



-----  
**SECRETARIAT PERMANENT**  
-----

**COMPTE RENDU DE LA REUNION DU COMITE DE SUIVI STRATEGIQUE**

*Libreville, le 23 mars 2017*

Conformément à la décision de l'Assemblée Générale du CCM qui avait renvoyé le Bénéficiaire Principal vers le Comité de Suivi Stratégique (CSS) pour une meilleure préparation du Rapport de progrès (PUDR) de la mise en œuvre du Projet TB au cours de l'année 2016, il s'est tenu le jeudi 23 mars 2017, une réunion du Comité de Suivi Stratégique. Au cours de cette rencontre, les membres dudit comité ont pu procéder à un examen approfondi des résultats du Dashboard de la subvention et une harmonisation des données à implémenter au PUDR pour une meilleure lecture de la performance du projet.

**I. ANALYSE DU DASHBOARD DE LA SUBVENTION TUBERCULOSE.**

Le Président du CCM, **le Pasteur Gaspard OBIANG** a remercié l'ensemble des parties prenantes pour avoir répondu à cette invitation. Puis, il a expliqué qu'en dépit du fait que l'AG avait recommandé de procéder particulièrement à la revue du PUDR, le CSS s'était également engagé à faire une analyse des résultats du Dashboard. Et ce, afin d'en faire une lecture la plus proche possible de la réalité de la mise en œuvre. Puis, il a cédé la parole au Secrétaire Permanent, dont la tâche avait consisté à effectuer le remplissage du Dashboard sur la base d'informations transmises par l'UCP et le Sous Bénéficiaire (SB) PNLT, dans le but de garantir un cadre d'analyse optimal pour la formulation des recommandations.

La méthodologie adoptée pour l'analyse du Dashboard a consisté à faire la vérification des données, l'analyse des résultats programmatiques, financiers et de gestion et la révision des commentaires propres à chaque indicateur. Et enfin, formuler les recommandations à adresser au CCM.

**1- Harmonisation des données du Dashboard**

**- Vérification des données programmatiques.**

Les six (6) indicateurs programmatiques issus du cadre de performance simplifié envoyé par le Fonds Mondial ont été passés en revue afin de vérifier l'exactitude des données renseignées.

Le libellé de chacun des indicateurs a été jugé conforme, les modifications sont intervenues au niveau des cibles et des réalisations. Les données finales contenu dans le tableau ci après ont été fournies par le PNLT et par l'UCP.

Noms des indicateurs	Code de l'indicateur	cibles	réalisés
Nombre de cas notifiés toutes formes de tuberculose : bactériologiquement confirmés + diagnostiqués cliniquement (nouveau cas et récidives)	DOTS 1a	6225	5563
Taux de cas de Tuberculose (toutes formes) bactériologiquement confirmés et diagnostiqué, traité avec succès (guéri et ayant complétés le traitement) parmi les cas enregistrés pendant une période spécifique	DOTS 2a	70	72
Nombre de cas notifiés de tuberculose pharmacorésistante bactériologiquement confirmés (tuberculose résistante à la rifampicine et/ou Tuberculose multirésistante)	MDT-TB-2	41	30
Nombre de cas notifiés de tuberculose pharmacorésistante (tuberculose résistante à la rifampicine et/ou Tuberculose multirésistante) qui ont commencé le traitement de deuxième intention	MDR-TB-3	41	13
Pourcentage de patients tuberculeux séropositifs au VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale pendant le traitement antituberculeux	TB-VIH-2	80	52
Pourcentage de cas notifiés de tuberculose (toutes formes) résultant de la contribution des prestataires externes au PNLT référés par la communauté	DOTS-7c	10	0
Pourcentage de nouveau cas et récidives notifiés et mis sous traitement parmi le nombre estimé d'incidence de cas de TB pendant la même année (toutes formes de TB bactériologiquement confirmés et diagnostiqués cliniquement)	TBO-5	76	68

Au terme de cette harmonisation des données, le Secrétaire Permanent a tenu à préciser que le Comité de Suivi Stratégique ne disposant d'aucun levier pour vérifier l'exactitude des informations communiquées, il revient au Bénéficiaire principal et à ses Sous bénéficiaires de le faire. Aussi, a-t-il indiqué que l'Agent Local du Fonds (LFA) aura la responsabilité de s'enquérir de la réalité des chiffres. En outre, il a relevé l'absence dans le rapport du BP, de l'indicateurs TBO-4 qui renvoie au taux de succès thérapeutique et l'indicateur TBO-5 relatif au pourcentage de nouveaux cas et récidives notifiés et mis sous traitement parmi le nombre estimé d'incidence de cas de TB pendant la même année (toutes formes de TB bactériologiquement confirmés et diagnostiqués cliniquement).

En réponse à cette préoccupation, Mme IBINGA a fait observer que les informations relatives à l'indicateur d'impact TBO-4 ne seront disponibles qu'en février 2018, date de publication du rapport mondial de l'OMS.

Abordant dans le même sens, le Dr Rodrigue NZE EYO'O de l'ONUSIDA, a estimé peut pertinent d'inclure certain indicateurs d'impact compte tenu de ce que le Rapport de progrès de la mise en œuvre doit être produit annuellement.

## **2- Révision des commentaires liés aux indicateurs programmatiques et analyse des résultats.**

Après la vérification des données, le comité a procédé à l'analyse des résultats et à la révision des commentaires liés à chaque indicateur. Cette révision a essentiellement porté sur les commentaires et sur les taux de réalisation qui, figurent dans le tableau ci-après :

Code de l'indicateur	Taux de réalisation	Commentaires
DOTS 1a	89%	Ces résultats auraient pu être améliorés si toutes les structures étaient fonctionnelles. Leur opérationnalisation se fera au cours de la mise en œuvre de la subvention par le renforcement des capacités du personnel, à l'extension de la prise en charge, par l'ouverture des nouveaux CT et CDT et la mise en œuvre du DOT communautaire.
DOTS 2a	84%	Ces résultats auraient pu être améliorés sans les ruptures fréquentes des médicaments et les difficultés d'observance du traitement par les patients.
MDR-TB2	73%	Ce résultat a été obtenu grâce aux activités du CERMEL et du LNSP. Ils auraient pu être améliorés si le LNSP n'avait pas connu de rupture de réactifs et si les activités des pôles Xpert avaient commencé.
MDR-TB-3	32%	Ces 13 cas ont été pris en charge dans le cadre de la recherche opérationnelle menée au niveau du CERMEL. La prise en charge des cas de TB/MR subventionnée par le FM n'a pas encore commencée.
TB/VIH-2	65%	Les ARV ne sont pas disponibles dans les CDT. La plateforme collaboratrice TB/VIH a été mise en place tardivement. Le diagnostic du VIH chez le malade tuberculeux n'est pas encore systématique. En outre les cas de TB/VIH sont sous notifiés.
DOTS-7c	0%	Les activités d'intervention communautaires avaient été conditionnées par l'élaboration d'un certain nombre de documents normatifs (stratégie d'intervention communautaire, guide de prise en charge et autres outils didactiques), ce qui n'a pas permis la mise en œuvre des activités sur le terrain pour alimenter cet indicateur.
TBO-5	89%	La cible n'a pas été atteinte parce que l'augmentation de la notification qui devrait être soutenue par une intensification des activités de dépistage et de diagnostic des cas à travers : a) un renforcement du réseau de laboratoires ; b) l'utilisation de nouvelles technologies de dépistage telles que Xpert MTB/RIF et microscopie LED ; c) le renforcement du système de collecte et de transport des échantillons de crachat ; et d) le dépistage précoce de la tuberculose chez les contacts des TPM+ et contacts TB-MR, les PVVIH, les prisonniers, n'a pas été effective à cause du démarrage tardif de la mise en œuvre de la subvention.

Réagissant, au commentaire relatif à l'indicateur 1, le LFA a souhaité comprendre les raisons pour lesquelles certaines structures sont non fonctionnelles. Puis, ayant estimé qu'aucune action dans le cadre de la présente subvention n'a d'impact sur lesdites structures, il s'est étonné de la formulation de ce commentaire.

A cette préoccupation, le Dr Jocelyn MAHOUMBOU, Directeur du PNLT a répondu en affirmant que dans le cadre du renforcement de capacités du personnel de santé, le projet TB aura nécessairement un impact sur ces structures même-ci les causes de leur non fonctionnalité sont diverses (absence d'équipement et de financement de fonctionnement).

#### - Modification des commentaires relatifs à la tendance des 3 Principaux Indicateurs

Trois principaux indicateurs font l'objet d'une attention particulière aussi bien de la part du Fonds mondial que de la partie nationale. Il s'agit des indicateurs de couverture suivants : DOT 1a- DOT 2a et le MDR-TB2.

Le Président du CCM, a demandé au BP de décliner d'un point de vue systémique les différents facteurs qui pourraient expliquer la tendance des 3 principaux indicateurs. Ceci dans le but de permettre au CSS d'identifier les facteurs bloquant qui contribuent à la contre performance du projet et de formuler des recommandations qui seront examinées par l'AG du CCM.

Dans cette optique, **le Directeur du PNLT**, a indiqué qu'il faudrait une décentralisation de la prise en charge de la lutte contre la TB au niveau des départements sanitaires, de même que l'intégration des activités de prise en charge communautaire de la TB, pour permettre d'atteindre la cible de l'indicateur **DOTS 1a**.

**Le Dr NZE EYO'O** a suggéré de s'en tenir au cadre de la subvention TB, lors du choix des commentaires. Cet avis a également été partagé par **le Dr Bakary OZAVINO, Conseiller à la Primature, Président du comité de suivi stratégique** qui a expliqué que le problème avec une approche systémique est la question de la faisabilité des recommandations. Le risque étant de reporté lors de chaque rencontre les mêmes remarques liées à des facteurs sur lesquels le CCM n'a pas la possibilité d'agir directement.

Pour conclure avec cet indicateur, **le Président du CCM** a affirmé qu'en dépit de la faiblesse de la mise en œuvre liée aux capacités du BP, il est important de porter un regard sur l'environnement systémique de mise en œuvre qui pourrait influencer négativement sur le projet. Par conséquent, il est de la responsabilité du BP d'informer le CCM de l'existence des différents goulots d'étranglement de façon à ce que des actions ciblées et des plaidoyers soient menés.

Pour l'indicateur **DOTS 2a** qui évalue le taux de succès thérapeutique des cas de TB (toutes formes), le Président du CCM a suggéré de faire une analyse au regard des résultats du Plan Stratégique National (PSN). Aussi, le Directeur du PNLT a indiqué qu'il serait pertinent de mentionner que malgré la performance affichée, au niveau national, le taux de succès thérapeutique est toujours estimé à 68%.

L'objectif de succès thérapeutique étant fixé par le PSN à 85%, **le Dr Denise APLOGAN, DGA de la Direction Générale de la Prévention du Sida** s'est étonnée que ce taux national soit bien au-delà de celui retenu par le Fonds Mondial (70%).

En réponse à cette préoccupation, le Président du CCM a justifié cet écart par le fait que le Fonds Mondial ne soit engagé dans le projet TB que pour l'achat des médicaments de 2<sup>ème</sup> ligne.

Il a été mentionné pour l'indicateur **MDR-TB-2** que les résultats auraient été meilleurs si les intrants de laboratoire, les médicaments et les équipements avaient été disponibles.

Au terme de l'analyse des résultats du tableau de bord de la subvention des recommandations ont été faite à l'attention de l'Assemblée Générale du CCM pour le relèvement de la performance de chaque indicateur. Elles seront examinées par les membres du CCM dans le cadre de l'AG Extraordinaire qui se tiendra le vendredi 31 mars 2017. Ces recommandations figurent dans le Dashboard.

#### - **Vérification des données financières.**

Les données financières figurant au Dashboard de la subvention ont été révisées, notamment celles relatives au volet F2 (Indicateurs par objectifs de subvention). La revue des informations du volet F4 a donné lieu à une demande de clarification exprimée par le Président du CCM qui a souhaité savoir si les délais de transmission des documents contractuels avec le Fonds Mondial sont respectés.

En complément d'information, la chargée du Suivi & Évaluation de l'UCP a rappelé la notification du Fonds Mondial concernant le report de la date de transmission du PUDR pour le 05 avril 2017.

**Le Président du CCM** a fait remarquer qu'en dépit du contexte actuel toutes les étapes de validation doivent pouvoir s'intégrer dans une démarche de 45 jours.

Pour cette question des délais de transmission du PUDR, Monsieur Julian ENGONGA, Agent Local du Fonds Mondial (LFA) a indiqué que tous les accords passés avec le FM sont soumis à des avenants applicables. Dans le cas actuel, la lettre du FM demandant la dérogation de l'envoi du PUDR fait foi. Toutefois, cette dérogation ayant été accordée, celle-ci ne s'applique que pour le PUDR de l'année 2016.

- **Vérification des données de gestion.**

L'harmonisation des données de gestion a emmené le Comité de Suivi Stratégique à requérir du BP des indications relatives au nombre de rapports complets reçus à temps des SSB aux SB et des SB au BP. Cette information nécessaire pour la détermination du taux de promptitude des rapports a été longuement débattue. Le PNLT, n'étant pas parvenu à une claire compréhension de la nature des rapports attendus a indiqué avoir produit un (1) rapport semestriel et un (1) rapport annuel de la mise en œuvre.

**Le Dr Rodrigue NZE EYO'O**, représentant l'**ONUSIDA** a tenu à préciser qu'indépendamment du rapport d'activités global, il est communément attendu des SB des rapports trimestriels. Aussi, a-t-il souhaité être édifié des dispositions du manuel de procédures des SB en la matière.

Pour y répondre, **Mme Rachel IBINGA** a informé l'assistance d'une nouvelle disposition imposée par le Fonds Mondial, qui frappe d'invalidité la mise en œuvre d'une activité si le rapport relatif à cette dernière n'est produit dans les 10 jours qui suivent sa réalisation. En cas de non respect de cette mesure l'activité sera de facto déclarée inéligible et nécessitera par conséquent un remboursement. Elle a rappelé que le premier échelon à respecter est la livraison du rapport de l'activité, il n'en demeure pas moins que chaque SB devra produire en son sein un rapport trimestriel qui résume l'ensemble des informations attendues pour le rapport annuel du BP.

**Le Dr Denise APLOGAN, (DGPS)** a pour sa part souligné la nécessité d'informer tous les acteurs de mise en œuvre. Ceci, en vue d'une plus grande appropriation du processus de remontée des données.

Fort de ce qui précède, le Président du CCM a invité l'UCP à dire sur la base des activités réalisées, à quel intervalle de temps le PNLT ou le RENAPS se sont acquittés de la production des rapports post-activités. De plus, il a estimé que l'UCP pourrait aisément renseigner le CSS à ce sujet, eu égard au faible taux de réalisation des activités enregistrées au cours de l'année 2016. Ce qui a emmené le **Coordonateur de l'UCP, M. Gabriel NGOMA** à s'engager à fournir ces informations à compléter dans le Dashboard après la réunion.

Il a été mentionné pour l'indicateur **MDR-TB-2** que les résultats aurait été meilleurs si les intrants de laboratoire, les médicaments et les équipements avaient été disponible.

Au terme de l'analyse des résultats du tableau de bord de la subvention des recommandations ont été faite à l'attention de l'Assemblée Générale du CCM pour le relèvement de la performance de chaque indicateur. Elles seront examinées par les membres du CCM dans le cadre de l'AG Extraordinaire qui se tiendra le vendredi 31 mars 2017.

Indicateurs		Commentaires sommaires	Recommandation
Indicateurs financiers	F1	Sur le budget du P1, 65% ont été décaissés par le FM	
	F2	Objectif 1 : 0,3% du budget exécuté Objectif 2 : 5,35% du budget exécuté Objectif 3 : 6,1% du budget exécuté	Améliorer l'exécution du projet
	F3	Les dépenses réalisées en 2016 sont de 33% du total reçu du Fonds Mondial	Améliorer l'exécution du projet
	F4	Le nombre de jour nécessaire pour soumettre le PUDR au FM était de 95 jours pour l'année 1 à cause d'un report du FM faisant passer la date limite du 14 février au 05 avril 2017	Tenir compte du délai de 45 jours pour la validation et la soumission des demandes de décaissement au FM
Indicateur de gestion	M1	Plusieurs conditions précédentes et actions de gestion restent à satisfaire à savoir : 5 non honorés dans les délais et 7 activités non honorées hors délais.	
	M2	L'ensemble du personnel de l'UCP a été recruté et sont en poste en 2016	Pour l'année 2017, deux postes à l'UCP sont vacants. Recruter et affecter de nouvelles personnes.
	M3	Le PNLT et le RENAPS/AJ ont été retenu comme SB. Les contrats ont été signés le 30 juin par le SG du MSPSSN	Faire signer aux SB les contrats avec les SSB
	M4	Le cadre normatif de la subvention a retenu comme rapport de référence, le rapport de chaque activité. Le nombre de rapport attendu de chaque SB correspond au nombre d'activités de ces SB. (information à compléter par l'UCP)	Communiquer le nombre de rapport attendu et soumis à temps par chaque SB
	M5	En P1, 7% du budget a été couvert par l'achat de médicaments de 2eme ligne	
	M6	Le non respect du délai d'achats de médicaments de 1ere ligne par l'État, a entraîné un épuisement du stock de sécurité	Faire le plaidoyer auprès des plus hautes autorités pour l'achat des médicaments de première ligne
Indicateurs Programmatiques	P1 T	Sur le plan systémique, il faut une décentralisation au niveau des départements sanitaires et l'intégration des activités de PEC, de TB y compris des activités communautaires.	Décentraliser la lutte contre la TB au niveau des départements sanitaires
	P2 T	Malgré la performance affichée, le taux de succès thérapeutique national reste à 68% (Rapport PNLT)	Assurer un approvisionnement régulier des médicaments de 1ere ligne et des intrants de laboratoire par des financements innovants y compris la CNAMGS
	P3 T	Ces résultats auraient été meilleurs si les intrants, les médicaments et les équipements avaient été disponibles.	Assurer un approvisionnement régulier des médicaments de 1ere ligne et des intrants de laboratoire par des financements innovants y compris la CNAMGS
	P1	Ces résultats auraient pu être améliorés si toutes les structures étaient fonctionnelles. Leur opérationnalisation se fera au cours de la mise en œuvre de la subvention par le renforcement des capacités du personnel à l'extension de la prise en charge par l'ouverture des nouveaux CT et CDT et la mise en œuvre du DOT communautaire.	Rendre opérationnelles les structures identifiées de prise en charge de TB
	P2	Ces résultats auraient pu être améliorés sans les ruptures fréquentes des médicaments et les difficultés d'observance du traitement par les patients.	Réviser la cible
	P3	Ce résultat a été obtenu grâce aux activités du CERMEL et du LNSP. Ils auraient pu être améliorés si le LNSP n'avait pas connu de rupture de réactifs et si les activités des pôles Xpert avaient commencé.	Évaluer le pôle Xpert pour la rendre opérationnel et rendre disponible le carnet de bilan de suivi des malades de TB-MR

	P4	Ces 13 cas ont été pris en charge dans le cadre de la recherche opérationnelle menée au niveau du CERMEL. La prise en charge des cas de TB/MR subventionnée par le FM n'a pas encore commencée.	
	P5	Les ARV ne sont pas disponibles dans les CDT. La plateforme collaboratrice TB/VIH a été mise en place tardivement. Le diagnostic du VIH chez le malade tuberculeux n'est pas encore systématique. En outre les cas de TB/VIH sont sous notifiés	Renforcer la collaboration de la plateforme TB/VIH et rendre systématique la recherche de TB chez les patients VIH+
	P6	Les activités d'intervention communautaires avaient été conditionnées par l'élaboration d'un certain nombre de documents normatifs (stratégie d'intervention communautaire, guide de prise en charge et autres outils didactiques), ce qui n'a pas permis la mise en œuvre des activités sur le terrain pour alimenter cet indicateur.	Démarrer les activités communautaires

Au terme de l'examen du tableau de bord, le CSS est une fois de plus revenu sur la nécessité de rendre effectif le recrutement du nouveau responsable du Suivi & évaluation de l'UCP et du comptable de la subvention.

De même, le Secrétaire Permanent a fait observé qu'il n'appartient pas au CCM de s'immiscer dans une affaire qui relève de la seule responsabilité du BP. Mais que toutefois, par égard aux difficultés préjudiciables à la mise en œuvre qui en résulte, celui-ci a le devoir d'exiger du BP une prise de décision apte à sécuriser le projet TB.

## **II. ANALYSE DU RAPPORT DE PROGRES (PUDR) DE LA MISE EN ŒUVRE EN ANNEE 2016.**

L'analyse du PUDR a porté sur 10 indicateurs, dont 4 d'impact et 6 indicateurs de couvertures. Lors de cette présentation un accent particulier a été mis sur les indicateurs de couvertures tirées du cadre de performance simplifié.

Pour chaque indicateur de couverture, les cibles, les résultats et les taux d'accomplissement ont été passés en revue. Toutefois les intervenants se sont longuement appesantis sur l'indicateur **DOTS 2a** dont la compréhension n'a pas été partagée. Pour définir la cible de cet indicateur l'équipe de coordination a proposé d'utiliser comme valeur de référence au numérateur le taux de succès thérapeutique de l'année 2015 et au dénominateur, le nombre de cas de TB enregistré pour le traitement au cours de cette même année. L'équipe de l'UCP et le PNLT n'étant pas unanime sur les modalités de calcul du taux de succès thérapeutique parmi les cas enregistrés pendant une période spécifique, le Coordonnateur de l'UCP a été invité à se rapprocher du FM afin d'obtenir plus de précisions pour l'harmonisation du mode de calcul de cet indicateur.

Ensuite, les conditions précédentes et les actions de gestion ont également été passées en revue, le comité de suivi stratégique et l'équipe du BP et du PNLT ont travaillé à reformuler les commentaires de façon à bien montrer le niveau de progression et indiquer les mesures correctrices prises visant à satisfaire chaque CP et ou actions de gestion.

Au terme de cette manœuvre, **le Président du CSS** a invité l'équipe du BP et ses SB à se préparer pour une présentation des résultats issus de l'exécution du projet TB de l'année 2016 à la prochaine Assemblée Générale du CCM.

Cette séance de travail amorcée à 9h45 s'est achevée à 15h36.

Fait à Libreville, le **30 MARS 2017**

**Le Secrétaire Permanent**



Louis Simplice NGOMA

**Le Secrétaire de Séance**

Marie-Paule NZE