'agit de la probabilité d'obtenir des bénéfices sur le long terme.

- Le meilleur garant de la durabilité du dispositif est son adhésion par les responsables des programmes sanitaires nationaux et autres acteurs de lutte contre le VIH/sida, dans chacun des 5 pays. Cela se manifeste au minimum par la mise en place de Comité d'éthique. Dans les différents pays, cette ouverture des différents acteurs de la lutte à s'investir davantage dans le dispositif est plus manifeste :
 - o En Mauritanie : (1) en particulier le PNLS a été impliqué depuis le début du projet et notamment lors des premières formations ; (2) adhésion du CCM et selon nos témoignages, une possible prise en compte du dispositif observatoire dans les activités de reprogrammation ou dans les nouvelles subventions (NFM4 ;
 - o Au Maroc : (1) en particulier le PNLS a été impliqué depuis le début du projet et notamment lors des premières formations ; (2) perspectives d'intégration du concept « observatoire » dans la nouvelle stratégie nationale de lutte contre le Sida
 - o En Egypte : Al Shehab a travaillé de manière étroite avec le « National AIDS program » tout au long du projet. L'expérience de l'observatoire a permis de valoriser le rôle de l'organisation Al Shehab au niveau national et pour cela ils ont fait partie du groupe sollicité par le Ministère de la Santé en mars 2022 pour le développement de la stratégie nationale contre la discrimination dans le secteur de la santé. L'expérience de l'observatoire a permis de mener une sorte de plaidoyer dans ce sens pour le développement de cette nouvelle stratégie.
 - o En Tunisie : (1) Le projet a permis d'améliorer les contacts d'ATP+ avec le gouvernement, les centres de PEC et les différents partenaires dans la lutte contre le VIH ; (2) Reconnaissance de la pertinence et de l'importance des observatoires par le coordinateur du PNLS pour combattre la stigmatisation et la discrimination envers les PC et les PVVIH ; (3) expression de la part de plusieurs partenaires, y compris le CCM du besoin d'intégration de l'observatoire dans le cadre d'un mécanisme national de coordination

³⁸ Demande de prolongation jusqu'en septembre 2022 présentée en Comité de pilotage le 22 juillet 2021 et entérinée par avenant le 20/09/2021.

³⁹ 16 juin 2022.

Cependant, cette adhésion par les responsables des programmes sanitaires nationaux de lutte contre le VIH/sida ne se traduit pas encore de manière concrète dans la majorité des pays ciblés ; à l'exception du Maroc (et dans une moindre mesure de la Mauritanie), il n'existe pas encore une réelle volonté politique d'intégrer le dispositif « observatoire communautaire » à l'échelle globale du pays dans le système de santé. De même au niveau du Fonds mondial, tout l'enjeu à l'avenir sera de traduire les paroles en actes via l'intégration du dispositif « Observatoire » dans les nouvelles subventions.

- Dans les différents pays, l'on relève une appropriation progressive du dispositif par les parties prenantes avec de manière générale une bonne compréhension globale des enjeux/objectifs de l'observatoire par les parties prenantes : en particulier, les responsables d'associations communautaires partenaires sont conscients que ce dispositif pourrait améliorer la qualité du travail dans leurs centres communautaires. Mais force est de constater que cette appropriation reste encore limitée, en particulier au niveau des autorités sanitaires où l'on observe encore des réticences (« *Nous sommes en attente des résultats plus représentatifs à l'échelon national* »⁴⁰) surtout en Egypte. Par ailleurs, notons que, malgré l'adhésion des parties prenantes au dispositif mis en place, certaines d'entre elles ne lisent pas le rapport de l'observatoire. Ceci soulève aussi la question de la stratégie de communication autour du dispositif (voir recommandations).
- Le projet s'appuie sur le renforcement des capacités d'associations existantes et reconnues. Toute action de renforcement des capacités est en soi gage de pérennisation des acquis. Bien qu'insuffisante, l'expertise développée au sein des leaders communautaires, des collecteurs et superviseurs reste un acquis important du projet. Toute action de renforcement des capacités implique également la question du transfert des compétences avec l'obligation de les restituer au sein de l'association communautaire. Cependant, force est de constater qu'il n'y a pas de cadres de restitution et de partage systématique des acquis des formations au sein des associations.
- Le choix de collaborer avec les principales associations de PC et de PVVIH avec une légitimité reconnue et à assise communautaire du pays, ayant une portée régionale et nationale relève de la stratégie de Solidarité Sida et d'ITPC-MENA de permettre à ce projet une bonne appropriation par les partenaires et une possibilité de le pérenniser.
- L'approche participative prônée par le projet -engageant les associations dans l'élaboration du protocole de collecte et questionnaire avec appropriation des questions spécifiques par cible - contribue à la bonne appropriation par les partenaires du dispositif « Observatoire ».
- Certaines difficultés constatées peuvent constituer un frein à la durabilité des acquis soulevés plus haut :
 - o Certaines associations communautaires ont des pairs-éducateurs financés par le FM/CCM. La question est de savoir dans quelle mesure les tâches de l'enquêteur seraient intégrées dans celles de l'accompagnateur psychosocial et/ou agents de santé communautaire.
 - o Les collecteurs ne sont pas suffisamment impliqués dans le dispositif (au-delà de la collecte⁴¹). Idéalement, ils devraient jouer un rôle au niveau de l'analyse des résultats et être davantage impliqués dans les cadres d'échanges/partage/restitution des résultats et dans des démarches pour résoudre les dysfonctionnements constatés.
 - o Dans les cinq pays, le projet n'a pas suffisamment tenté d'intégrer les cadres de concertation existants, étape importante pour augmenter la pérennité et faciliter l'appropriation du dispositif par les agents de santé et autorités sanitaires locales/régionales/nationales. Ceci devant ainsi permettre aux acteurs concernés (agents de santé, usagers) de valider/modifier/compléter les données collectées avant la diffusion/publication au niveau national.
 - o Dans chacun des 5 pays, la société civile est peu structurée ne constituant pas un contre-pouvoir capable de critiquer les autorités, ce qui peut constituer un frein dans la stratégie de plaidoyer de l'observatoire.

⁴⁰ Témoignage d'une autorité sanitaire en Mauritanie.

⁴¹ « *Nous sommes de simples exécutants !* » (Cf. entretien avec les collecteurs au Maroc).

2.6. EFFETS/IMPACTS

Etant donné que les observatoires ont été mis en place tardivement et que les premiers résultats viennent d'être publiés, il n'est pas facile d'apprécier à ce stade les effets/impacts (par exemple, les impacts du projet en termes d'accessibilité et de qualité des services ne sont pas encore perceptibles). Toutefois, nous valorisons ci-dessous quelques premiers effets/impacts positifs.

- De manière générale, grâce aux formations, les leaders communautaires et les collecteurs/superviseurs ont désormais de meilleures connaissances en termes de prévention et de prise en charge des PVVIH/PC, de collecte de données ainsi qu'en termes de plaidoyer. Cependant, il est nous est difficile d'apprécier pleinement les effets/impacts de ces formations (*voir 2.3.1*).
- D'après les entretiens, les pairs-enquêteurs constituent une réelle plus-value dans la mesure où les cibles se sentent en confiance et valorisés (particulièrement en Mauritanie où les PC enquêtées ont exprimé leur besoin d'être écoutées). Par ailleurs, cela permet aussi de bien identifier les cibles.
- Au cours de nos entretiens, les utilisateurs ont indiqué que les questionnaires les avaient aidés à connaître leurs droits et à identifier toute violation des droits.
- La visibilité/notoriété des associations communautaires a été renforcée à travers le projet – mais surtout via leurs actions pendant la pandémie- notamment pour RDR au Maroc, AGD en Mauritanie, ATP+ en Tunisie et Al Shehab en Egypte.
- Le dispositif « observatoire communautaire » est jugé pertinent par les principaux acteurs de la lutte contre le VIH/Sida ainsi que les représentants des autorités nationales qui ont également signalé que la société civile et les ONG jouent un rôle important dans la riposte nationale au VIH. Par exemple au Maroc, les autorités rencontrées ont souligné la pertinence de l'observatoire à 2 niveaux : 1) plus-value de la périodicité (tous les 6 mois) de la remontée des informations ; (2) plus-value de recueillir les perceptions individuelles des PC/PVVIH. En Mauritanie, les autorités rencontrées ont souligné la pertinence de l'observatoire à plusieurs niveaux : (1) il permet d'améliorer les relations entre communautaires et systèmes de santé ; (2) les problèmes peuvent être validés et résolus localement ; (3) cela permet de changer la culture de prise en charge des PVVIH ; (4) cela améliore les droits des usagers.
- Les premières actions de plaidoyer ont produit quelques premiers effets : (1) volonté politique d'intégrer le dispositif observatoire dans le nouveau PSN au Maroc ; (2) des leaders religieux sont sensibilisés sur le VIH en Mauritanie avec au final la production d'un outil de base pour le plaidoyer (une vidéo sur les relations Islam-VIH) (3) Le plaidoyer a été orienté vers le secteur du droit en Egypte où des cas juridiques stratégiques (ex. droit à l'emploi) et des procès législatifs ont été menés pour garantir les droits civils des PVVIH.
- Comme déjà souligné, à ce stade-ci de l'évolution du dispositif, les changements de comportements ne sont pas encore visibles au niveau des prestataires de soins.

2.7. AXES TRANSVERSAUX (GENRE)

- Bien que le projet n'ait pas adopté d'approche genre spécifique, la méthode de collecte de données adoptée était inclusive et ciblait équitablement les utilisateurs de différents sexes. En outre, en améliorant globalement la qualité de l'accès aux services de santé, et surtout en luttant contre la stigmatisation et la discrimination au sein même des centres de santé, on améliore sensiblement l'accès des personnes les plus vulnérables, or les femmes sont plus vulnérables vis-à-vis de la contamination et plus discriminées⁴²
- Bien que l'on relève la présence de femmes au sein des équipes projet et des organisations partenaires, le projet n'a pas encouragé spécifiquement le renforcement des compétences des femmes en vue d'une participation à la prise de décision et d'impulsion de leur leadership dans les organisations ciblées. Par exemple, il n'y a pas eu de sessions de formations sur les principes et modalités de représentation et sur une politique genre au sein de chaque organisation.

⁴² Dans la région MENA, alors que la prévalence du VIH a augmenté chez les hommes et les femmes, l'inégalité entre les sexes et le faible statut social des femmes a eu un impact important sur les femmes et les filles qui ont été affectées de manière disproportionnée par l'épidémie (M-Coalition 'Mental health of men who have sex with men in the Arab world' [accessed 26 May 2016]).

3. LEÇONS APPRISSES

- Dans des contextes pays où il manque des informations fiables sur l'accès et la qualité des soins, la stratégie d'entamer une première phase d'un projet « Observatoire » en orientant l'approche sur le volet « amélioration des connaissances » du dispositif est jugée très pertinente.
- La stratégie du programme de s'appuyer sur des OSC pleinement légitimes et reconnues au niveau national, toutes à base communautaire et expérimentées dans la lutte contre le VIH/Sida (et avec une bonne représentation des PC qu'elles appuient) est jugée très pertinente. Le choix de collaborer avec les principales associations de PC et de PVVIH à assise communautaire du pays, ayant une portée régionale et nationale relève de la stratégie de Solidarité Sida de permettre à ce programme une bonne appropriation par les partenaires et une possibilité de le pérenniser. Cependant, dans une approche multi-acteurs et pour porter le plaidoyer de manière plus forte et plus structurée, il s'avère important de renforcer la cohésion/concertation entre les associations communautaires impliquées au sein d'un même pays. Cette cohésion renforcée aurait comme conséquence que la société civile pourrait porter son discours d'une seule voix (cohérence dans le discours), ce qui renforcerait sa légitimité/crédibilité vis-à-vis des autres acteurs (pouvoirs publics, organisations internationales, programmes nationaux, etc.).
- S'appuyer sur des usagers qui se mobilisent spontanément permet de diminuer la dépendance des observatoires aux financements extérieurs : un observatoire se fonde sur une implication communautaire, locale et citoyenne. La communauté des usagers des centres de santé est au cœur de l'observatoire qui vient se nourrir de leurs contributions sur la qualité et l'accès aux services. L'échelle locale revêt ainsi une importance majeure : une dynamique de veille se déploie depuis la base, du terrain, pour ensuite s'adresser aux décideurs, à l'inverse d'un dispositif descendant. La mobilisation des usagers, qui répondent à des enquêtes dans le cadre du projet FORSS, impliquent qu'ils aient connaissance de leurs droits et devoirs, des politiques et réglementations en vigueur. Cet axe de renforcement des capacités des usagers (via notamment des causeries éducatives, groupes de parole) a manqué dans le cadre du projet FORSS ⁴³.

⁴³ Ce qui est prévu dans l'OS3 de la Phase 2, telle que soumise à L'Initiative en juin 2022.

4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

4.1. CONCLUSION

Cette évaluation finale du projet a permis aux consultants - à travers l'analyse des documents fournis par les partenaires et les missions menées dans les différents pays ciblés par le projet - d'obtenir une appréciation critique du projet, ainsi que de fournir des recommandations pour le financement d'une seconde phase de ce projet. La nouveauté du projet couplée à l'impact drastique de la pandémie a considérablement retardé sa mise en œuvre. Néanmoins, 4 observatoires sur 5 ont été installés et se sont avérés pertinents par rapport au contexte de transmission du VIH/Sida chez les populations les plus vulnérabilisées et marginalisées (populations clés/PC) dans les pays ciblés. En effet, dans chacun des cinq pays, l'accès aux services de dépistage et de soins y est limité et les politiques nationales encore trop insuffisantes pour juguler l'épidémie. Il manque clairement des informations fiables sur l'accès aux soins et prise en charge des PVVIH/PC ou encore sur les facteurs de blocage de dépistage des PVVIH/PC. Ces observatoires viennent donc en appui des politiques sanitaires nationales, dont ils renforcent les systèmes d'information sanitaire déficients et par la suite servent à alimenter les actions de plaidoyer à travers l'identification des écueils au niveau de la prévention ainsi que de la prise en charge des PC. Par conséquent, les consultants recommandent le financement d'une seconde phase du projet maintenant que les observatoires ont été lancés dans trois des quatre pays éligibles pour fournir à la fois le soutien financier et technique aux partenaires pour améliorer les écueils identifiés et optimiser les chances d'expansion et de durabilité des observatoires. Enfin, il est important de noter que les leçons apprises au cours de cette phase se sont traduites par l'amélioration remarquable dans la conceptualisation de la seconde phase du projet.

4.2. RECOMMANDATIONS

4.2.1. Recommandations générales (particulièrement adressées à Solidarité Sida)

- Revoir le modèle de gouvernance du dispositif multi-pays à travers une répartition claire et éclairée des responsabilités des différents acteurs (Solidarité Sida, ITPC MENA, organisations partenaires). Par ailleurs, concernant le suivi des observatoires dans chaque pays, envisager d'élargir la composition du comité de pilotage avec l'implication des principaux acteurs de la lutte contre le VIH/Sida
- Assurer les ressources nécessaires à ITPC MENA pour se lancer résolument dans une éventuelle phase 2 afin d'éviter un manque de RH entraînant une inefficacité du personnel ainsi qu'une dilution des responsabilités.
- Renforcer la capitalisation des expériences entre les 4 pays.
- Encourager le coaching post-formation auprès des associations partenaires ; en particulier, susciter la mutualisation des compétences entre ces associations partenaires.
- Mettre en place un dispositif de suivi qui soit suffisamment orienté changements avec la définition d'indicateurs d'effets/impacts.
- Travailler davantage en synergies avec d'autres acteurs qui interviennent sur des thématiques liées pour assurer la complémentarité et réduire les doublons entre les différents acteurs. Par ailleurs, collaborer avec d'autres observatoires nationaux pour s'assurer de l'intégration du VIH dans d'autres thématiques (par exemple celui de la violence contre les femmes en Tunisie).
- De manière globale, encourager les associations partenaires à sortir progressivement d'une logique projet pour s'ancrer davantage dans une logique de pérennité (dispositif de veille permanent). Cela se manifeste concrètement de diverses manières : (1) profiter des cadres existants pour le partage des résultats des observatoires (par exemple les CCM) ; (2) intégrer davantage d'activités de collecte au sein d'activités en cours subventionnées par le Fonds mondial et inscrites dans le fonctionnement routinier des institutions ; (3) renforcer l'approche multi-acteurs et la cohésion entre les associations communautaires au sein de chaque pays (pour être notamment plus fort dans le plaidoyer) ; (4) réfléchir au statut des collecteurs.

4.2.2. Recommandations spécifiques (formations, collecte/diffusion, plaidoyer, suivi) – particulièrement adressées à Solidarité Sida et à ITPC-MENA ainsi qu'à leurs partenaires

Dispositif de collecte/analyse :

- Utiliser différentes sources de collecte de données, y compris plus qualitatives (prestataires de soins/agents de santé communautaire, ligne verte, journalistes, usagers, étudiants/chercheurs, réseaux sociaux, etc.), afin de mieux trianguler les sources et de mieux impliquer différents types d'acteurs dans le dispositif. Cela permettrait aussi d'améliorer la représentativité de l'échantillonnage.
- Pour faire face aux problèmes de faible échantillonnage, il serait pertinent de s'associer avec d'autres ONG actives dans la sensibilisation (par exemple, SOS PE⁴⁴ en Mauritanie, ALCS au Maroc, SIDC au Liban, etc.) Ce partenariat ne se limite pas uniquement à la mise à disposition des sites de collecte – en effet, ces associations seraient partie prenante dans le dispositif en menant elle-même les collectes, notamment en profitant de leurs séances de sensibilisation auprès de leurs cibles pour collecter des informations plus qualitatives qui viendraient ainsi compléter et renforcer l'observatoire.
- Elargir la zone d'intervention de l'observatoire afin d'avoir des résultats extrapolables et plus représentatifs au niveau national (cela vaut pour l'ensemble des 4 pays).
- Coupler davantage les enquêtes/collectes avec des séances de sensibilisation (pas uniquement sur le dépistage mais de manière plus large sur les droits et devoirs des usagers⁴⁵) et vice-versa. Idéalement intégrer les activités de collecte au sein d'activités en cours subventionnées par le Fonds mondial et inscrites dans le fonctionnement routinier des institutions (dans une perspective de durabilité du dispositif).
- Simplifier le questionnaire (trop long) et revoir l'ordre des questions. Par ailleurs, certaines questions sont à revoir et à adapter en fonction de chaque pays⁴⁶.
- Élargir la cible de l'observatoire au-delà des PC (les mineurs, professionnels de santé, femmes enceintes dans des sites de collecte appropriés, etc.) afin de pouvoir recueillir des informations sur l'efficacité de la prévention et éventuellement ajouter une section d'évaluation de la sensibilisation.
- Organiser régulièrement des ateliers d'échanges d'expériences entre collecteurs (chaque collecteur peut aussi renforcer les compétences des autres tenant compte du profil spécifique de chacun). Cet exercice pourrait également être mis en œuvre au niveau multi-pays pour permettre le partage des expériences, des bonnes pratiques et des leçons apprises.
- Les collecteurs et superviseurs devraient être renforcés - avec des mises à jour continues - en techniques de collecte de données, en rapportage, en techniques de plaidoyer ainsi qu'en connaissances des thématiques sanitaires et de leurs enjeux.
- Former les équipes projet sur les aspects d'analyses des données et de suivi et évaluation.
- Impliquer davantage les collecteurs dans la conception des questionnaires et dans l'analyse (partage des résultats de l'analyse avant publication du rapport), voire dans le plaidoyer (ils pourraient être engagés dans des démarches pour résoudre les dysfonctionnements constatés).
- Concernant la remontée des informations (observatoire), ne pas oublier de signaler et de valoriser les bonnes pratiques, ainsi que d'en tirer des enseignements à capitaliser.
- Les enseignements issus de l'étude spécifique à l'identification des barrières à l'accès et à la qualité des soins de santé dans le contexte COVID devraient être intégrés dans les rapports d'observatoire.
- Revoir les modalités de la restitution et du partage des résultats : impliquer toutes les parties prenantes actives dans la lutte contre le VIH/Sida, envisager un cadre d'échange permanent (comité de pilotage/de suivi⁴⁷) et/ou profiter aussi des cadres d'échanges existants (par exemple lors des AG CCM, lors des revues annuelles PSN, etc.). Idéalement une première restitution devrait avoir lieu avant publication du rapport d'observatoire. Ceci devant ainsi permettre aux acteurs concernés (agents de santé, usagers) de valider/modifier/compléter les données collectées par les enquêteurs/collecteurs avant la diffusion/publication au niveau national.
- Encourager les associations partenaires du projet à réfléchir ensemble avec les autres acteurs de la lutte sur l'évolution du statut de pairs-enquêteurs.

⁴⁴ SOS Pairs éducateurs est par ailleurs impliqué actuellement dans un travail très intéressant de concertation prestataires/communautaires, à capitaliser pour une éventuelle phase 2 du projet FORSS.

⁴⁵ Causeries éducatives : rencontres avec des usagers de santé organisées par des membres d'OSC formés pour informer ces usagers sur leurs droits (ex. : accès aux services de santé) et devoirs (ex. : respect des prestataires, propreté des lieux) et également souvent sur différentes thématiques d'éducation thérapeutique (par exemple sur le suivi des femmes enceintes vivant avec le VIH).

⁴⁶ Il est à noter qu'un travail de réadaptation des outils de collecte est prévu en début de la Phase 2 soumise à L'Initiative.

⁴⁷ À l'image de ce qui se fait au Maroc par exemple.

- Organiser/instituer/intégrer des cadres d'échanges, tant au niveau des centres de prise en charge qu'au niveau de la zone de santé avec les autorités sanitaires régionales/locales pour faciliter l'appropriation du dispositif par les agents de santé et autorités sanitaires régionales, dans les contextes pays où cela est possible.

Renforcement des capacités :

- De manière plus globale, poursuivre le renforcement des capacités (via le projet et/ou via d'autres appuis⁴⁸) des associations partenaires en suivi-évaluation, leadership, stratégie de mobilisation de fonds, gestion RH, gestion des partenariats, gestion financière, communication.
- Intégrer dans ce type de projet des activités de renforcement des compétences des femmes en vue d'une participation à la prise de décision et d'impulsion de leur leadership dans les organisations ciblées. Par exemple, organiser des sessions de formations sur les principes et modalités de représentation et sur une politique genre au sein de chaque organisation. De manière plus globale, renforcer l'approche genre (ce qui est possible compte tenu de l'expérience des associations partenaires dans ce domaine) ou travailler avec d'autres ONG (Frontline Aids a déjà un « module Genre » dans le dispositif de collecte ReACT⁴⁹ etc.) déjà avancées dans ce domaine pour l'améliorer.
- Envisager un axe de renforcement des compétences des prestataires de soins impliqués dans le dispositif observatoire. Il s'agirait d'une part d'informer/sensibiliser ces acteurs au fonctionnement et enjeux de l'observatoire et d'autre part de renforcer leurs connaissances sur les questions relatives aux droits et devoirs des usagers.
- En termes de formation de formateurs, il est important d'identifier des collecteurs plus performants qui peuvent jouer un rôle comme formateur auprès de nouveaux collecteurs.

Plaidoyer/communication :

- Profiter des séances de restitution pour anticiper sur les axes de plaidoyer (mieux traduire les résultats de l'observatoire en stratégie de plaidoyer).
- Revoir la stratégie de plaidoyer en intégrant aussi des interpellations plus précises/ciblées (plus spécifiques par formation sanitaire, par région), tout en maintenant quelques considérations générales. Par ailleurs, en lien avec la plus-value de l'utilisation des tablettes (rapidité du traitement et de l'analyse des données), envisager également un système d'alerte précoce pour des cas spécifiques urgents (ex. : rupture d'ARV dans telle formation sanitaire).
- Mettre en œuvre un véritable plan de plaidoyer (identification des personnes envers qui l'on souhaite mener des actions de plaidoyer, identification du type d'actions à mener, du planning, des ressources, plan par pallier, etc.) qui incite à plus d'adhésion/d'appropriation de la part des principaux concernés. Et mener des actions de plaidoyer sur du plus long terme afin de réellement faire « bouger les lignes ».
- Faire mieux coller le plaidoyer avec les agendas des politiques.
- Trouver d'autres alliés pour mener du plaidoyer en renforçant la multisectorialité de la stratégie (ex. : associer des acteurs impliqués sur la question des droits humains⁵⁰).
- Renforcer les synergies entre associations communautaires afin d'être plus forts dans les actions de plaidoyer.
- Améliorer la stratégie de communication autour du dispositif/concept « observatoire » :
 - o Bien communiquer sur les enjeux/objectifs de l'observatoire
 - o Importance de faire comprendre aux différents acteurs (en particulier autorités et prestataires) qu'ils ont aussi à gagner dans cet observatoire
 - o Accompagner les rapports de l'observatoire d'une note de synthèse claire résumant les principaux points d'intérêt
 - o Améliorer et diversifier les modes de transmission des rapports

⁴⁸ Voir aussi recommandations spécifiques à L'Initiative/Expertise France.

⁴⁹ Rights-Evidence-Action (REAct) tool est développé par Frontline AIDS pour enregistrer les violations des droits de l'homme qui se sont produites pour les populations clés lors de l'accès au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et aux services de santé.

⁵⁰ Par exemple, pour les UDI, le problème est aussi juridique (plus de tolérance est requise).

- Envisager une véritable stratégie de communication événementielle autour de l'observatoire : événements, distribution de teeshirts, stylos, davantage d'émissions de radio⁵¹/TV et plus d'implication des médias en général, actualisation du web site (et traduction en arabe⁵²), journal rédigé par les collecteurs, etc. –
- Impliquer davantage les journalistes dans la définition de la stratégie de communication (partenariats avec la presse). Remarque : il serait intéressant de travailler davantage à la sensibilisation des journalistes⁵³.

4.2.3. Recommandations spécifiques au Fonds mondial et aux autorités sanitaires

- Encourager le CCM/FM/Ministère de la santé à intégrer le concept d'Observatoire dans les nouvelles subventions (en attendant que soit trouvé un modèle de financement pérenne).
- Encourager et former les autorités sanitaires à utiliser les observatoires mis en place pour renforcer leurs capacités de surveillance et identifier les dysfonctionnements grâce à l'utilisation des données générées ou encore permettre aux collecteurs de notifier directement tout dysfonctionnement.

4.2.4. Recommandations spécifiques à L'Initiative

- Adapter les interventions futures-en identifiant et en renforçant les synergies avec d'autres projets/acteurs- pour compléter les subventions existantes et combler les lacunes identifiées.
- Communiquer davantage auprès des instances du Fonds mondial sur les enjeux et les résultats des observatoires afin de renforcer le plaidoyer pour l'intégration de ce dispositif au sein des nouvelles subventions.
- Veiller à ce que le dispositif de suivi soit suffisamment orienté changements avec la définition d'indicateurs d'effets/impacts. Par ailleurs, le monitoring tool est à simplifier pour permettre une meilleure appropriation de celui-ci par les partenaires.
- Les évaluateurs relèvent une incohérence entre l'objectif (cohérent) de projet multi-pays et les moyens financiers alloués au projet FORSS qui se sont avérés notoirement insuffisants (en particulier sur les axes plaidoyer/communication mais aussi au niveau de la collecte avec des échantillons qui restent faibles). Il est donc primordial d'adapter le budget en rapport avec les objectifs à atteindre.
- La mobilisation d'autres appuis parallèles au projet (via notamment le Canal Expertise) est encouragée, dans le but de renforcer les capacités des associations partenaires.
- Concrètement, pour les perspectives de continuité du projet FORSS dans chaque pays, les consultants recommandent vivement à L'Initiative de soutenir une phase 2 dans 4 des 5 pays ciblés (l'Egypte n'étant plus éligible). En effet, les observatoires ont été mis en place tardivement et pour que ceux-ci puissent pleinement atteindre leurs objectifs finaux (amélioration de la prévention et de la qualité de prise en charge des PVVIH/PC), il est impératif d'accompagner les porteurs du dispositif dans cette phase de déploiement. Remarque : de nombreuses améliorations ont été notées dans la conceptualisation de la deuxième phase du projet telles que (1) une meilleure implication des autres acteurs actifs dans la riposte au VIH, y compris les représentants du système de santé formel, (2) une meilleure focalisation sur la capitalisation et reconnaissance nationale et régionale afin d'assurer la pérennité des observatoires communautaires (3) une amélioration de l'approche genre, etc. Une partie des recommandations formulées dans ce présent rapport d'évaluation viennent appuyer ces améliorations.

4.2.5. Recommandations pour l'observatoire égyptien (n'étant plus éligible pour une éventuelle phase 2 du projet FORSS)

Pour assurer la pérennité de l'observatoire égyptien, les consultants recommandent :

- En l'absence de financement externe : inclure le questionnaire dans la prestation de services réguliers par l'organisation (dépistage, soutien juridique, etc.) ce qui assure la continuité et le suivi des besoins des PC.
- Reprendre le concept/ la méthodologie de l'observatoire dans d'autres requêtes de financement pour de nouveaux bailleurs de fonds. A noter que ce projet a permis d'estimer le coût annuel approximatif d'un observatoire en Egypte, soit égal à 30 000 USD (dans sa structure actuelle).

⁵¹ Voir radio communautaire à Tanger (« 100% Maman ») : sensibilisations sur le VIH, échanges d'expériences avec participation de prestataires.

⁵² La traduction est déjà en cours

⁵³ Activité prévue dans la demande d'extension sans coûts additionnels soumise à L'Initiative en juin 2022.

5. ANNEXES

5.1. ANNEXE 1. QUESTIONS EVALUATIVES/MATRICE D'EVALUATION

Objectifs	Questions évaluatives	Indicateurs/ Information	Source d'information
Objectif 1 : Redevabilité			
Pertinence et Cohérence			
Cohérence avec les stratégies internationales	En quoi les objectifs et la conception du projet correspondent-ils aux priorités de la communauté internationale en général ?	Pertinence de la conception et des objectifs par rapport aux orientations stratégiques ainsi qu'à la thématique et à la mission du FM lancé en 2016	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Cohérence avec les stratégies nationales	En quoi les objectifs et la conception du projet correspondent-ils aux politiques et aux priorités des pays appuyés ? <i>Dans quelle mesure le projet est-il compatible avec les autres interventions favorisant l'accès aux soins dans les pays concernés, avec les politiques nationales</i>	Politiques nationales Autres interventions visant à favoriser l'accès aux soins	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Pertinence dans le contexte national / par rapport aux besoins nationaux	En quoi les objectifs et la conception du projet correspondent-ils aux besoins des pays appuyés ? <i>Dans quelle mesure la mise en place des observatoires s'est-elle appuyée sur une étude de base rigoureuse du terrain d'implémentation ?</i> <i>En quoi sont-ils (les objectifs) demeurés pertinents même si le contexte a évolué ?</i>	Données nationales et régionales de bases sur les soins des PVVIH et des populations clés Evaluation initiale des soins des PVVIH et des populations clés Ainsi que la qualité de l'accessibilité aux traitements disponibles Besoins communautaires, institutionnelle et des professionnels concernés par les formations	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain

Pertinence de la conception du projet	Est-ce que le projet a été formulé de manière pertinente (qualité du cadre logique), c'est-à-dire est-ce qu'il y a cohérence entre la problématique identifiée et les objectifs, entre les inputs et les outputs de chaque résultat intermédiaire et entre les différents résultats intermédiaires ? <i>En quoi les bénéficiaires finaux du projet (organisations de la société civile et usagers des formations sanitaires) sont-ils en cohérence avec les besoins identifiés ?</i> <i>Que peut-on dire de la participation des acteurs nationaux et des partenaires du projet ?</i> <i>Quels ont été les critères de sélection des formations sanitaires ciblées par le projet ?</i> <i>Le système de suivi-évaluation mis en œuvre dans le cadre du projet se base-t-il uniquement sur l'atteinte des résultats ou s'oriente-t-il également sur les effets/changements ?</i>	Cadre logique du projet Evaluation SMART des Objectifs du projet (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini.) Sélection des associations Evaluation de la pertinence (et efficacité) du système de suivi-évaluation et dispositif organisationnel mis en place Indicateurs utilisés (indicateurs de réalisation, indicateurs d'impact, etc.) Conception des formations (analyse des besoins / dispositif de formation / mise en œuvre / suivi-évaluation) Conception des actions de plaidoirie Participation des différents acteurs communautaires (leaders communautaires par exemple) formés sur 5 thématiques (HSH, TS, UDI, dépistage, traitement)	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Efficacité En quoi le projet a-t-il atteint les objectifs et résultats attendus ?			
L'amélioration des connaissances et des pratiques des acteurs communautaires en matière de prévention et de soins aux PVVIH et populations-clés.	Que peut-on dire de l'amélioration des connaissances et des pratiques des acteurs communautaires en matière de prévention et de soins aux PVVIH et populations-clés ? <i>Renforcement de capacités à 3 niveaux, donc individuel (compétences, aptitudes et expériences individuelles), organisationnel (capacités organisationnelles d'une structure : outils, procédures, plateaux techniques, organisation d'un service, politique de ressources humaines) et général (concerne l'interaction de la structure avec son environnement institutionnel, politique...)</i>	Amélioration des connaissances des acteurs communautaires dans les pays cibles Deux rapports d'enquête publiés par pays (un au début et un à la fin du projet) Connaissance et adaptation des standards de qualité en matière de prévention et de prise en charge des PVVIH Nombre d'associations ayant reçues le guide synthétique Nombre de personnes connaissant les standards internationaux Nombre de personnes des formées à la collecte de données	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain

		Nombre de formateurs formés Nombre de leaders et d'acteurs communautaires (leaders communautaires par exemple) formés sur 5 thématiques (HSH, TS, UDI, dépistage, traitement) Amélioration des pratiques des acteurs communautaires dans les pays cibles	
La collecte et la diffusion de données nationales et régionales sur la qualité et l'accessibilité des services de prévention et de soins ainsi que l'accès aux traitements	Que peut-on dire de la collecte et la diffusion de données nationales et régionales sur la qualité et l'accessibilité des services de prévention et de soins ainsi que l'accès aux traitements ? <i>Quelle a été la structure des observatoires mis en place ? leur couverture géographique ?</i> <i>Quels acteurs ont été intégrés dans le dispositif ? quels étaient les cadres d'échange prévus ?</i> <i>Quel est le niveau d'efficacité au niveau de la collecte des données assurée par les agents de collecte ? (Qualité, difficultés rencontrées, niveau de collaboration avec les autorités administratives et/ou certains soignants ?)</i> <i>En quoi les informations obtenues ont été complémentaires des services de reporting existants ?</i> <i>Dans quelle mesure les observatoires mis en place peuvent-ils être considérés comme un outil d'appui aux politiques sanitaires nationales, de plaidoyer et d'aide à la décision pour les décideurs nationaux et partenaires internationaux ?</i>	Nombre d'observatoires communautaires opérationnels Création de base de données (services existants, continuum de soins, etc.) Collecte de données : Réalisation de questionnaires qualité dans les différents pays Réalisation de focus groups Rapport d'activités Identification des dysfonctionnements via les observatoires Intégration des données collectées dans les rapports d'analyse du VIH dans la région MENA Intégration des partenaires opérationnels du projet dans les cadres de concertation nationaux et régionaux tout au long du projet Diffusion des données et capitalisation des actions de collecte et d'analyse Participation à l'atelier de capitalisation organisé à Paris Production de documents stratégiques de prévention et de prise en charges des PVVIH (dans les pays cibles) Intégration des problématiques de la zone MENA dans les conférences internationales	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain

Le développement d'actions de plaidoyer, sur la base des données collectées, pour influencer les stratégies de lutte contre le VIH/Sida et leur modalité de mise en œuvre (au niveau national, régional et international) et pour alerter sur les barrières et obstacles d'accès aux soins pour les PVVIH et populations-clés.	Que peut-on dire du développement d'actions de plaidoyer, sur la base des données collectées, pour influencer les stratégies de lutte contre le VIH/Sida et leur modalité de mise en œuvre (au niveau national, régional et international) et pour alerter sur les barrières et obstacles d'accès aux soins pour les PVVIH et populations-clés ?	Formation de personnes au plaidoyer (notamment des journalistes arabes et francophones) Nombre de publications périodiques Identification des barrières à l'accès aux soins Nombre de policy briefs développés Dialogue entre les différentes parties prenantes de la lutte contre le VIH (nombre de participants, postes de participants, etc.) Plans et actions de plaidoiries définies par pays Organisation de journées nationales pour le VIH Nombre de retombées médiatiques Atelier de capitalisation organisé à Paris Participation aux conférences internationales Participation au colloque MENA à Paris	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Le renforcement d'ITPC-MENA en tant qu'acteur fort et indépendant de la région, au travers d'un appui à son développement stratégique.	Que peut-on dire du renforcement d'ITPC-MENA en tant qu'acteur fort et indépendant de la région ?	Nombre d'actions d'accompagnement émises dans le plan d'action du partenaire principal menées à terme à la fin du projet Résultats de l'atelier de diagnostic global Elaboration d'un plan stratégique pour ITPC-MENA à la fin du projet	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain

Le maintien du continuum de services communautaires de prévention, dépistage et prise en charge des PVVIH et populations-clés des cinq pays d'intervention dans le cadre du contexte sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19	A quel point y-a-t-il eu un maintien du continuum de services communautaires de prévention, dépistage et prise en charge des PVVIH et populations-clés des cinq pays d'intervention dans le cadre du contexte sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19 ? <i>Le projet a-t-il su être flexible et s'adapter à des facteurs extérieurs qui ont pu gêner sa mise en œuvre, notamment dans les pays à risque sécuritaire important ?</i> <i>Comment s'est-il adapté à la crise sanitaire liée à la COVID-19 ??</i>	Développement de plans de contingence Application des recommandations liées au contexte des plans de contingence Nombre d'associations ayant maintenu le continuum de leurs services Distribution de kits d'hygiènes et de colis alimentaires	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Efficacité du processus de suivi-évaluation	En quoi le dispositif de suivi-évaluation a-t-il permis la mesure des résultats (outcomes et outputs) ? <i>Dans quelle mesure les résultats et recommandations de l'évaluation intermédiaire ont-ils été utilisés afin de renforcer l'efficacité du projet ?</i>	Design et indicateurs de l'outil de suivi Recommandation de l'évaluation intermédiaire	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Difficultés et barrières empêchant la réalisation des résultats attendus	Qu'est-ce qui explique que certaines activités ne se soient pas réalisées (atelier d'harmonisation, évaluation de base...) ? <i>Quelle est la responsabilité du porteur de projet dans ces difficultés observées ?</i> <i>d'Expertise France ?</i>	Raisons des retards observés Raisons de l'absence de collecte dans certains pays (notamment le Liban) ?	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Efficience Dans quelle mesure le projet a-t-il produit des résultats sur le système de santé de façon économique et dans les temps ?			

Rapport coût-efficacité	Les coûts du projet sont-ils satisfaisants au regard des résultats obtenus ?	Plan opérationnel de mise en œuvre Utilisation du budget Pilotage, contrôle et évaluation	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Choix et Organisation des ressources	Dans quelle mesure les capacités (techniques, de gestion) du porteur de projet sont suffisantes pour exécuter de façon totale et satisfaisante le projet ? <i>Les ressources proposées sont-elles nécessaires aux communautés pour comprendre les systèmes, tirer profit des priorités partagées, contribuer aux débats et aux discussions, et fournir des programmes ?</i> <i>Quelles sont les difficultés rencontrées en termes d'organisation et de coordination du projet ?</i> Concernant les formations, vérifier si les publics-cibles ont bien été choisis en lien avec la problématique identifiée et si par la suite les participants aux formations ont bien été les personnes impliquées au quotidien dans la prise en charge des problèmes ciblés ; en d'autres termes, le choix des bénéficiaires directs était-il pertinent (critères de sélection) ? <i>Y a-t-il eu beaucoup de turn-over après la formation ?</i> <i>Y a-t-il eu d'autres contraintes liées aux bénéficiaires ?</i>	Choix des partenaires/Coordination Rôle et responsabilité des différents acteurs Capacité des différents acteurs à gérer le projet et à accomplir le travail demandé Disponibilité des ressources nécessaires Profils des collecteurs Les résultats sont-ils produits avec la même efficacité selon que l'on soit de tel ou de tel profil (collecteur uniquement ou faisant partie intégrante de la formation sanitaire) En cas de différences, quelles en sont les raisons ?	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Impact			

Impact sur les bénéficiaires directs du projet (associations partenaires et leaders communautaires)	Quel est le changement le plus significatif résultant de ce projet ? Quel a été l'impact global du projet ? <i>Dans quelle mesure le projet a-t-il répondu aux objectifs de l'Appel à projets 2017 de L'Initiative visant au renforcement de la qualité et de l'accessibilité des systèmes de santé nationaux et communautaires ?</i> Quelles sont les activités de renforcement des capacités, qui dans certains contextes précis, peuvent donner lieu à un impact plus significatif ? <i>Qu'est-ce que les parties prenantes considèrent comme impact plus significatif (ou « transformationnel ») dans ce contexte ?</i> Impact des sessions de formation s'adressant aux collecteurs <i>Comment se traduit concrètement la mise en application des formations reçues (par exemple quels sont les effets/impacts concrets en termes de valorisation du travail des collecteurs dans certaines formations sanitaires) ?</i>	Amélioration des compétences des différents partenaires du projet Formations : indicateurs de réalisation des activités ; indicateurs de résultats (pérennité des appuis) ; indicateurs d'effet (impact des appuis)	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Impact sur les bénéficiaires indirects (PVVIH)	Dans la mesure du possible, apprécier les premiers effets/impacts en termes d'accessibilité et de qualité des services VIH malgré les retards de mise en œuvre des observatoires ? <i>Y a-t-il des effets en termes de qualité et de prise en charge : structures adéquates, personnel disponible et formé, accessibilité financière et géographique aux services de soins ?</i>	Changement de comportement des représentants des autorités sanitaires nationales Besoins de première nécessité des PVVIH et populations cibles les plus vulnérables sont appuyés dans les cinq pays Baisse du nombre de nouvelles infections et augmentation du nombre de personnes détectées	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif)

	<i>Quid des effets en termes de renforcement de la participation des PVVIH au suivi de leur prise en charge ?</i> <i>Quid des effets en termes d'approvisionnement en médicaments essentiels (ARV en particulier - nombre de personnes sous ARV, continuité/absence de rupture) et réactifs pour les tests de dépistage (réduction des ruptures de stock) ?</i> <i>Quels changements pour les populations les plus exposées en termes d'accès à la prévention et aux soins mais aussi de stigmatisation et de discrimination ?</i> Dans la mesure du possible, apprécier les premiers effets/impacts des différentes actions de plaidoyer ? <i>Les résultats et apprentissages du projet ont-ils donné lieu à un plaidoyer de la part des acteurs nationaux pour intégrer certaines approches dans les stratégies nationales et régionales ? dans les futures subventions du Fonds Mondial ?</i>		Observation sur le terrain
Autres effets/impacts, y compris inattendus	---	---	---
Pérennité			
Pérennité opérationnelle	Dans quelle mesure les résultats et effets du projet sont-ils susceptibles de perdurer ? <i>Dans quelle mesure les différents acteurs ont-ils effectivement été impliqués dans la conceptualisation et le développement du projet ?</i> <i>Dans quelle mesure ces acteurs sont-ils impliqués dans la prise de décisions durant l'exécution du projet ?</i> <i>Dans quelle mesure les organisations partenaires contribuent de manière directe à la gestion du projet ?</i>	L'amélioration des connaissances et des pratiques des acteurs communautaires en matière de Formation du personnel Maitrise de recommandations internationales en termes de prise en charges des PVVIH Identification des barrières au continuum des soins Développement d'actions de plaidoyer	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain

	<i>Quels moyens ont été mis en œuvre pour permettre l'appropriation du projet par les organisations partenaires ? En quoi peut-on dire qu'elle est effective ?</i> Le transfert de compétences aux autres membres de l'équipe (initialement prévu dans le document projet) est-il effectif ?		
Pérennité financière	Quelles réflexions et quelles stratégies de pérennité financières ont été définies à ce jour ? <i>Le porteur de projet d'une part et les organisations partenaires ont-ils les capacités suffisantes pour pérenniser ce dispositif ?</i>	Capacités opérationnelles des dispositifs déjà mis en place	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Pérennité politique	Le projet est-il en adéquation avec le milieu dans lequel il se déroule ? <i>S'adapte-t-il correctement aux évolutions du contexte ?</i>	Renforcement des organisations sur le plaidoyer, sur la disponibilité et la qualité des soins Prise de conscience des responsables politiques et sociaux sur la gravité et la menace et l'importance des interventions innovantes proposées	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Durabilité de la transformation sociale	Le projet s'est-il inscrit dans une approche de renforcement des systèmes ? <i>Dans quelle mesure le projet a-t-il produit, ou devrait-il produire, dans les pays des effets importants, durables et de vaste portée, positifs ou négatifs, intentionnels ou non ?</i>	Utilisation du système de données pour l'évaluation de la situation de l'infection du VIH et de la vie des PVVIH et la détection de tout dysfonctionnement Utilisation des données pour orienter les campagnes de communication	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique)

	<i>Quel impact a-t-il produit ou est-il susceptible de produire au niveau des stratégies et politiques publiques nationales ? Au niveau institutionnel et législatif ? A un niveau normatif</i> <i>Que peut-on dire de l'appropriation des observatoires par les décideurs / autorités sanitaires dans les pays concernés ?</i>	Dialogue continu avec les prestataires de soins et de services pour lutter contre le rejet des PVVIH (meilleure intégration dans les systèmes de soins)	Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Objectif 2 : Apprentissage Etant donné la participation de Solidarité Sida à l'atelier de capitalisation sur les observatoires organisé par L'Initiative en 2018/2019, dans quelle mesure le projet a-t-il bénéficié des apprentissages de cette capitalisation pour sa mise en place ?			
Analyse du contexte versus pertinence d'un observatoire communautaire ; place et positionnement de l'observatoire	Quelle a été la structure des observatoires mis en place ? <i>Dans quelle mesure cette structure se rapproche-t-elle ou se différencie-t-elle des autres observatoires déjà soutenus par L'Initiative ?</i> Que peut-on dire de la pertinence de l'observatoire par rapport au contexte sanitaire et de gouvernance ? <i>Dans quelle mesure les observatoires mis en place peuvent-ils être considérés comme un outil d'appui aux politiques sanitaires nationales, de plaidoyer et d'aide à la décision pour les décideurs nationaux et partenaires internationaux ?</i> <i>Quelle est la perception de la légitimité de l'observatoire par les Autorités ? Sur quels fondements cette légitimité est-elle basée ?</i> <i>Y-a-t-il des tensions entre indépendance de l'observatoire (contre-pouvoirs) VS leur reconnaissance et institutionnalisation ?</i> <i>Quel est le niveau de reconnaissance et de légitimité des organisations de la société civile porteuses du dispositif ?</i>	Pertinence par rapport au contexte sanitaire Couverture géographique Acteurs ont été intégrés dans le dispositif Gouvernance et emplacement de l'observatoire Indépendance de l'observatoire vs Reconnaissance et institutionnalisation Niveau de reconnaissance et de légitimité des organisations de la société civile porteuses du dispositif Perception de la légitimité de l'observatoire par les Autorités Lanceur d'alerte vs organisme de référence Publication des rapports d'observatoire et validation par les parties prenantes	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain

Les partenaires du programme : le choix de ces associations, leur nombre, leur implication à tous les stades du programme	Dans quelle mesure les associations partenaires ont-elles effectivement été impliqués dans la conceptualisation, le développement et dans la prise de décisions durant l'exécution du programme <i>Dans quelle mesure ces associations partenaires contribuent de manière directe à la gestion du projet ?</i> <i>Quel est le niveau d'implication de chaque association partenaire aux différents stades clés du dispositif : formation des collecteurs, collecte, rapportage, diffusion, plaidoyer, animation de cadres de concertation, gestion du dispositif en général etc. ?</i> <i>Dans quelle mesure les relations partenariales permettent-elles à chaque partenaire de s'enrichir au sens global du terme (où chacun apprend de l'autre) ?</i> <i>Quelle contractualisation a été établie (notamment, la démarche a-t-elle été participative ?) ?</i> <i>Comment s'est effectué le suivi des engagements, le suivi des conventions ?</i> <i>Quels ont été les freins/obstacles à ce niveau ?</i>	Implication des associations partenaires dans : La conceptualisation du programme Le développement du programme La prise de décision Contribution de associations partenaires à la gestion du projet Relations partenariales comme moyen de capitalisation (source d'apprentissage pour chacun des partenaires) Niveau de contractualisation Démarche participative ou pas Suivi des engagements/ le suivi des conventions ? Freins/obstacles à ce niveau Niveau d'implication de chaque association partenaire aux différents stades clés du dispositif Formation des collecteurs, collecte Rapportage Diffusion Plaidoyer Animation de cadres de concertation Gestion du dispositif en général Autres implications possibles	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
La collecte de données dans son ensemble, les indicateurs, la méthodologie, avec un focus sur les stratégies innovantes (l'utilisation des nouvelles technologies)	Les observatoires jouent-ils le rôle d'un lanceur d'alerte ? d'un organisme de référence ? <i>En quoi les informations obtenues ont été complémentaires des systèmes d'information existants ? (Système national d'information sanitaire)</i>	Type de collecteurs Système mixte (collecteurs intégrés dans les centres de santé et collecteurs externes), Système mixte qui combine également d'autres sources de collecte (grand public, enquêtes qualitatives, ligne téléphonique, journalistes) Efficacité au niveau de la collecte des données assurée par les enquêteurs Niveau de qualité,	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif)

	<i>Quelles sont les difficultés rencontrées (surtout au niveau de collaboration avec les autorités administratives et/ou certains soignants) ?</i> <i>Comment mieux documenter les dysfonctionnements et alertes avec un suivi de leur résolution ?</i> Quels sont précisément les indicateurs clés qualitatifs déterminés au début du projet ? <i>Se sont-ils révélés pertinents ?</i> <i>Sont-ils adaptés aux besoins d'informations et à l'analyse de celles-ci en vue d'un suivi efficace des programmes ?</i> <i>Comment démontrer l'impact et la complémentarité des observatoires sur les systèmes de santé ?</i> La formation et supervision des collecteurs s'est-elle faite par le biais d'un plan structuré comprenant sessions de formation initiale et continue, coaching post-formation in situ alliant apports théoriques et mises en situation concrètes ? <i>Décrivez les types de collecteurs et les modes de collections de données : système mixte (collecteurs intégrés dans les centres de santé et collecteurs externes), système mixte qui combine également d'autres sources de collecte (grand public, enquêtes qualitatives, ligne téléphonique, journalistes)</i> <i>Quels sont les enjeux (sécuritaires ou autre) auxquels font face les collecteurs ?</i>	Difficultés rencontrées Niveau de collaboration avec les autorités administratives et/ou certains soignants Complémentarité des informations obtenues à celles des systèmes d'information existants (système national d'information sanitaire) Indicateurs clés qualitatifs déterminés au début du projet Pertinence de ces indicateurs (adaptés aux besoins d'informations et à l'analyse de celles-ci en vue d'un suivi efficace des programmes) Suivi et évaluation des changements : Documentation des dysfonctionnements et alertes avec un suivi de leur résolution Impact et la complémentarité des observatoires sur les systèmes de santé La place des collecteurs Sécurité et protection des collecteurs et des lanceurs d'alerte Sécurité et protection des données Différents rôles pour les collecteurs (entre enquêteurs-pairs et éducateurs-pairs, quel équilibre ?), professionnalisation des collecteurs (un métier en soi)	Observation sur le terrain
Le processus de renforcement des capacités des partenaires dans le cadre des activités menées par le projet	Les stratégies de renforcement des capacités sont-elles particulièrement originales ou innovantes, adaptées au contexte, efficaces ?	Stratégies de renforcement des capacités originales ou innovantes, adaptées au contexte, efficaces Pratiques reproductibles/à recommander dans d'autres contextes, le cas échéant	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique)

	<i>Quelles sont les pratiques reproductibles/à recommander dans d'autres contextes, le cas échéant ? (Capitalisation)</i> <i>Comment s'est-on assuré que les capacités qu'on voulait transmettre ont bien été acquises par les bénéficiaires ?</i> En quoi l'évaluation intermédiaire a permis d'évaluer le niveau de renforcement des capacités ? <i>Quels en étaient les effets ?</i> <i>Les capacités des bénéficiaires ont-elles été évaluées avant et après ?</i> Y-a-t-il un système d'auto-évaluation ? <i>A-t-on su adapter progressivement les formations aux leçons tirées de l'analyse des résultats des précédentes formations ?</i> <i>Dans quelle mesure les activités de renforcement des capacités se sont-elles basées sur des processus endogènes en lien avec le cycle de vie non linéaire de chaque partenaire ?</i> Le concept de « genre » est-il bien compris ? <i>Peut-on dire qu'il y a eu une amélioration de la communication à propos de l'égalité entre les genres ?</i> <i>Y-a-t-il des modules de formations spécifiques aux femmes (approche genre) ?</i>	Outils/documents/modules de formation intéressants à diffuser plus largement Evaluation de la bonne transmission des capacités aux bénéficiaires Evaluation pré et post des capacités des bénéficiaires Adaptation des formations aux leçons tirées de l'analyse des résultats des précédentes formations Processus endogènes des activités de renforcement des capacités en lien avec le cycle de vie non linéaire de chaque partenaire (actions d'éducation/sensibilisation (droit à la santé et devoir) menées sur un laps de temps suffisamment long et de manière continue pour permettre une réelle appropriation) Présence de modules de formations spécifiques aux femmes (approche genre) ? Liens entre renforcement des capacités, collecte et plaidoyer	Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Le lien entre la collecte de données et le plaidoyer, la diffusion et la valorisation des données	Quels ont été les effets observés des observatoires sur l'accès et la qualité des soins ? sur la gouvernance des systèmes de santé (société civile-prestataires de soin-autorités nationales) ?	Utilisation des données/appropriation par les acteurs locaux Amener les usagers à être effectivement des acteurs de veille et de collecte des données Renforcer la reconnaissance du dispositif par les décideurs du système de santé	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif)

	<i>Les données générées sont-elles utilisées ou appropriées par les acteurs locaux (cadres de concertation au niveau des formations sanitaires, plaidoyer) : Le dispositif est-il reconnu par les décideurs du système de santé ?</i> <i>La veille sur l'accès et la qualité des soins a-t-elle été régulière, documentée, fiable ? Que peut-on dire du volume, de la nature et de la qualité des alertes : actions de plaidoyer lancées par l'observatoire ?</i> <i>Les usagers sont-ils amenés à être effectivement des acteurs de veille et de collecte des données ? Les prestataires de soins ?</i> Apprécier dans la mesure du possible les spécificités des différents types d'actions de plaidoyer malgré les retards de mise en œuvre de ces activités ? Plus-value de chacun ? <i>Dans quelles mesures l'observatoire a permis un rapprochement entre la société civile et les populations/communautés, entre-les populations/communautés et les autorités de santé, entre la société civile et les autorités de santé ?</i> <i>Dans quelle mesure les actions mises en œuvre à travers ce programme ont permis de faire émerger (et/ou de renforcer) un véritable leadership dans le secteur communautaire leur permettant ainsi de remplir un rôle stratégique en matière de prestations de services, de mobilisation sociale, de suivi et de plaidoyer ?</i> <i>Quelle stratégie de communication de l'observatoire ? Plus-value ? Difficultés rencontrées ?</i>	Extension des activités clés de veille à la Task force de la société civile et les conseils de santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire Réactivité et remontée des informations Veille sur l'accès et la qualité des soins régulière, documentée, fiable Volume, nature et qualité des alertes : actions de plaidoyer lancées par l'observatoire Plaidoyer – observer pour agir, vers une stratégie de changements Usage des données collectées Nourrir un plaidoyer sur des enjeux stratégiques et/ou insuffisamment pris en compte Renforcer une stratégie opérationnelle pour les services de santé Interpellation des autorités/gouvernements sur leur devoir de redevabilité Spécificités des différents types d'actions de plaidoyer Qualité des données : tensions entre exigence de rigueur et défi d'appropriation Fournir des données fiables, de qualité scientifique et rigoureuses VS la pérennisation de l'observatoire à travers les OSC partenaires – protocole d'enquête appropriable et adapté à des OSC) Observatoire comme outil de rapprochement entre La société civile et les populations/communautés	Observation sur le terrain
--	---	--	-----------------------------------

		Les populations/communautés et les autorités de santé La société civile et les autorités de santé ? Pérennité des cadres de concertations (sur la qualité des services) entre les prestataires de soins, les associations et les usagers des services de santé Actions mises en œuvre à travers ce programme et émergence ou renforcement d'un véritable leadership dans le secteur communautaire permettant de remplir un rôle stratégique en matière de prestations de services, de mobilisation sociale, de suivi et de plaidoyer Stratégie de communication de l'observatoire Plus-value Difficultés rencontrées	
Pérennité de l'observatoire	Peut-on penser que les approches mises en place vont perdurer au-delà du projet, d'une façon ou d'une autre ? (Bonne appropriation, mécanismes de pérennisation, formations de formateurs, capitalisation sur les outils, modules, transfert de compétences, sensibilisations de la société civile sur ces questions, etc.) <i>Les sources de financement des observatoires sont-elles diversifiées ?</i> <i>Les différents observatoires jouent-ils le rôle d'acteur de renforcement des compétences des Institutions nationales</i>	Diversification des sources de financement Observatoire comme acteur de renforcement des compétences des Institutions nationales Durabilité des approches mises en place (bonne appropriation, mécanismes de pérennisation, formations de formateurs, capitalisation sur les outils, modules, transfert de compétences, sensibilisations de la société civile sur ces questions, etc.)	Rapports d'activités, rapports d'évaluation, rapports de mission, tout autre document de projet (dont cadre logique) Interviews/focus-group/ateliers participatifs lors de la phase terrain de la mission d'évaluation (y compris via la méthode du changement le plus significatif) Observation sur le terrain
Objectif 3 : Prospection			

Dans quelle mesure la deuxième phase du projet s'inscrit-elle dans les objectifs de la nouvelle stratégie du FM ? (Optimisation de l'impact des actions menées contre le VIH/tuberculose/paludisme, mise en place des systèmes résistants et pérennes pour la santé, promotion et protection des droits de l'Homme et l'égalité de genre, mobilisation de ressources accrues)

En quoi le projet est-il notamment complémentaire du Fonds mondial ?

Permet-il de renforcer l'efficacité, l'efficience et/ou la qualité de certaines interventions financées par le Fonds mondial dans les pays ?

Les activités du projet sont-elles en cohérence avec la stratégie du FM ?

En quoi a-t-il été complémentaire d'autres interventions existantes financées par ailleurs par le FM ? Vient-il combler des manques concernant des interventions insuffisamment ciblées par les subventions du FM en cours ou à venir ?

Pourquoi une autre phase du projet est-elle nécessaire ? Outre les actions qui n'ont pas pu être mises en œuvre en raison des multiples défis rencontrés lors de la première étape, quelles sont les innovations de la deuxième phase et comment contribueront-elles à améliorer les résultats du projet ?

Comment décrivez-vous l'interaction entre la communauté des PVVIH/populations clés et les systèmes de santé formels dans les pays ciblés par la deuxième phase du projet ?

Dans quelle mesure l'interaction entre la communauté et les systèmes de santé formels améliore-t-elle les soins qualité des PVVIH et des populations clés ?

Pourriez-vous évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des acteurs communautaires et des systèmes de santé formels en termes de soins des PVVIH et des populations clés, et comment le nouveau projet contribuera-t-il à renforcer leurs connaissances ?

Quelles actions sont encore nécessaires pour disposer de données complètes et actualisées permettant une évaluation précise de l'accessibilité, de la disponibilité, de la qualité et de l'acceptabilité des Services VIH/SIDA ? Quelles sont les innovations/ nouveautés du nouveau projet en termes de collecte de données ?

De quelles leçons tirées de ce premier projet bénéficiera la deuxième phase ?

Quelles recommandations peuvent être faites pour le développement d'une deuxième phase de ce projet ?

Questions adressées à ITPC-MENA

Une demande de financement pour une autre partie du projet a été adressée au bailleur de fonds. A votre avis, avez-vous les capacités et les compétences nécessaires pour mener une deuxième phase du projet ?

Qu'en est-il des failles (organisationnelles et structurelles) qui sont apparues au cours du projet actuel et / ou identifiées au cours du diagnostic mené ?

Qu'en est-il de la mise en œuvre des actions développées dans le cadre du plan stratégique et visant à améliorer vos capacités et compétences ainsi que renforcer votre position de leader régional ?

Dans quelle mesure l'approche genre est-elle renforcée dans la nouvelle phase du projet ? Désagrégation des indicateurs par sexe, intégration des activités pour les femmes et les minorités sexuelles, etc.

Vous avez reçu deux recommandations relatives au budget soumis (réduction du budget RH/coordination et redistribution du budget par pays). Dans quelle mesure ces recommandations sont-elles pertinentes et les prendrez-vous en considération avant de soumettre votre nouveau budget ?

5.2. ANNEXE 2 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

Nom du dossier	Nom du sous-dossier	Nom du document
Convention de Subvention		Guide renforcement compétences VF-mise en page.pdf
		Initiative-5-Capitalisation-Observatoires-fiches.pdf
		Observatoires-communautaires-en-santé-capitalisation.pdf
		Rapport atelier régional méthodologie observatoires.pdf
		Rapport évaluation transversale RSC_OBS.pdf
	1. Convention - Phase 1	TDR AP-2017-RSS.doc
		Convention de subvention 17SANIN206_signée SS+EF.pdf
		Convention de subvention 17SANIN206_signée SS+EF_sans annexes.pdf
		Annexe I_Plan d'action.docx
		Annexe II Budget Phase 1.xlsx
	2.Avenant 1	Annexe III Modèle de Rapport Semestriel.doc
		Annexe IIIa_Modèle Rapport Financier.xls
		Annexe III Modèle RF simplifié au 31 JANVIER.xls
		Annexe IIIc_Cadre logique.xls
		Annexe IV_CV.pdf
		Annexe Fiche d'identification financière.pdf
		Annexe VI Chronogramme des activités – Phase 1.xls
		Annexe VII Tableau synthétique des partenariats.xlsx
		Annexe VIII Calendrier des rapports narratifs, financiers, audit et évaluation.docx
		Annexe IX Charte graphique.pdf
		Annexe X_Fiche de valorisation annuelle.docx
		Annexe XI Fiche Succès et Résultats.pptx
		Annexe XII Lettre demande de préfinancement.docx
		Avenant1_17SANIN206_signé SolSida+EF.pdf
		Annexe I Plan d'action Avenant VF.docx
		Annexe II Budget Avenant VF.xlsx
		Annexe III Monitoring Tool Avenant VF.xlsx
		Annexe VI Chronogramme Avenant VF.xls
		Annexe VIII Calendrier des rapports narratifs, financiers, audit et évaluation Avenant VF.docx
	3.Avenant 2	Évaluation Avenant amendé_VF.pdf
		Avenant_2 Évaluation Solidarité Sida+EF.pdf
	4.Avenant 3	Annexe Monitoring tool_17SANIN206_DEVERROUILLE_09.03.2020VF.xlsx
		AVENANT n3 -17SANIN206_VF.pdf
		BT Avenant programmatique 17SANIN206.xlsx
		FORSS_Budget révisé_09.03.2020VF.pdf
		FORSS_Chronogramme révisé_09.03.2020VF.pdf
	5.Avenant 4	FORSS_Plan d'action révisé_09.03.2020VF.pdf
		Avenant 4 17SANIN206.pdf
		~FORSS_Budget révisé_15.06.20.xlsx
		~FORSS_Plan d'action révisé_15.06.20.docx
		Annexe VIII Calendrier des rapports narratifs, financiers, audit et évaluation_Avenant4 VF.docx
		FORSS_Budget révisé_15.06.20.xlsx
		FORSS_Chronogramme prévisionnel à jour_ActivitésCOVID19.xlsx
		FORSS_Chronogramme révisé_15.06.20.xlsx
		FORSS_Monitoring tool révisé_15.06.2020.xlsx
		FORSS_Plan d'action révisé_15.06.20.docx
		Avis CRSM-COCAC-PFM demande de top up SolSida.pdf
		Demande de financement additionnels_COVID19_Solidarité Sida_17SANIN206_....xlsx

		Demande de financement addtionnel_Covid1 9_ Solidarité Sida_17SANIN206+....docx
	6. Avenant 5	Avenant_5_17SANIN206_signé VF.pdf
		ANNEXE I_Plan d'action_VF.docx
		ANNEXE II_Budget VF.xlsx
		ANNEXE IIc_Cadre logique_VF.xlsx
		ANNEXE VI_Chronogramme des activités_VF.xlsx
		Annexe VIII Calendrier des rapports narratifs, financiers, audit et évaluation_VF.docx
Monit oring tool		Annexe B - Monitoring tool_A4S1_EF.xlsx
Rappor t Evalua tion interm édiaire		LED Expertise #1 Rapport Evaluation Intermediaire-Solidarite Sida-FORSS-MENA-VF.pdf
		LED Expertise #2 Resume-Evaluation inter Sida-FORSS-MENA VF.pdf
		LED Expertise #3 Liste des personnes interviewées-Evaluation intermédiaire-Solidarité Sida-FORSS-MENA VF.pdf
		LED Expertise #4 Planning des entretiens-Evaluation intermédiaire-Solidarité Sida-FORSS-MENA VF.pdf
		LED Expertise #5 Matrice questions entretiens-Evaluation intermédiaire-Solidarité Sida-FORSS-MENA VF.xlsx
		LED Expertise #6 Compte rendu Entretiens-Evaluation intermédiaire-Solidarité Sida-FORSS-MENA VF.pdf
Rappor t semest riel 1		Annexe F1_Guide communautaire sur les recommandations internationales (version française).pdf
		Annexe F1_Rapport de mission Mauritanie.pdf
		Annexe F3.1_Rapport formation pédagogique.pdf
		Annexe F3.2_Rapport de suivi-évaluation formations régionales.pdf
		Annexe F4_Guide méthodologique études baseline_Egypte.pdf
		Annexe F4_Note de compréhension formations nationales.pdf
		Annexe F5_Presentation des observatoires communautaires.pdf
		Annexe F6_Protocole pour les observatoires communautaires_Tunisie.pdf
		Annexe F7_Plan d'action adapté M-Coalition.pdf
		Annexe G_TDR Comité opérationnel.pdf
		RS S1A1_17SANIN206.pdf
	Annexe F2_Rapport s d'état des lieux nationaux	Rapport Égypte.pdf
		Rapport Liban.pdf
		Rapport Maroc.pdf
		Rapport Mauritanie.pdf
		Rapport Tunisie.pdf
	Annexe F4.1_Rappo rts des formations nationales	Rapport formation nationale UDI_Tunisie.pdf
		Rapport formation nationale TS_Maroc.pdf
		Rapport formation nationale TS_Egypte.pdf
		Rapport formation nationale HSH_Mauritanie.pdf
	Annexe F4.2_Rappo rts de suivi- évaluation formations nationales	Rapport suivi évaluation F3 (typeF4)_Maroc_oct19.pdf
		Rapport suivi évaluation F4 Egypte_nov19.pdf
		Rapport suivi évaluation F4 Tunisie_nov19.pdf
		Rapport suivi évaluation F4_Mauritanie_oct19.pdf
	Annexe F7_Questio nnaires plaidoyer	Questionnaire plaidoyer_AGD.pdf
		Questionnaire plaidoyer_AIShehab.pdf
		Questionnaire plaidoyer_ATP+.pdf
		Questionnaire plaidoyer_ITPC-MENA.pdf
		Questionnaire plaidoyer_MCoalition.pdf
		Questionnaire plaidoyer_RDR-Maroc.pdf
Rappor t semest riel 2		Annexe F2_Guide synthétique recommandations OMS-Personnes transgenres.pdf
		Annexe F6.1_CR Atelier de lancement.pdf
		Annexe F6_TDR atelier lancement diag ITPC-MENA.pdf
		Annexe F7.1_Rapport mission Mauritanie.pdf

		Annexe F8_TDR Mission suivi Al Shehab.pdf
		Annexe F9_TDR Comité de pilotage.pdf
		FORSS - RAPPORT NARRATIF A1S2 FORSS 26.07.19.pdf
	Annexe F1_Études Baseline	Rapport Égypte.pdf
		Rapport Maroc.pdf
		Rapport Mauritanie.pdf
		Rapport Tunisie.pdf
Rapport semestriel 3		FORSS_Rapport narratif_A2S1.pdf
Rapport semestriel 4		Annexe F1_Rapport régional compilant les études Baseline - version française.pdf
		Annexe F2_Bilan des formations en cascade.pdf
		Annexe F3_Rapport de l'atelier régional sur la méthodologie des observatoires.pdf
		Annexe F4.1_Observatoires_Questionnaire volet A.pdf
		Annexe F4.2_Observatoires_Questionnaire volet B.pdf
		Annexe F5_Guide des collecteurs - exemple du Maroc.pdf
		Annexe F6_Guide. De mise en œuvre des observatoires communautaires - exemple du Maroc.pdf
		Annexe F7_Guide de préparation à la formation des collecteurs - Tunisie.pdf
		Annexe F9_Tableau des changements visés ITPC-MENA.xlsx
		Annexe F10_CR mission de suivi ITPC-MENA.pdf
		Annexe F11_CR mission de suivi ATP+.pdf
		Annexe I_Note - Demande de financements additionnels COVID19.pdf
		Annexe J_Tableau de suivi des recommandations de l'évaluation externe.xlsx
		FORSS_Rapport narratif_A2S2-vfCLEAN.docx
Rapport semestriel 5		Annexe E2_Présentation webinaire plaidoyer-module6.pdf
		Annexe E3_Plan d'accompagnement ITPC-MENA.xlsx
		Annexe E5_Récapitulatif Récapitulatif de l'appui aux bénéficiaires réponse COVID19.pdf
		Annexe F_Tableau de suivi des recommandations de l'évaluation externe.xlsx
		FORSS_Rapport narratif_A3S1_màjmars21.DOCX
Rapport semestriel 6		Annexe E2 - Compte-rendu des discussions sur le protocole de l'observatoire communautaire égyptien.pdf
		Annexe E4 - Rapport de formation des collecteurs Égypte.pdf
		Annexe E5 - Rapport de formation des collecteurs Mauritanie.pdf
		Annexe E7 - Synthèse des principaux objectifs définis et actions de plaidoyer prévues dans les 5 pays.pdf
		Annexe E9 - Plan de contingence ATP+.pdf
		Annexe E10 - Plan de contingence AGD.pdf
		Annexe F_Tableau de suivi des recommandations de l'évaluation externe.xlsx
		Annexe F_Tableau de suivi des recommandations de l'évaluation externe.xlsx
		FORSS_Rapport narratif_A3S2.docx
Rapport semestriel 7		Annexe D1 - Rapport de formation des collecteurs_Maroc.pdf
		Annexe D2 - Rapport national de l'observatoire mauritanien.pdf
		Annexe D3 - Agenda de l'atelier de formation à destination des journalistes.pdf
		Annexe D4 - Plan stratégique ITPC-MENA 2022-2026.pdf
		Annexe D6 - CR mission de suivi ATP+.pdf
		Annexe D7_Plan de contingence Al Shehab.pdf
		Annexe E_Tableau de suivi des recommandations de l'évaluation externe.xlsx
		FORSS_Rapport narratif_A4S1.docx
Autres Documents revus / fournis par les participants	Solidarité Sida	1. Lettre d'intention AP-Init-2022-01_SS (1)
		1. Formulaire AP-Init-2022-01_SS
	NESS-Tunisie	TERMES-DE-REFERENC_Plaider_NESS
	ATP+	PPT-Table ronde
	Al-Shehab	FORSS report_observatory
		FORSS_Semi-annual report_Al Shehab_Y3S2_AM version
		FORSS_Semi-annual report_Al Shehab_Y4S1
		PLHIV analysis_Q1

		KPs Analysis_Q1
		PPT
		DC_Data Collectors training scenario_Egypt_F_Appendix 2
		DC_Agenda_Appendix 1
		Lawsuits Summary
		Legal Awareness sessions_Report
	SIDC	REAct_Presentation_SIDC
		Mapping of discriminatory articles_SIDC
		Lebanon's Experience_REAct_Notes
		REACTReport-Final Draft
		Expertise France_Activities
		Mapping of Social Barriers_SIDC
		Mapping of legal barriers_SIDC

5.3. ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Qualité
MAROC
Collecteurs
Collecteurs Marrakech (ALCS)
Collectrices Rabat (RdR Rabat)
Collecteur Tanger (AHSUD)
Organisations partenaires
Coordinatrice de la plateforme régionale du Fonds mondial
Directrice section ALCS Marrakech
Chargée de suivi-évaluation OPALS Rabat
Coordinateur national RdR Maroc
Assistante projet FORSS
Coordinateur régional branche du Nord AMPF (Tanger)
Coordinateur clinique sexuelle et reproductive/ALCS section Tanger
Autorités, CCM, programmes nationaux
Chargée du secrétariat permanent du CCM
Chef du service des IST/SIDA et responsable du programme national de lutte contre les hépatites virales
Chargée de suivi-évaluation service IST/SIDA
MAURITANIE
Collecteurs
Collecteurs Nouakchott (AGD/SOS PE)
Collecteurs Nouadhibou
Collecteurs Rosso
Organisations partenaires
Président AGD
Coordinateur AGD & chef de projet FORSS
Chargée de plaidoyer et communication AGD
Assistante projet FORSS et responsable centre de santé AGD
Comptable AGD
Assistant infographie

Qualité
Président et coordinateur SOS PE
Responsable centre de santé SOS PE
Représentant AMAMI
Président SOS Santé
Trésorier général REMAP+
Autorités, CCM, programmes nationaux
Directeur des maladies infectieuses et transmissibles & coordinateur adjoint du PNLS
Directeur pays ONUSIDA
Secrétaire permanent CCM
Autres
Journaliste Chinguiti TV
Militante de droits des femmes
Journaliste ALAKHBAR
Journaliste radio Mauritanie
Journaliste/reporter à Initiatives
TUNISIE
Collecteurs
Collecteur au centre de conseil et de dépistage anonymes et gratuits (CCDAG) du VIG de Bab Saadoun
Superviseur à Sousse
Collecteur à Sousse
Superviseur à Sfax
Collecteur à Sfax
Superviseur à Monastir
Collecteur à Monastir
Organisations partenaires
Directrice ATP+ / Cheffe de projet FORSS
Assistante de projet et comptable à ATP+
Autorités, CCM, programmes nationaux
ONUSIDA

Qualité
Coordinateur du Programme National de lutte contre le SIDA, Tuberculose et paludisme (PNLS).
Directeur exécutif du CCM – Instance de Coordination Nationale des subventions du FM
Coordinatrice du programme du FM/ ATLSR
Coordinateur de Unité de Gestion du Fonds Mondial -Office national du planning familial et de la population
Attachée de Coopération Technique pour la société civile – Institut Français
Gestionnaire de Portefeuille pour la Tunisie et le Senior Program Officer dans l'équipe MENA – Le Fonds mondial
Autres
UDI – siège ATP+
Présidente d'ATIOST
Psychologue à ATL Tunis
EGYPTE
Collecteurs
Collecteurs Alexandrie
Collecteurs Caire
Organisations partenaires
Membre du conseil d'administration d'Al Shehab
Chef de projet FORSS
Responsable du plaidoyer du projet FORSS
Directeur exécutif du projet de L'Initiative « a partnership model to strengthen access and utilization of vulnerable populations and PLHIV to quality prevention and treatment services”
Autorités, programmes nationaux
Directeur exécutif du Programme national pour la lutte contre le VIH/SIDA (NAP)
Directeur pays d'ONUSIDA
Autres

Qualité
Pharmacienne cheffe à l'hôpital des maladies infectieuses d'Alexandrie (Fever Hospital) – unité de prise en charge des PVVIH
LIBAN
Organisations partenaires
Chef de projet à AFE MENA
Directrice exécutive de SKOUN Lebanese Addiction Center
Directrice exécutive de SIDC /" Society for Inclusion and Development in Communities and Care for All"
Chef de projet FORSS AFE MENA 2018-2020 « Youth & Community Leadership Officer", UNAIDS, Regional Support Team for the Middle East and North Africa (RST-MENA)
Président de MARSА-Sexual Health Center
Autorités, programmes nationaux
Directeur du National AIDS program
National professional officer à l'OMS
ITPC
Responsable de la communication et des partenariats ITPC-MENA
Chargé de plaidoyer
Directeur des programmes ITPC-MENA
Solidarité SIDA
Directeur des programmes
Cheffe de projet FORSS
Adjointe à la Direction des Programmes
Autres
Lead Programme et Senior Advisor pour le suivi et évaluation, PMU/Global Fund Multi-Country Grant in the MENA Region, de Frontline AIDS
Chargée de projets, Département Santé / L'Initiative, Expertise France

5.4. ANNEXE 4 : MISE EN PERSPECTIVE DES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L'EFFICACITE DE L'OS1 AVEC LES ELEMENTS CLES DU GUIDE DE RECOMMANDATIONS POUR L'ELABORATION D'UN VOLET DE RENFORCEMENT DE COMPETENCES DANS UN PROJET

- ❖ **L'analyse des besoins** : les études « Baseline » ont clairement permis de mieux identifier les besoins en formations/renforcement des capacités des parties prenantes (cf. formations régionales thématiques sur les PC, formations nationales sur les standards internationaux). De manière générale, les formations dispensées dans le cadre du R1 répondent pleinement à des besoins concrets pour mieux faire face aux lacunes constatées en termes de connaissances sur le dépistage et sur la qualité de prise en charge des PVVIH/PC. Par ailleurs, ces formations trouvent toute leur légitimité en amont de la mise en place d'un dispositif d'observatoire communautaire d'accès aux soins et services de santé.
- ❖ **La conception et mise en œuvre du plan de formation** : même s'il n'y a pas eu de plan de formation comme tel, les diverses formations étaient planifiées et pour chaque formation il était précisé les compétences visées, le public cible (profil, nombre), la durée, les différentes modalités, le profil des intervenants. Les projets de formation ont été conçus selon l'approche par compétences basée sur une pédagogie active qui place l'apprenant au centre de la démarche de formation et le reconnaît comme premier acteur responsable de ses apprentissages. Rappelons aussi l'approche participative au niveau de la conception des formations régionales thématiques (voir supra).
- ❖ **Le suivi et évaluation** : si l'on se réfère au modèle de Kirkpatrick⁵⁴, voici ce qui ressort :
 - Niveau 1/satisfaction des participants : voir les retours des participants suite aux formations (voir supra)
 - Niveau 2/acquis de la formation : voir les pré et post-test au niveau de chaque atelier de formation nationale
 - Niveau 3/transfert en situation de travail & niveau 4/impact sur les performances de l'organisation : devrait permettre de mesurer l'effet de la formation sur les changements de pratiques. Voir surtout ici les missions de suivi-évaluation qui ont permis d'apprécier l'appropriation technique pédagogique par les formateurs et les contenus par les participants. Mais le suivi-évaluation ne s'est pas opéré au-delà (apprécier les changements de pratiques au niveau des bénéficiaires de formations nationales)

⁵⁴ Modèle d'analyse et d'évaluation qui a vu le jour grâce au professeur Donald Kirkpatrick.

5.5. ANNEXE 5 : ANALYSE BUDGETAIRE

Tableau 2. Budget prévu détaillé

	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 3	Semestre 4	Semestre 5	Semestre 6	Semestre 7
Salaires et charges	71089	119512	128175	139371	123818	140586	137091
Coûts de coordination	39758	31786	23408	20800	7850	7250	7670
Activités	198187	430525.88	444908	322245	328618.5	198312.5	205945.9
OS1	192207	279738	230098	64492	11675	10475	-
OS2	-	142655	163146	181590	146577.5	83837.5	88814.5
OS3	-	0	34684	61183	11614	1000	51781.4
OS4	5980	8132.88	16980	14980	10000	11250	19500
OS5	-	-	-	-	148752	91750	45850
Evaluation intermédiaire	-	-	19396.91	19397	-	-	-
Imprévus	12361	23629.5	25012.94	10512	9579.68	9579.68	0
Frais administratifs	22498	42381.75	44863.06	35863	32890.63	24900.97	24549.48
Total budget prévisionnel	343893	647835.12	685763.91	548187	502756.81	380629.15	375256.38
Montant total de la subvention	1878234.19	1878234.19	1878234.19	2107520.21	2107520.21	2107520.21	2107520.21
Budget total réalisé	120495.91	172658.87	283509.41	227988.05	221361.58	196679.6	199696.53

Figure 1. Distribution des dépenses prévues

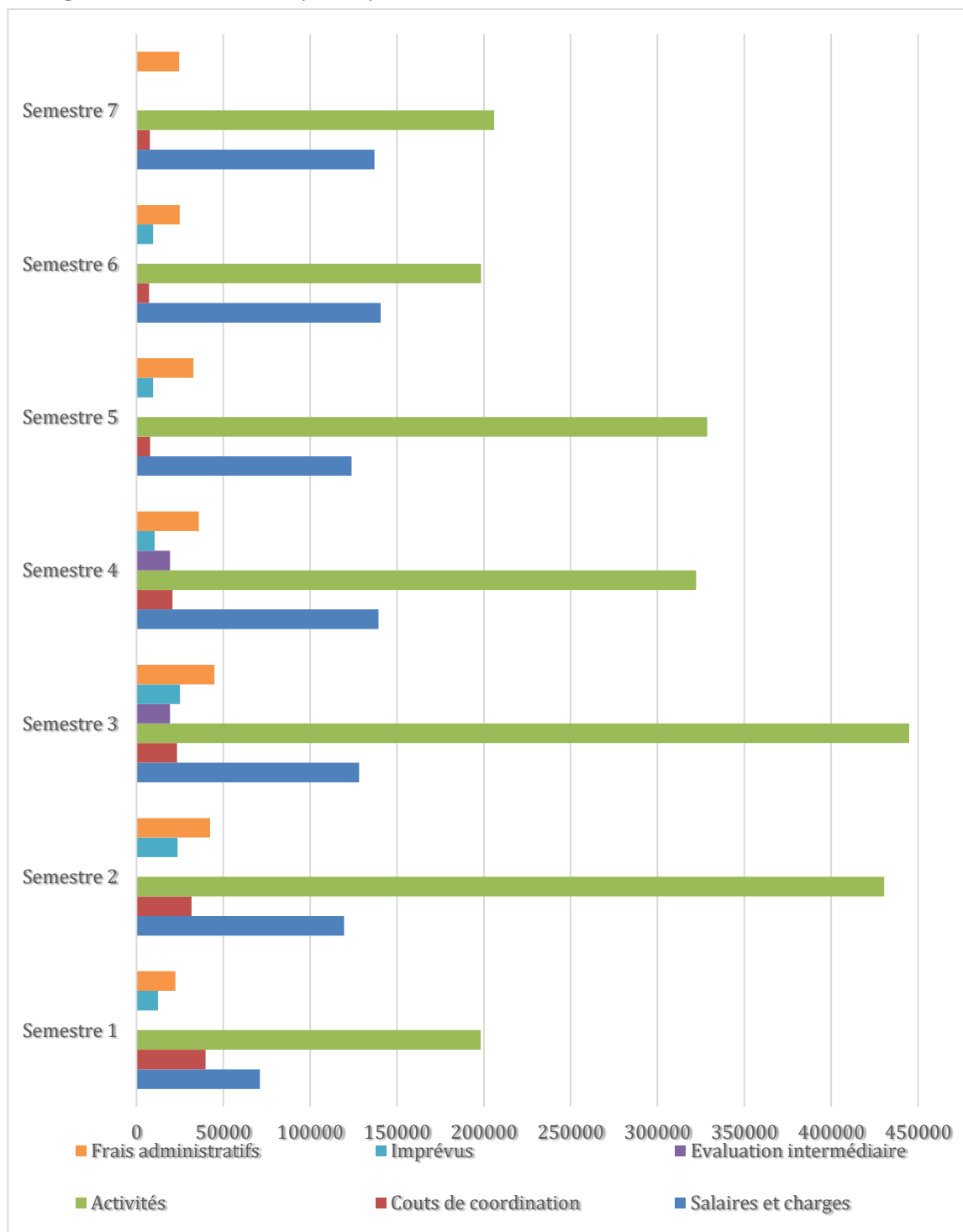


Figure 2. Dépenses prévues et dépenses réelles

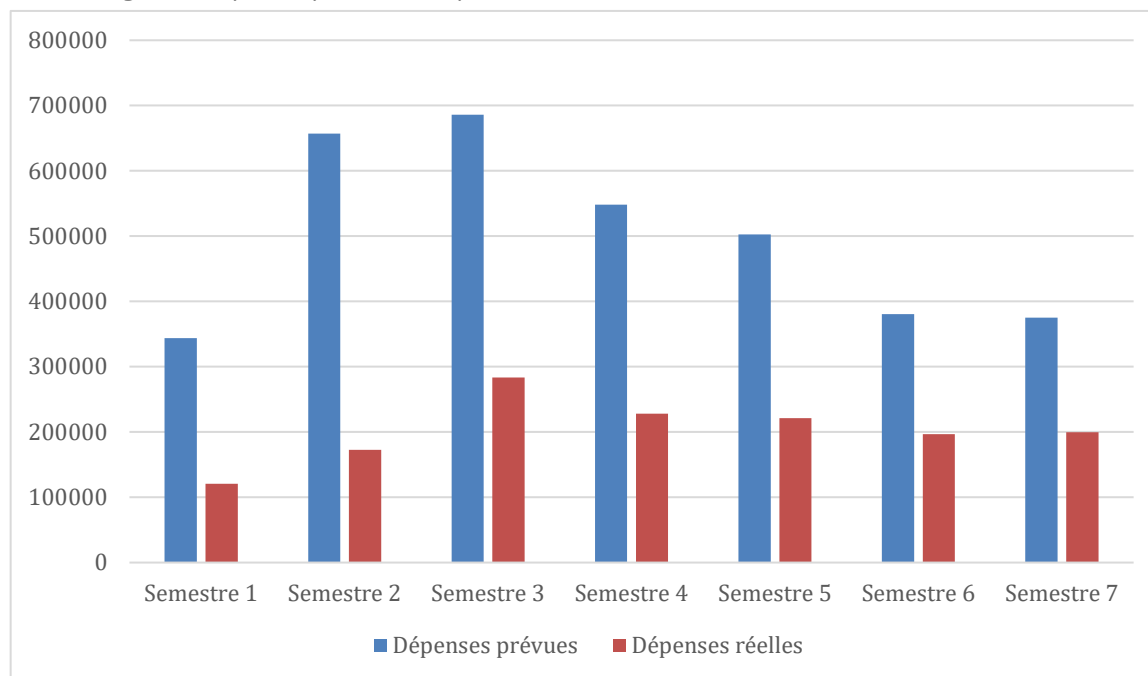


Tableau 3. Facteurs expliquant la sous-consommation par semestre

	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 3	Semestre 4	Semestre 5	Semestre 6	Semestre 7
Ressources humaines	1. Embauche du chef de projet ITPC-MENA retardée 2.Embauche des équipes de ATP+ en novembre du fait du délai de réception des fonds		1.Du fait de l'obtention d'un autre financement par ITPC-MENA, le salaire du chargé de plaidoyer de l'association n'a pas été consommé sur la période 2.Les différences de temporalités dans le recrutement des chargé-e-s de plaidoyer des associations partenaires.	1. Le gel des recrutements pendant la période de suspension partielle a engendré une consommation nulle du salaire du-de la chargé-e de plaidoyer d'ATP+. 2. Le report des collectes de données a également reporté de fait le recrutement du-de la Chargé-e de suivi-évaluation régional.	1.Le gel des recrutements pendant la période de suspension partielle a engendré une consommation nulle du salaire du-de la chargé-e de plaidoyer d'ATP+. 2.Le report des collectes de données a également reporté de fait le recrutement du-de la Chargé-e de suivi-évaluation régional.	1.Les vacances de certains postes pendant quelques mois (Chargé-e de plaidoyer chez ATP+ et Assistant-e projet chez M-Coalition) ont engendré une sous-consommation au niveau des lignes budgétaires dédiées. 2.Le non-recrutement du-de la chargé-e de suivi-évaluation régional.	La rubrique budgétaire des ressources humaines constitue également un facteur de sous-consommation, avec notamment des vacances de certains postes pendant quelques mois (Chargé-e de plaidoyer chez ATP+ et Assistant-e projet chez M-Coalition).

	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 3	Semestre 4	Semestre 5	Semestre 6	Semestre 7
Activités	1. Les consultants des études Baseline sont majoritairement payés à la réception du rapport, les paiements n'ont donc pas été effectués sur la Phase 1. 2. La consultante en charge de la simplification des recommandations OMS sera payée à réception des livrables. 3. La formation de formateurs n'a pas pu avoir lieu au cours de la Phase 1 en raison du retard de mise en œuvre.	1. La personne en charge du graphisme des guides synthétiques des recommandations OMS ne sera payée qu'à la réception des livrables. 2. Les formations de formateurs n'ont pas pu avoir lieu au cours du semestre. 3. De même, l'enveloppe dédiée à l'organisation des formations de leaders n'a pas été consommée sur ce semestre. 4. La nécessité de relancer l'appel à candidatures pour le recrutement d'un-e consultant-e pour l'élaboration de la méthodologie des observatoires communautaires a de fait retardé la mise en paiement pour cette activité. 5. Du fait de l'obtention d'un autre financement par ITPC-MENA, seulement 2 mois de salaire de la chargée de plaidoyer de l'association ont été imputés sur la période.	1 L'étude sur les personnes transgenres a été supprimée. 2. Des économies ont été faites sur les formations de formateurs au niveau régional, notamment au Liban. 3. L'élaboration et la validation de la méthodologie de collecte des observatoires communautaires a demandé un temps non négligeable pour le Consultant, Solidarité Sida et les partenaires. La consultance n'est donc pas clôturée à la fin de la période concernée par le présent rapport. De même, la formation des associations partenaires à la méthodologie de collecte de données a été fixée au mois de janvier 2020 : les frais inhérents à cette activité n'ont donc pas été engagés.	La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 : le Programme a été mis en suspension partielle, figeant de fait un certain nombre de dépenses. 1. L'impossibilité de mener l'étude régionale sur l'accès aux services VIH pour les personnes migrantes et réfugiées explique une sous-consommation de la rubrique budgétaire dédiée. 2. La formation des collecteur-riche-s et la première collecte de données n'ont pu avoir lieu sur la période. 3. L'impossibilité de mener la formation au plaidoyer à destination des associations partenaires en Égypte début mars.	La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 : le Programme a été mis en suspension partielle, figeant de fait un certain nombre de dépenses. 1. L'impossibilité de mener l'étude régionale sur l'accès aux services VIH pour les personnes migrantes et réfugiées explique une sous-consommation de la rubrique budgétaire dédiée. 2. La formation des collecteur-riche-s et la première collecte de données n'ont pu avoir lieu sur la période.	Le projet n'a pas pu reprendre au rythme espéré dans tous les pays. 1. L'impossibilité de mener l'étude régionale sur l'accès aux services VIH pour les personnes migrantes et réfugiées explique une sous-consommation de la rubrique budgétaire dédiée. 2. La formation des collecteur-riche-s et la première collecte de données n'ont eu lieu qu'en Égypte, Mauritanie et Tunisie sur la période. 3. Les dépenses liées à l'élaboration des plans de contingence et de l'étude sur l'impact de la COVID-19 sur l'accès aux services, n'ont pu être consommées dans leur totalité.	Le projet n'a pas pu reprendre au rythme espéré dans tous les pays. 1. Du fait du démarrage tardif de la collecte au Maroc, ainsi que du non-déploiement de l'observatoire au Liban, les frais inhérents à certaines activités liées au observatoires prévues sur ce semestre sont donc moindres ou n'ont pas été engagés. 2. La prise en charge des frais liés à l'organisation de la formation des journalistes par ITPC-MENA (via un autre bailleur) explique la non-consommation de cette ligne sur le budget FORSS.

	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 3	Semestre 4	Semestre 5	Semestre 6	Semestre 7
					3.Au vu de la situation sanitaire en France et dans les pays de mise en œuvre du Programme FORSS depuis septembre, les activités liées au top-up ont pris un peu de retard (plans de contingence et étude sur l'impact du COVID-19 sur l'accès aux services notamment)		3.La participation à la conférence AFRAMED ayant été moins importante (en nombre de personnes et en dispositif) que prévu, une sous-consommation de cette ligne est à noter. 4. Les dépenses liées à l'élaboration des plans de contingence et de l'étude sur l'impact de la COVID-19 sur l'accès aux services, n'ont pu être consommées dans leur totalité.
Imprévus	1.En accord avec Initiative 5%, les dépenses relatives à la mission Mauritanie et à Solidays 2018 ont été engagées avant la date d'éligibilité du 1er juin 2018			1.Un certain nombre de postes budgétaires ont été réaffectés à une réponse d'urgence à la COVID-19, permettant aux associations partenaires d'assurer le continuum de leurs services auprès de leurs bénéficiaires les plus vulnérables notamment.			

Figure 3. Répartition par association du budget initial du projet

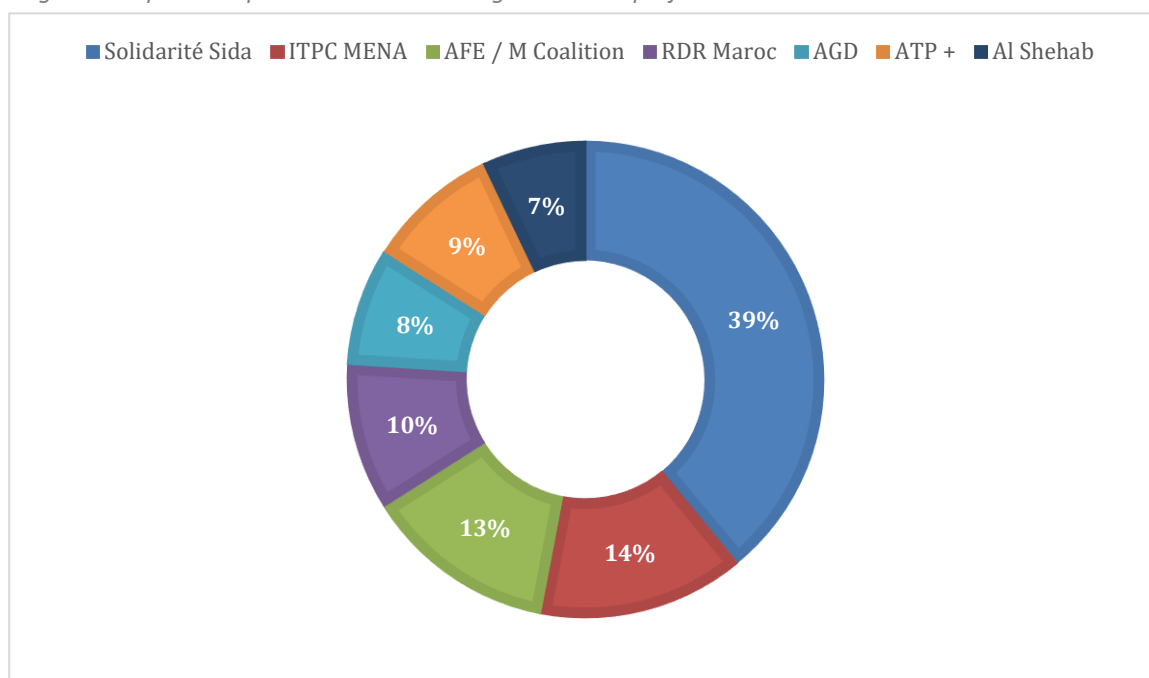
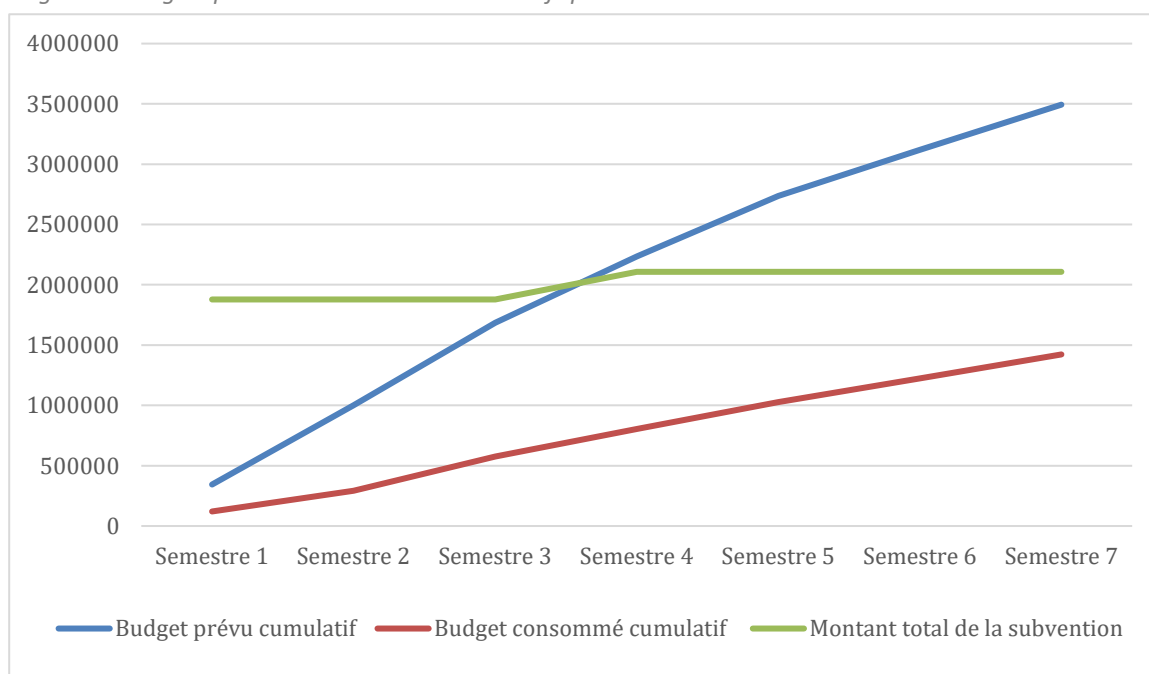


Figure 4. Budgets prévus et consommés cumulatifs par semestre



5.6. ANNEXE 6 : PHOTOS MISSION



Entretien avec les associations communautaires (RdR Maroc et AMPF) à Tanger



Réunion avec ATP+ et autres organisations partenaires ATIOST, ATL.Tunis et ATL SR à Tunis



Visite du centre communautaire ALCS à Marrakech



Visite du centre communautaire de l'AGD à Nouakchott



Visite de l'unité de santé de l'association SOS Pairs éducateurs à Nouakchott



Focus group avec des collecteurs en Alexandrie



Focus group avec des collecteurs au Caire