# DRC INTEGRATED HIV/AIDS PROJECT

## CHAMPION COMMUNITIES OPERATIONS MANUAL

**AUGUST 2010**

**Contract #GHH-I-00-07-00061-00, Order No. 03**

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development and was prepared by the PATH Consortium.

The authors' views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States government.

# DRC INTEGRATED

**(PROVIC)**

# Manuel Opérationnel pour la Mise en Œuvre de l'Approche Communauté Championne dans le Cadre de la Lutte contre le VIH/SIDA

---

***Août 2010***

# Remerciements

Les sincères remerciements sont vivement adressés à toutes les personnes et entités qui ont directement ou indirectement contribué à l'élaboration de ce manuel de mise en œuvre de l'Approche Communauté Championne :

- L'USAID/Mission DRC, dirigée par HPN Team Leader, pour avoir permis la conduite de la mission d'évaluation et de l'introduction de l'Approche Communauté Championne en RDC ;
- L'équipe de Chemonics (Home Office) dirigée par Kathryn Bacon Goldman, Project Director – Africa Region, Martha Larson, Manager Africa, pour avoir organisé la tenue de cette mission et appuyé l'élaboration de ce manuel ;
- L'équipe PROVIC RDC (Kinshasa et Matadi) dirigée par Mbella Ngongi, Directeur du Projet, et Georges Ntumba Directeur Adjoint incluant l'ensemble du staff technique pour l'organisation de la mission et la participation efficace durant l'ensemble du processus d'élaboration de ce manuel ;
- Tous les représentants du secteur public (Ministre de la Santé, Ministère des Affaires Sociales, Ministère de la famille et du genre, PNMLS, PNLS) et des partenaires à tous les niveaux (central, provincial et au niveau des zones de santé).
- Tous les représentants des communautés qui ont participé aux différentes réunions d'inventaire et d'évaluation des approches existantes et d'identification des besoins dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA.
- Les membres du staff technique de MCDI Madagascar pour leur contribution énorme dans l'enrichissement de ce document sur les expériences et leçons de la mise en œuvre de l'ACC dans les sites d'intervention à Madagascar.

# Table des matières


| | Pages |
|---|---|
| Liste des Acronymes | 05 |
| Liste des Tableaux | 06 |
| Liste des figures | 07 |
| I. Introduction | 08 |
| II. Le Manuel | 09 |
| II.1. Pourquoi ce manuel est conçu ? | 09 |
| II.2. Pour qui ce manuel est destiné ? | 09 |
| II.3. Comment de manuel est élaboré ? | 09 |
| II.4. Comment ce manuel est structuré ? | 10 |
| III. L'Approche Communauté Championne | 11 |
| III.1. Définition | 11 |
| III.2. Principes de mise en œuvre | 11 |
| III.3. Objectifs de l'ACC | 11 |
| III.4. Préalables et facteurs favorisant la mise en œuvre de l'ACC | 12 |
| IV. Défis à relever en matière de lutte contre le VIH/SIDA | 14 |
| IV.1. La discrimination et le rejet | 14 |
| IV.2. La disponibilité des offres et la qualité des services | 14 |
| IV.3. La disponibilité et la qualité des services à base communautaire | 15 |
| IV.4. La capacité et l'engagement communautaires | 15 |
| IV.5. La coordination des interventions | 15 |
| IV.6. La pérennisation des interventions | 15 |
| IV.7. Les défis pour chaque intervention | 16 |
| IV.7.1. Dans le domaine de la Prévention | 16 |
| IV.7.2. Dans le domaine des soins et soutiens des PVV/OEV | 18 |
| V. Mise en œuvre de l'ACC | 22 |
| V.1. Gestion de la mise en œuvre | 22 |
| V.1.1. Principes de base | 22 |
| V.1.2. Unité de mise en œuvre | 22 |
| V.1.3. Options de gestion de la mise en œuvre de l'ACC | 23 |
| V.2. Cycles de mise en œuvre et phasage des interventions | 26 |

V.2.1. Cycles de mise en mise en œuvre 26
V.2.2. Interventions et phasage 27
V.3. Etapes de mise en œuvre 36
V.3.1. Etape préliminaire 37
V.3.2. Etape 1 : Introduction et planification participative 40
V.3.3. Etape 2 : Formation des relais communautaires 49
V.3.4. Etape 3 : Revue des activités et évaluation 51
V.4. Acteurs de mise en œuvre : Rôles et responsabilités 60

V.5. Système de gestion des informations 65
V.5.1. Circuit des informations communautaires 65
V.5.2. Base de données Communauté Championne 66
V.5.3. Les supports de gestion 66
V.5.4. Les informations et rapports 67
V.6. Notion Genre 69
V.6.1. Définition 69
V.6.2. Différenciation « genre » et « sexe » 69
V.6.3. Objectif général lié au projet 69
V.6.4. Stratégies/ Activités 69
V.7. Pérennisation de l'ACC 70

Annexes

# Liste des Acronymes

| | |
|---|---|
| ACC | : Approche Communauté Championne |
| AGR | : Activités Génératrices de Revenus |
| ARV | : AntiRétroViral |
| ASF/PSI | : Association de Santé Familiale/Population Service International |
| CDV | : Conseil et Dépistage Volontaire |
| CPN | : Consultation Pré-Natale |
| DCIP | : Dépistage et Conseil Initié par le Prestataire |
| FE | : Femme Enceinte |
| HPN | : Health Population and Nutrition |
| MCDI | : Medical Care Development International |
| OEV | : Orphelins et Enfants Vulnérables |
| OGP | : Organisation Gestionnaire de Programme |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| PEC | : Prise En Charge |
| PF | : Planning Familial |
| PMO | : Partenaire de Mise en Œuvre |
| PNLS | : Programme National de Lutte contre le SIDA |
| PNMLS | : Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA |
| PROVIC | : Projet de VIH/SIDA Intégré au Congo |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère Enfant |
| PV | : Procès-verbal |
| PVV | : Personne Vivant avec le VIH |
| RDC | : République Démocratique de Congo |
| RENOAC/GS | : Réseau National des Organisations d'Assises Communautaires des Groupes de Support des PVV |
| SIDA | : Syndrome d'Immunodéficience Acquise |
| SWAAA | : Women Against Aids in Africa |
| TBC | : Technique de Base de Communication |
| TDS | : Travailleurs de Sexe |
| UCOP | : Union Congolaise des Organisations des Personnes Vivant avec le VIH |
| USAID | : United States Agency for International Development |
| VAD | : Visite A Domicile |
| VIH | : Virus de l'Immunodéficience Humaine |

# Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des interventions prises en charge par PROVIC

Tableau 2 : Atouts et faiblesses de l'Option 1

Tableau 3 : Atouts et faiblesses de l'Option 2

Tableau 4 : Liste des interventions incluses dans l'ACC et indicateurs de performance

Tableau 5 : Exemple de phasage des activités de l'ACC

Tableau 6 : Proposition de timing pour la mise en œuvre de l'ACC

Tableau 7 : Exemple de répartition des objectifs par entité concernée

Tableau 8 : Modèle de base pour developper le plan d'action

Tableau 9 : Liste des thèmes à traiter lors de la formation des relais communautaires

Tableau 10 : Exemple de répartition des sessions lors de la formation des relais communautaires

Tableau 11 : Acteurs – Rôles et responsabilités

Tableau 12 : Récapitulation des rapports et informations générées par l'ACC

Tableau 13 : Différenciation entre genre et sexe

Tableau 14 : Exemples de stratégies de pérennisation de l'ACC

# Liste des figures

Figure 1 : Principes de mise en œuvre de l'ACC

Figure 2 : Option 1 – Subvention avec une seule organisation

Figure 3 : Option 2a – Subventions des prestataires gérées par une organisation « Gestionnaire de programme »

Figure 4 : Option 2b – Subventions des prestataires gérées par chaque organisation sélectionnée

Figure 5 : Illustration des cycles de mise en œuvre de l'ACC

Figure 6 : Illustration du phasage des interventions

Figure 7 : Etapes de mise en œuvre de l'ACC

Figure 8 : Timing de l'étape de revue ACC

Figure 9 : Circuit des informations communautaires

# I. Introduction

La RDC est classée parmi les pays à épidémie généralisée avec une prévalence estimée à 4,6% dans la population générale. L'ONUSIDA estime que plus de 1,2 millions d'individus vivent avec le VIH au Congo.

L'épidémie touche de manière préférentielle les populations rurales, les jeunes et les femmes. Elle touche surtout les Zones de Lubumbashi, Bukavu, Matadi et Kinshasa. Les prévalences les plus élevées se trouvent le long des cours d'eau, dans les zones minières et militarisées.

Il y a un accroissement de besoin en ARV chez l'adulte et l'enfant (qui passe de 203 659 en 2006 à 228 840 en 2010), de besoin en prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pour le couple mère enfant. 10% seulement sur les 200.000 de personnes qui ont besoin de traitement Antirétroviral en reçoivent chaque année.

Il y a une surmortalité de 27% chaque année due au SIDA. Plus de 130.000 cas de décès dus au SIDA sont enregistrés chaque année, laissant 900.000 orphelins pour la même période. Il y a une augmentation de 83% d'orphelins de père et de mère par rapport au scénario du pays en l'absence du SIDA.

Dans le but de réduire la fréquence et la prévalence du VIH et d'alléger son impact sur les PVV et leurs familles, et par conséquent d'améliorer les conditions de santé publique du peuple congolais, l'USAID a octroyé un financement pour la mise en œuvre du Projet Intégré de lutte contre le VIH (PROVIC).

En ciblant spécifiquement 04 points chauds du VIH (*Kivu-Sud* : une région post conflit et de conflit continu dans l'est du pays avec populations déplacées, les militaires et les groupes illégalement armés ; *Bas-Congo* : avec Matadi, son port ; *Katanga/Lubumbashi* : un important point de transit à proximité de la frontière zambienne avec importante activité minière et travailleurs migrants ; et *Kinshasa*, capitale à haute densité de population de la RDC), les objectifs de PROVIC sont de :

**Dans le cadre de la prévention :**

a. renforcer les communautés pour développer et réaliser les stratégies de prévention basée sur l'Approche Communauté Championne,
b. améliorer l'accès aux services CDV et leur qualité au sein des communautés et dans les centres de soins,
c. améliorer l'accès aux services complets de PTME, et
d. renforcer la coordination avec les activités existantes en prévention et en mercatique sociale

**Dans le cadre des soins, appui et traitement améliorés :**

a. solidifier l'accès aux soins palliatifs de qualité,
b. renforcer l'accès et la qualité des soins pour les OEV, et
c. renforcer le système de santé et développer les capacités humaines.

# II. Le Manuel

## II.1. Pourquoi ce manuel est conçu ?

Le Manuel a comme but de faciliter et guider la mise en œuvre de l'Approche Communauté Championne dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, tout en tenant compte des autres aspects non médicaux de la lutte au niveau des communautés.

## II.2. Pour qui ce manuel est destiné ?

La manuel est conçu pour être utilisé par les gestionnaires de programme et les acteurs aussi bien étatiques, privés que communautaires. Il concerne principalement les responsables et acteurs dans le secteur de la santé, de l'agriculture, du genre et développement, l'administration locale, aussi bien que les ONG, Associations et Groupements. Il est donc destiné aux organisations qui assurent la gestion et la mise en œuvre des activités au niveau communautaire incluant les prestations des soins à domicile et qui ont la responsabilité première d'assurer les activités de prévention, de soins et soutiens, et de prise en charge des patients du VIH/SIDA.

Il offre des recommandations et des indications pratiques pour la mise en œuvre de la mobilisation et de la responsabilisation communautaire à travers l'Approche Communauté Championne.

## II.3. Comment ce manuel est élaboré ?

L'élaboration de ce manuel a été initiée à base du modèle de l'Approche « Kaominina Mendrika » ou Commune Championne qui a été mise en œuvre à Madagascar dans le Cadre du Projet SantéNet/USAID. Par ailleurs, l'adaptation de ce modèle aux contextes congolais a été menée à travers un processus participatif entre autres :

- des discussions de groupes avec des membres de la Communauté, des leaders communautaires et des leaders d'opinions, avec les associations de Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (PVV), avec les Relais communautaires ;

- des interviews et échanges avec des représentants des Associations et groupements intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA, avec des Organisations locales et internationales partenaires ;

- des interviews et échanges avec les responsables au niveau central et au niveau Provincial du secteur public (Ministère de la Santé, Ministère des Affaires Sociales,

Ministère du Genre, Programme National de Lutte contre SIDA ou PNLS, et Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA ou PNMLS) ;

- des discussions avec le personnel technique de PROVIC/USAID ;

- des échanges avec les responsables au sein de l'USAID Congo ;

- des réunions de conceptualisation et de validation.

## II.4. Comment ce manuel est structuré ?

Le manuel comprend une description des différentes parties ci-après :

- La description de l'Approche Communauté Championne ;
- La description des défis à relever en matière de VIH/SIDA et à travers l'Approche Communauté Championne ;
- La mise en œuvre proprement dite de l'ACC incluant le mode de gestion, les paquets d'activités, les acteurs et leurs rôles, et les étapes de mise en œuvre ;
- Le système de gestion des informations de l'ACC ;

Nous espérons que les utilisateurs de ce Manuel adapteront les informations et les recommandations pour les interventions adaptées à leur milieu pour assurer la meilleure prise en charge de l'ensemble du paquet de la lutte contre le VIH au niveau des Communautés et pour renforcer les réalisations dans d'autres domaines (santé de la mère et de l'enfant, agriculture et élevage, éducation, environnement, etc.).

# III. L'Approche Communauté Championne

## III.1. Définition

C'est une approche utilisée pour le développement de la communauté dont le but vise à la faire participer dans l'amélioration et la prise en charge de son propre état de santé en général, et de son épanouissement socio-économique en particulier. Pour ce faire, obtenir son engagement et son adhésion est primordial.

## III.2. Principes de mise en œuvre

Dans l'ACC, la communauté constitue l'agent de changement et le noyau de convergence de toutes les actions initiées au sein de la commune.

Elle met l'accent sur la capacitation effective de la communauté de manière à lui permettre d'améliorer son état de santé.

Elle nécessite l'instauration d'un système d'encadrement et de suivi structuré, rigoureux des acteurs communautaires à travers des structures intermédiaires d'encadrement comme les ONG, groupements ou associations.

Le processus de mise en œuvre de l'ACC est basé sur la participation effective de la communauté dans la définition de ses propres priorités et objectifs.

En se fixant des objectifs, la communauté établit une vision de ce qu'elle aspire à devenir, et cette vision lui donne alors un cadre de travail beaucoup plus concret avec des étapes et des actions précises pour concrétiser cette vision. Toutefois, cette option demande de la rigueur et le respect de certaines étapes bien définies.

## III.3. Objectifs de l'ACC

L'ACC a comme objectifs de :

- Renforcer la dynamique et la cohésion sociales pour le développement ;

- Favoriser l'engagement, la responsabilisation de la communauté dans la prise en charge de son propre développement ;

- Promouvoir le renforcement de la capacité de la communauté dans la mise en œuvre de programme de développement communautaire à travers une approche de planification structurée et participative (identification des problèmes, fixation des objectifs, développement des stratégies et identification des activités à mener, planification de la mise en œuvre et des suivis, répartition des responsabilités et taches) ;

- Promouvoir le renforcement de capacité des organisations et partenaires locaux dans la gestion et la mise en œuvre de programme de développement au niveau communautaire ;

- Garantir l'atteinte des objectifs dans un délai limité et à travers une approche communautaire basée sur la performance

## III.4. Préalables et facteurs favorisant la mise en œuvre de l'ACC

La mise en œuvre de l'ACC nécessite un minimum de préalables, dont la liste ci-après n'est pas exhaustive et peut inclure d'autres facteurs prédisposant selon le contexte local.

### III.4.1. Existence de base de solidarité et cohésion sociale au sein de la communauté

Comme l'ACC favorise le renforcement de la cohésion et de la dynamique locale, l'existence de solidarité constitue de porte d'entrée pour l'introduction de l'ACC. Elle peut être dans divers domaines sociaux, ou économiques et peut se manifester par l'existence de structuration sociale opérationnelle et de leadership local ;

### III.4.2. Volonté politique et engagement à tous les niveaux

Les différentes structures et tous les acteurs doivent manifester leur enthousiasme et leur volonté à participer encore davantage dans la lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que leur disposition à s'impliquer dans la mise en œuvre de l'ACC. Cet enthousiasme doit également et surtout provenir des acteurs communautaires et leaders locaux (traditionnels, administratifs et religieux). Aussi, la communauté elle-même doit montrer sa volonté communautaire à s'engager dans le processus de changement positif pour améliorer ses conditions de vie.

### III.4.3. Existence d'approches communautaires pouvant servir de base

Comme la solidarité, l'existence d'approches communautaires constitue de porte d'entrée pour les interventions à travers l'ACC. En effet, ces approches sont souvent axée sur un centre d'intérêt commun (exemple : association pour la défense des consommateurs, association des usagers d'eau et/ou d'électricité, mutuelle de santé, coopérative des paysans agriculteurs ou éleveurs). Cette porte d'entrée, étant source de solidarité locale, va favoriser l'introduction de l'ACC au sein du groupe ainsi que son élargissement à d'autres groupes.

Toutes initiatives en place qui utilisent les différents canaux y compris et surtout le secteur privé et les organisations confessionnelles (catholique, protestante, Kibangiste, et autres) doivent être constituées comme étant une opportunité pour la mise en œuvre de l'ACC.

### III.4.4. Existence des structures opérationnelles et des ressources locales

L'ACC doit se construire à partir des expériences et des structures locales. Elle doit pouvoir mobiliser les ressources existantes. Les différentes structures communautaires sont essentiellement les relais communautaires, les pairs éducateurs, les conseillers CDV et ainsi que la totalité des acteurs et intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA travaillant étroitement avec les agents communautaires.

Aussi, elles incluent d'une part, les différentes structures de conseil et de dépistage tenues par des ONGs partenaires, des organisations privées/confessionnelles et qui restent encore fonctionnelles ; et d'autre part, les différents réseaux incluant les PVV (Exemples : UCOP+, SWAAA, RENOAC/GS) et qui œuvre au niveau des différentes chaînes de la lutte. Ils constituent des acteurs clés, incontournables.

L'existence de ressources humaines qualifiées et formées (avec les autres projets et/ou partenaires), aussi bien au niveau du secteur public qu'au niveau du secteur privé offre une réelle potentialité pour les activités de formation et de renforcement de capacité des acteurs qui seront impliquées dans la mise en œuvre de l'ACC.

### III.4.5. Disponibilité des services de base en santé

L'ACC se focalise surtout sur la mobilisation et la solidarité communautaires, sur l'amélioration des services à base communautaire. Elle renforce la demande et l'intérêt de la communauté aux services de santé. Elle incite la communauté à les utiliser effectivement. De ce fait, la mise en œuvre de l'ACC nécessite la disponibilité de ces services de base sur la lutte contre le SIDA comme la PTME, le CDV, la prise en charge médicale des PVV/OEV, centres de référence. En effet, le risque majeur qui peut induire à l'échec du programme est que les offres de service existant n'arrivent pas à satisfaire aux besoins de la communauté induits par l'ACC.

### III.4.6. Existence des potentialités de synergie

Moyennant d'un renforcement dans le domaine de la coordination, la présence des partenaires œuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA peut être complémentaire et synergique. A titre d'exemples : le cas de C-Change qui est disposé à appuyer dans le domaine de la Communication pour le changement de comportement à travers l'adaptation et la production des outils (programmes Radio), dans le renforcement de capacité des partenaires et dans l'assistance technique ; le cas de UNICEF dans le renforcement des appuis en santé maternelle et infantile ; le cas de ASF/PSI pouvant renforcer le système d'approvisionnement en différents intrants à travers le système de marketing social.

# IV. Défis à relever en matière de lutte contre le VIH/SIDA

Comme les préalables à la mise en œuvre de l'ACC, la liste des défis mentionnés dans ce document n'est pas exhaustive et reflète les problèmes auxquels les gestionnaires de programme et les acteurs doivent faire face dans le cadre de la mise en œuvre des activités à travers l'ACC. Ils ont été tirés du rapport de l'évaluation des besoins menée en Mai 2010 et des interviews/discussions avec les partenaires, les responsables sanitaires, les bénéficiaires et les acteurs directs dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il est à noter que l'ACC en elle seule ne résoudra pas l'ensemble des défis. Elle contribuera à la résolution d'une grande partie de ces problèmes et contribuera à l'atteinte des objectifs du programme. D'autres efforts devront être déployés pour couvrir les autres aspects du programme qui ne sont directement couverts par l'ACC.

Les défis concernent les interventions du PROVIC résumées dans le tableau ci-dessous :

*Tableau 1 : Liste des interventions prises en charge par PROVIC*

| Interventions | Composantes |
|---|---|
| Prévention | 1. PTME<br>2. CDV<br>3. Sensibilisation et mobilisation communautaires |
| Soins et soutien | 4. Prise en charge psychosociale<br>5. Renforcement économique<br>6. Assistance médico-sanitaire<br>7. Appuis nutritionnels<br>8. Appuis légal et juridique<br>9. Accompagnement scolaire<br>10. Abris |

## IV.1. La discrimination et le rejet

Elle constitue parmi le plus grand défi qui doit être pris en compte avant et pendant la mise en œuvre de l'ACC. Des objectifs spécifiques sur la réduction de cette ampleur sont à fixer et à inclure dans le processus de l'ACC.

## IV.2. La disponibilité des offres et la qualité des services

Ce défi est lié à plusieurs facteurs entre autres :

- La non application des normes de qualité (problèmes de confidentialité, système de référence et contre-référence, réticence de la part du personnel de sante à lâcher certaines activités, difficulté d'application de certaines normes : organisation CDV des enfants OEV ou de rue versus nécessité de consentement des parents) ;
- Le problème de sous effectif du personnel et l'insuffisance du personnel qualifié ;
- L'insuffisance des moyens et des matériels ;
- Le problème d'approvisionnement en intrants (kit de dépistage, kits pour la Prise en charge de la violence sexuelle, insuffisance des ARV, etc.) ;
- La faiblesse de la couverture et d'accès aux services CDV (y compris communautaire), PTME, Prise en charge des violences sexuelles et autres services de soins et soutiens ;

- La faiblesse de la mise en place de système de continuum des soins ;
- Les barrières géographiques et l'éloignement.

## IV.3. La disponibilité et la qualité des services à base communautaire

Les facteurs qui sont liés à ce défi sont principalement :

- Le problème de capacité et l'insuffisance en nombre des relais communautaires ;
- L'insuffisance du mécanisme de renforcement de capacité des relais communautaires (difficulté dans l'encadrement et le suivi/supervision) ;
- Le problème de motivation contrastant avec la pauvreté qui sévit ;
- La faible implication des hommes.

## IV.4. La capacité et l'engagement communautaires

Ce défi touche fortement :

- La faiblesse du niveau scolaire et de la capacité technique des communautés ;
- Le manque de leadership communautaire ;
- Les lacunes dans la cohésion et solidarité sociale liée aux séquelles des différents conflits antérieurs et la pauvreté ;
- Le manque de vision commune ;
- Le manque d'engagement, de motivation et le désintéressement de la communauté par rapport à la question de lutte contre le SIDA (lié aux approches antérieures : SIDA = Argent) entraînant une faible mobilisation des ressources locales et la non appropriation des interventions. Ainsi, le défi aussi sera également de maintenir le niveau d'engagement de la communauté et des leaders communautaires ;
- La négligence et/ou la non prise en charge des autres composantes non santé de la lutte ;
- La non intégration effective de tous les acteurs potentiels (exemple : les autorités des groupes a risque (propriétaires de camions, propriétaires de bistrots et bars) ;
- Cahier de charge non clair entre la communauté et le système de sante entrainant une discontinuité du service entre les deux.

## IV.5. La coordination des interventions

- Interventions isolées et directes de certains partenaires ;
- Manque d'intégration des interventions.

## IV.6. La pérennisation des interventions

## IV.7. Les défis pour chaque intervention

### IV.7.1. Dans le domaine de la Prévention

Le volet prévention qui est traité dans ce manuel englobe la mobilisation sociale et la fourniture de préservatifs, le conseil et dépistage volontaire, la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. Ce manuel ne traite pas les autres composantes telles la sécurité transfusionnelle, la prise en charge des IST, la prévention de la transmission en milieu des soins et précautions universelles.

#### *IV.7.1.1. Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME)*

- **Faible couverture en service PTME :** Cette faible couverture entraîne un faible accès des femmes enceintes à ces services.

- **Faible utilisation des services PTME :** Le premier accès des femmes enceintes aux services PTME est à travers les Consultations Prénatales. Cependant, seulement une faible proportion des femmes fréquente les Centres pour la visite prénatale.

- **Faible proportion des Femmes testées VIH+ qui accouchent à la maternité** : Le retour des femmes testées VIH positives pour accoucher à la maternité où elles étaient identifiées constitue un des défis majeurs programmatiques rencontrés dans les sites PROVIC. Seulement, 1 Femme VIH+ sur 3 revient à la maternité pour accoucher alors que presque 1 femme enceinte sur 50 est testée positive pendant les CPN.

- **Très faible participation des hommes au CDV lors de la PTME :** Seulement, un peu moins de 2 hommes sur 100 accompagnent leurs femmes et/ou participent au CDV lors de la PTME.

- **Faible taux de prise d'ARV par les femmes lors de la PTME :** la prise d'ARV par les femmes enceintes pour réduire la TME est encore faible. Seule 1 femme sur 2 la fait régulièrement.

- **Faible taux de prise d'ARV par les femmes lors de la PTME :** la prise d'ARV par les femmes enceintes pour réduire la TME est encore faible. Seule 1 femme sur 2 la fait régulièrement.

- **Faible taux de dépistage des enfants exposés :** Aucun des enfants exposés n'ont bénéficié actuellement de dépistage précoce alors que c'est uniquement 1 enfant sur 50 bénéficient de dépistage tardif.

- **Faible proportion des enfants qui sont sous Antirétroviraux (ARV) :** En plus du faible de taux de dépistage, seulement un peu moins de 3 enfants dépistés positifs sur 10 prennent les ARV.

*IV.7.1.2. Conseils et Dépistage Volontaire (CDV)*

- **Faible couverture en service CDV et/ou inégalité dans l'offre de service au sein des Zones de santé ;**

- **Faible utilisation des services CDV :** entraînant l'ignorance du statut sérologique ; moins de 10 pourcent de la population connaissent son statut.

- **Faible qualité des services CDV liée à l'exiguïté du centre et à l'absence des locaux appropriés pour les activités du CD** entrainant le manque de confidentialité ; et **faible disponibilité/utilisation des documents normatifs et guides de CDV**;

- **Faible système de référence et contre référence de CDV** : faible système de référence vers les services de soins et soutien (notamment la PTME, les infections opportunistes, les ARV, la tuberculose, les IST, le soutien communautaire, les activités génératrices de revenu, l'aide alimentaire) des clients dépistés positifs lié à :
  - *l'insuffisance de structures de prise en charge médicale des PVV* dans les zones d'intervention ;
  - *la distance entre les centres de dépistage et les centres de prise en charge* surtout médicale avec les ARV ;
  - *la facturation des services aux PVV référées dans les structures étatiques pour les examens de laboratoire* ;
  - *l'insuffisance du personnel qualifié* pour faire ce type de travail ;
  - *la faible collaboration entre les différentes structures dispensatrices des services* ;
  - *le manque de motivation financière pour les assistants sociaux sur le terrain* ;
  - *la faible implication des réseaux des PVV dans les activités de référence et contre référence* ;
  - *la complexité du circuit : le lien entre les services de prévention (CDV) et de la prise en charge de clients positifs n'est pas fluide* ;
  - *la mauvaise utilisation des outils de références et contre références* ;
  - *la rupture de stock permanant des ARV au niveau des structures de prise en charge.*

- **Faible participation des hommes aux CDV et surtout des groupes à risque au dépistage :** les femmes (65% des clients) fréquentent plus les services CDV que ces derniers soient intégrés, mobiles ou communautaires. Les hommes estiment que les CDV ne les concernent pas ;

- **Stigmatisation et discrimination de PVV et des clients dans le CDV communautaire par la communauté décourageant la population à se faire dépister** ;

- **Fréquentes ruptures de stock des tests et consommables de laboratoire ;**

- **Faible mobilisation des communautés autour des centres de CDV et les fausses croyances sur la transmission du VIH** : Insuffisance séances de sensibilisation dans les communautés et la faible implication et l'appropriation des activités de lutte par la communauté ; et manque de matériel de sensibilisation pour la promotion de conseil et dépistage au niveau des structures, communauté et des structures de prise en charge ;

- **Faible ou non implication des PVV dans les services CDV** qui est surtout liée à :
  - *la crainte de la stigmatisation et discrimination dans la communauté et chez certains clients* ;
  - *Faible capacité technique des organisations de PVV* pour mener les activités de CDV ;
  - *le manque des motivations économiques et financières* (volontariat pour les PVVIH) ;
  - *le manque d'intérêt de certaines PVVIH.*

### *IV.7.1.3. Sensibilisation et mobilisation communautaires*

- **Problème de capacité et d'engagement communautaire :** dont les principaux éléments concernés sont :
  - La faiblesse du niveau scolaire et de la capacité technique des communautés ;
  - Le manque de leadership communautaire ;
  - Les lacunes dans la cohésion et solidarité sociale liée aux séquelles des différents conflits antérieurs et la pauvreté ;
  - Le manque de vision commune ;
  - Le manque d'engagement, de motivation et le désintéressement de la communauté par rapport à la question de lutte contre le SIDA (lié aux approches antérieures : SIDA = Argent) entraînant une faible mobilisation des ressources locales et la non appropriation des interventions. Ainsi, le défi aussi sera également de maintenir le niveau d'engagement de la communauté et des leaders communautaires ;
  - La négligence et/ou la non prise en charge des autres composantes non santé de la lutte ;
  - La non intégration effective de tous les acteurs potentiels (exemple : les autorités des groupes à risque (propriétaires de camions, propriétaires de bistrots et bars) ;
  - Cahier de charge non clair entre la communauté et le système de sante entrainant une discontinuité du service entre les deux.
  - Faible capacité de gestion de certaines structures à base communautaire

- **Faible disponibilité et qualité des services à base communautaire :** Les facteurs qui sont lies à ce défi sont principalement :
  - Le problème de capacité et l'insuffisance en nombre des relais communautaires ;
  - L'insuffisance du mécanisme de renforcement de capacité des relais communautaires (difficulté dans l'encadrement et le suivi/supervision, diversité des outils de collecte des données) ;
  - La faible implication des hommes.

- **Manque de motivation des acteurs et leaders communautaires contrastant avec la pauvreté qui sévit ;**

### IV.7.2. Dans le domaine des soins et soutiens des PVV/OEV

*IV.7.2.1. Assistance psychosociale*

- **Faible couverture des services de prise en charge psychosociale :** Selon les données de l'évaluation des besoins en mai 2010, respectivement plus de 15% des PVV et plus de 23% des OEV ne bénéficient pas d'assistance psychosociale.

- **Non implication effective des PVV dans l'Assistance psychosociale.**

- **Faible qualité de service offert par les volontaires (exemple : problèmes de confidentialité).**

- **Discrimination et stigmatisation des PVV.**

- **Problème de motivation lié au volontariat et bénévolat.**

*IV.7.2.2. Assistance médico-sanitaire*

- **Problème de l'offre et de la qualité des services :** Le grand intérêt de mettre en œuvre le service « Home based care », qui jusqu'ici reste inexistant au niveau du pays ;

- **Discrimination et stigmatisation des PVV :** En ce qui concerne les « Home-based care », ils peuvent avoir d'effets stigmatisant pour les PVV dont la plupart d'entre eux ne sont pas encore familiers à ce service ;

- **Contraintes financières :** L'assistance médico-sanitaire (suivi biologique, clinique) demeure un problème crucial pour les PVV quand au coût ;

- **Problème dans le système de référence :** défaillance des liens entre les différents niveaux d'intervention (surtout ménages et structures sanitaires) ;

- **Problème de motivation des agents communautaires qui assurent les « Home-based care ».**

*IV.7.2.3. Renforcement économique*

- **Faible capacité des communautés identifier et à gérer les initiatives mutualistes ainsi que les AGR.**

- **Persistance de la discrimination et stigmatisation des PVV/OEV :** entrainant une réticence de certaines personnes dans le domaine d'investissement et d'entreprenariat avec ces groupes d'individus. Ce partenariat d'affaires est souvent et injustement jugés à risque.

- **Manque de solidarité/cohésion sociale et manque de vision commune :** notion de chacun pour soi (moi d'abord, les autres après), méfiance envers les autres (peur ou risque de détournement des fonds ou avoir du groupe) pouvant entrainer une réelle difficulté dans la constitution du groupement et de la structure de gestion des AGR de groupe.

- **Non implication des différents secteurs et des opérateurs locaux dans le renforcement économique des PVV/OEV.**

- **Problème d'appropriation des initiatives par la Communauté et les bénéficiaires.**

### *IV.7.2.4. Appuis nutritionnels*

- **Discrimination et stigmatisation des PVV/OEV :** les orphelins sont sujets de discrimination, exemple : dans une cantine scolaire ou dans un centre d'accueil l'enfant devrait manger tout seul

- **Insuffisance des ressources et contraintes financières :** les familles n'ont pas les moyens d'acheter une nourriture suffisante et équilibrée. Ceci est particulièrement vrai dans les familles dirigées par des orphelins ou des personnes âgées ou bien dans les grandes familles. Les parents malades ne sont pas toujours capables de préparer des repas réguliers et nourrissants pour leurs enfants.

- **Insécurité alimentaire :** L'insécurité alimentaire est à la fois un résultat et un facteur de la pandémie de VIH/SIDA. Les familles dont l'un des membres vit avec le VIH sont plus susceptibles d'être pauvres et en situation d'insécurité alimentaire. L'infection par le VIH limite la productivité, ce qui conduit à une perte de revenus, tout en augmentant le coût des soins de santé. Par ailleurs, les personnes en situation d'insécurité alimentaire ont une probabilité plus élevée de s'engager dans la prostitution ou d'être plus mobiles, des activités qui sont associées à un risque plus élevé de contamination par le VIH. Augmenter la sécurité alimentaire dans les communautés pauvres et parmi les ménages en situation d'insécurité alimentaire peut aider à diminuer les comportements à risques et à prévenir l'infection.

- **Risques accrus d'exposition et d'infection au VIH :** un programme de soins sans composante nutritionnelle est semblable à un panier troué ; l'efficacité du traitement par médicaments antirétroviraux peut être compromise par la malnutrition, et toute stratégie d'atténuation doit prendre en compte le fait que ce dont les personnes affectées ont le plus besoin est en général la nourriture, à un moment où leur capacité à en obtenir peut être diminuée.

- **Méconnaissance des bonnes pratiques nutritionnelles :** Les tuteurs et surtout les grands-parents, les frères et sœurs aînés ne savent pas en quoi consiste une bonne alimentation ou n'ont pas l'énergie pour préparer les repas.

### *IV.7.2.5. Appui légal et juridique*

- **Insuffisance de la vulgarisation des lois protégeant les PVV** auprès de la communauté (incluant les PVV) et des hommes de la loi ;

- **Méconnaissance des lois et des services d'appui aux PVV :** Songeons aux multiples façons dont l'infection par le VIH et le sida empêchent les personnes affectées de s'acquitter des tâches les plus élémentaires. Ces personnes éprouvent souvent des difficultés à se loger de manière décente, à conserver la garde de leurs enfants, à faire valoir leurs droits de propriété et d'héritage, et à accéder aux soins de santé, à l'éducation ou à l'emploi sans discrimination.

- **Insuffisance de la couverture en clinique juridique**.

### *IV.7.2.6. Accompagnement Scolaire*

- **Stigmatisation et la discrimination :** les enfants de parents vivant avec le VIH ou décédés du Sida peuvent être découragés d'aller à l'école par peur de stigmatisation et de discrimination de la part des enseignants et des autres enfants. Les enfants pauvres sont aussi affectés par la stigmatisation. Ceci est peut- être dû à l'ignorance des conditions de vie des enfants de la part des enseignants ainsi qu'à leur méconnaissance des droits des enfants.

- **Manque de soutien de la part des adultes :** un manque de direction et de soutien de la part des adultes peut empêcher les enfants d'aller à l'école. Ceci est souvent le cas des enfants dont les parents sont décédés : ils ne possèdent pas d'acte de naissance (ou le jugement supplétif de naissance) requis pour s'inscrire à l'école. Aussi, les enfants vivant dans des familles entretenues par des enfants ou qui vivent avec des grands-parents âgés ne vont pas souvent à l'école parce qu'ils ont trop de responsabilités dans le ménage.

- **Pauvreté et nécessité de gagner sa vie :** l'existence d'une maladie dans la famille, la perte de l'un ou les deux parents créent ou aggravent la pauvreté. Les familles ne disposent le plus souvent pas de l'argent nécessaire pour couvrir les frais de scolarité. De plus, ces familles ne peuvent souvent pas subvenir aux autres besoins tels que l'achat des uniformes, des livres et du matériel scolaire, ou encore payer les frais de transport pour se rendre à l'école.

- **Mauvaise santé et malnutrition :** l'état de santé et de nutrition des orphelins et enfants vulnérables est souvent moins bon que celui des autres enfants à cause de la pauvreté, du manque de nourriture, du manque de soins de la part de leurs parents et du manque d'accès aux services de santé. Les enfants malades ou sous-alimentés ont moins de chance d'aller à l'école et, s'ils y vont, auront plus de difficultés à se concentrer et à apprendre.

- **Insuffisance des interventions et des intervenants dans les accompagnements scolaires.**

### *IV.7.2.7. Abris*

- **Discrimination et stigmatisation des PVV/OEV.**

- **Insuffisance des ressources, contraintes financières et pauvreté :** ce défi fait que les familles préfèrent s'occuper de leurs propres enfants. Les moyens à leur possession ne leur permettent pas d'accueillir d'autres enfants ou d'autres PVV.

- **Insuffisance des centres d'accueil :** contrastant avec l'insuffisance des ressources pour faire fonctionner ces centres.

- **Insuffisance de l’implication de tous les acteurs.**

# V. Mise en œuvre de l'ACC

## V.1. Gestion de la mise en œuvre

### V.1.1. Principes de base

- **Mécanisme de subvention :** La gestion de la mise en œuvre proprement dite de l'ACC au niveau de l'unité d'intervention doit être confiée à des organisations ou associations prestataires de services locaux qui connaissent le mieux les sites d'intervention. Le mécanisme doit se faire à travers des subventions allouées à ces prestataires pour l'exécution des activités et des interventions.

- **Processus de sélection :** Le processus de sélection doit être transparent et compétitif à travers des appels d'offres ouverts. Cependant, il est préférable et conseillé de travailler avec des organisations qui interviennent déjà au niveau des sites. Ceci vise à renforcer les compétences locales et à faciliter la mise en œuvre de la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'ACC.

- **Priorité capacité :** Les associations ou organisations retenues doivent répondre à des critères bien ciblés et avoir une capacité organisationnelle et technique forte. Il faut à tout prix éviter le risque de recruter des organisations opportunistes qui souvent ont des bonnes propositions mais qui n'ont pas réellement la capacité à mettre en œuvre les activités. De ce fait, il est conseillé de mener une évaluation de la capacité organisationnelle et technique des organisations avec la contractualisation proprement dite.

- **Procédure de gestion claire :** Le programme doit avoir un manuel de gestion des subventions et établir un manuel opérationnel à l'intention des organisations prestataires de services qui sont les cibles des subventions.

- **Coordination :** La finalité des interventions est d'assurer que tous les intervenants locaux sont impliqués et qu'un mécanisme de coordination et de gestion de la mise en œuvre est en place et opérationnel pour garantir la qualité et l'appropriation des interventions.

### V.1.2. Unité de mise en œuvre

- **Circonscription de l'unité :** L'unité de mise en œuvre de l'ACC doit être bien circonscrite. Elle ne doit pas être trop petite dans les soucis de couverture, ni trop vaste dans les soucis d'efficacité et d'impact. L'unité doit tenir compte de la couverture en espace (géographique) et surtout en cibles (nombre de population). Ainsi, à base des

expériences à Madagascar, il est recommandé que la taille de la population de l'unité d'intervention soit comprise entre 10 000 à 40 000 habitants.

- **Existence de service de base :** L'unité d'intervention doit avoir les services sociaux de base à savoir les formations sanitaires satellites (publiques ou privées), les antennes du département des affaires sociales, de l'éducation, etc. L'existence des plusieurs organisations partenaires locales, des associations des PVV et des organisations confessionnelles serait un atout majeur.

### V.1.3. Options de gestion de la mise en œuvre de l'ACC

Les différentes options qui sont mentionnées dans ce manuel sont à titre indicatif. La décision sur le choix de l'option et/ou de son adaptation doit avant tout se baser sur les réalités et les contextes locaux. Chaque option a ses atouts et ses faiblesses, et il incombe à tout gestionnaire de programme de peser le pour et le contre pour choisir la meilleure option à adopter pour la mise en œuvre de l'ACC au niveau des communautés.

**Option 1 : Contracter avec une seule organisation pour assurer la mise en œuvre du paquet d'activités de l'ACC**

Pour cette option, la subvention est à contracter à une seule organisation. Elle va gérer la mise en œuvre de l'ACC au niveau de l'ensemble du site d'intervention. Le mandat de l'organisation « Gestionnaire du programme » ou OGP est de gérer la subvention, assurer directement la mise en œuvre des activités communautaires et de prestations (prévention : CDV, mobilisation communautaire ; soins et soutien : APS, appuis nutritionnels, etc.), d'appuyer les structures en place (Formation sanitaire publique ou privée, centre PTME et CDV), de soutenir et accompagner le Comité Communauté Championne et de collaborer/appuyer les partenaires locaux (ONG, groupements, associations locales, etc.).

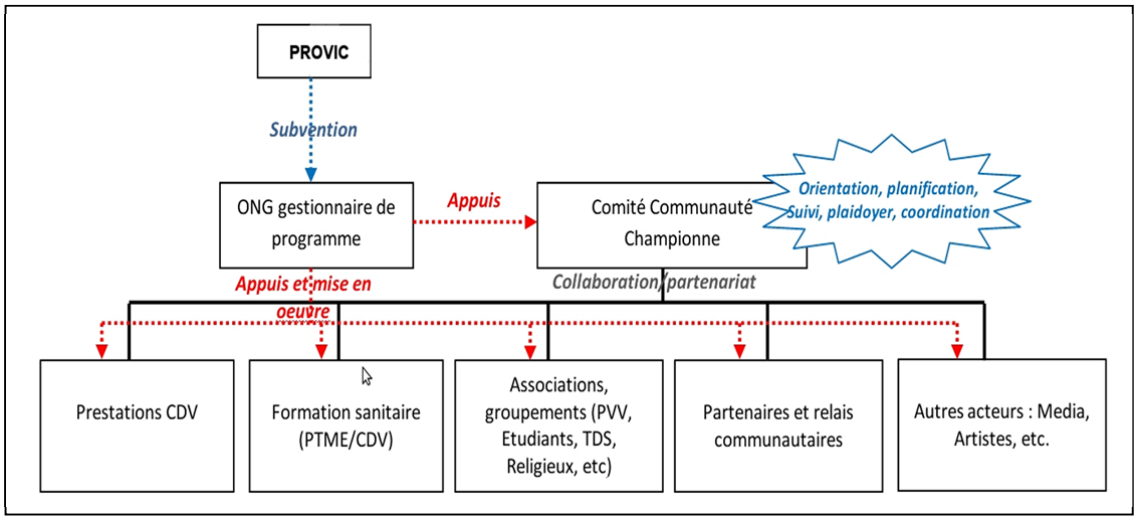



*Figure 2 : Option 1 – Subvention avec une seule organisation*

Cette option nécessite un niveau assez élevé de capacité technique et organisationnelle de l'organisation pour gérer tout le programme au niveau de l'unité de mise en œuvre de l'ACC. Elle nécessite une organisation très complète pour garantir et assurer la mise en œuvre de l'ensemble du paquet qui est pris en charge par l'ACC.

*Tableau 2 : Atouts et faiblesses de l'Option 1*

| Atouts | Faiblesses |
|---|---|
| Cette option a comme avantage de :<br>- Faciliter le mécanisme de gestion et de suivi des subventions,<br>- Assurer l'intégration et facilite l'interconnexion entre les différentes interventions. | Cependant cette option risque de :<br>- démotiver les autres organisations locales,<br>- ne pas valoriser les compétences locales<br>- ne pas faire bénéficier le renforcement de capacité à toutes les organisations locales<br>- ne pas impliquer l'ensemble des acteurs et organisations locaux |

**Option 2 : Contracter avec plusieurs organisations locales pour assurer la mise en œuvre du paquet d'activités de l'ACC**

Contrairement à l'option 1, plusieurs organisations bénéficient de subvention pour cette option 2. Parmi ces organisations bénéficiaires de fonds, une va être responsabilisée pour gérer et coordonner les appuis pour la mise en œuvre de l'ACC au niveau de l'ensemble du site d'intervention.

Pour cette option 2, la gestion des subventions peut être confiée :

- soit à une OGP et les autres organisations et partenaires locaux bénéficient à leur tour des subventions de la part de cette organisation sous contractant direct de PROVIC.
- soit, directement, à chacune des organisations partenaires de mise en œuvre. Le mandat de l'OGP est surtout axé sur l'appui et le suivi des organisations/associations de mise en œuvre.

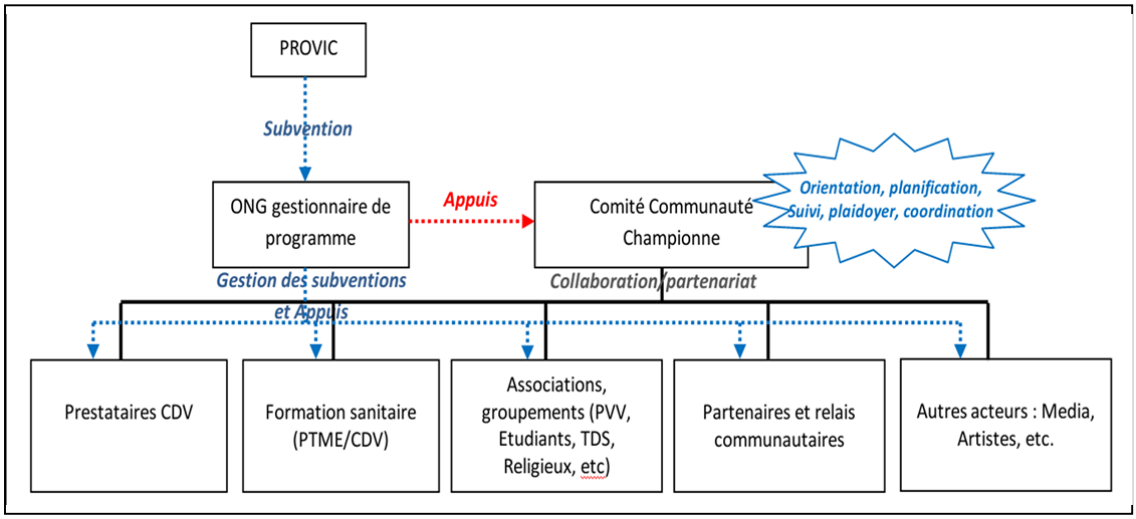



*Figure 3 : Option 2a – Subventions des prestataires gérées par une organisation « Gestionnaire de programme »*

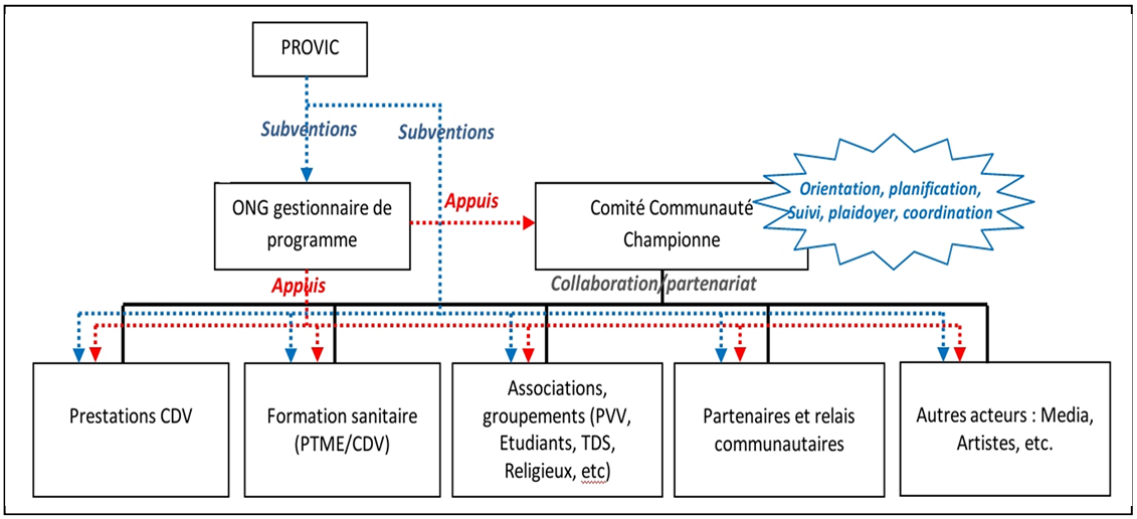



*Figure 4 : Option 2b – Subventions des prestataires gérées par chaque organisation sélectionnée*

*Tableau 3 : Atouts et faiblesses de l'Option 2*

| Paramètres | Option 2a | Option 2b |
|---|---|---|
| Mécanisme de gestion | La totalité des subventions est gérée par une OGP. Les organisations et associations de mise en œuvre reçoivent leurs subventions de cette OGP. Les rôles de l'OGP sont focalisés dans la gestion de la totalité des subventions, dans l'appui et le suivi des organisations de mise en œuvre. | Chaque organisation gère ses fonds. Elles reçoivent leurs subventions directement de PROVIC. L'OGP assure la coordination des appuis et le suivi des organisations de mise en œuvre. |
| Atouts | Cette option va favoriser l'implication et le renforcement de capacité de plusieurs organisations locales | |
| | Suivi des subventions plus facile. | Favorise le renforcement de capacité des organisations et associations de mise en œuvre dans le domaine de la gestion (technique et financière) et de la mise en œuvre des activités. |
| Faiblesses | Risque de démotivation des organisations de mise en œuvre (gestion des fonds) | Suivi des subventions beaucoup plus difficiles avec les différents contrats de subventions |
| | Intégration des activités beaucoup plus difficiles (plusieurs acteurs | |

| | | |
|---|---|---|
| | avec leurs propres subventions et intervenant chacun dans des domaines spécifiques de la lutte contre le VIH | |
| | Dépend beaucoup de la capacité de gestion surtout financière de l'OGP | La coordination sera le plus grand défi. |

## V.2. Cycles de mise en œuvre et phasage des interventions

### V.2.1. Cycles de mise en mise en œuvre

La mise en œuvre de l'ACC est étalée sur plusieurs cycles dont la durée de chaque cycle doit être comprise entre 09 à 12 mois. Le premier cycle est établi pour renforcer la structuration des acteurs communautaires, pour mettre en place un socle de partenariat fort et pour introduire et initier les interventions à travers l'ACC. Les cycles qui suivent sont axés sur le maintien des acquis du (des) cycle(s) précédent(s) et l'introduction d'autres interventions ou composantes.

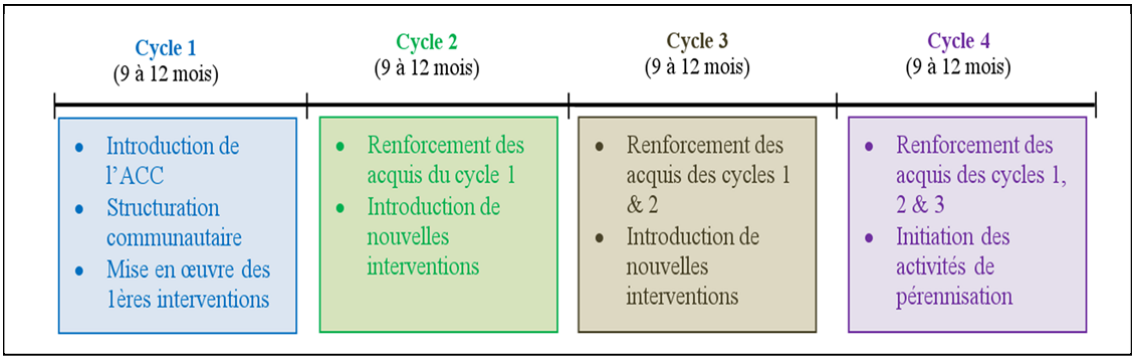



*Figure 5 : Illustration des cycles de mise en œuvre de l'ACC*

Il est à noter que chaque cycle comprend les différentes étapes de mise en œuvre de l'ACC qui sont essentiellement l'introduction & la planification participative, le renforcement de capacité des acteurs communautaires et le suivi & évaluation. Après l'achèvement d'un cycle et l'atteinte des objectifs, la communauté va passer à un autre cycle.

### V.2.2. Interventions et phasage

La mise en œuvre de l'ACC doit inclure la totalité des composantes de la lutte contre le VIH/SIDA qui sont prises en charge par PROVIC. Elle comprend également les aspects qualitatifs entre autres *(i)* le renforcement de la qualité des services au niveau communautaire axé sur la prévention des infections, la préservation de l'environnement des centres hospitaliers et formations sanitaires, et la gestion des déchets ; *(ii)* l'intégration de l'approche genre et *(iii)* le renforcement du système d'information communautaire. Ainsi, la mise en œuvre de l'ACC doit impliquer l'ensemble des acteurs locaux (associations, groupements, ONG, secteur public, secteur privé, organisations confessionnelles, groupes vulnérables, réseaux des PVV, etc.)

Le phasage des interventions signifie l'étalement des activités à mener par rapport à la durée d'intervention. Il nécessite l'établissement d'un paquet minimum d'activités intégrées à lancer au début du programme. Les autres activités vont être par la suite introduites progressivement. L'organisation du phasage doit être décidée conjointement par la communauté et tous les acteurs de mise en œuvre. Elle va surtout dépendre des objectifs à fixer pour chaque cycle.

*Tableau 4 : Liste des interventions incluses dans l'ACC et indicateurs de performance*

| Composantes | Stratégies/Activités | Entités à impliquer *(A titre indicatif)* | Indicateurs de performance (ACC) | Observation |
|---|---|---|---|---|
| **Prévention** | | | | |
| **PTME** | • Renforcement de l'offre de service PTME :<br>- Dépistage précoce des femmes enceintes<br>- Traitement médicamenteux (ARV) pour les Femmes enceintes VIH+<br>- Prise en charge des enfants nés des femmes VIH+<br>- Renforcement du système de référence et de contre référence<br>• Intégration de la Planification familiale<br>• Recherche active des femmes enceintes | • Formations sanitaires publiques, confessionnelles et privées<br>• Relais Communautaires pour la recherche active<br>• Réseaux de PVV | - # Femmes Enceintes testées pour le VIH à travers la PTME<br>- # Couples ayant fréquenté le service PTME<br>- # Enfants nés des femmes VIH+ pris en charge<br>- # femmes utilisatrices régulières de méthodes modernes de Planning Familial | |
| **CDV** | • Renforcement de l'offre de service CDV (Communautaire, fixe, DCIP)<br>• Renforcement de la prise en charge des victimes de violences sexuelles | • Centres CDV publics, privés<br>• ONG prestataires de CDV mobiles et communautaires<br>• Relais communautaires dans le renforcement du système de référence | - # personnes dépistées pour VIH à travers les CDV<br>- # personnes victimes de violences sexuelles prises en charge | Ces résultats sont à décliner par cibles et par sexe : travailleurs de sexe, militaires, camionneurs, étudiants, etc. |

| Composantes | Stratégies/Activités | Entités à impliquer<br>*(A titre indicatif)* | Indicateurs de performance (ACC) | Observation |
|---|---|---|---|---|
| | • Renforcement du système de référence et de contre référence | • Prestataires au niveau des Hôpitaux publics et privés (DCIP) | | |
| **Sensibilisation et mobilisation communautaires** | • Promotion PTME (CPN et dépistage précoce des femmes enceintes, PEC des FE VIH+, accouchement à la maternité des femmes VIH+, PEC des enfants nés des femmes VIH+) et de l'implication des hommes<br>• Promotion des CDV<br>• Promotion de la Planification familiale<br>• Promotion de la prévention des violences sexuelles<br>• Promotion des messages clés de prévention du VIH/SIDA<br>• Promotion des services de soins et soutien aux PVV/OEV | • Réseaux des PVV<br>• Relais communautaires<br>• Associations locales (confessionnelles, club des mamans, étudiants, camionneurs, etc.)<br>• Groupes vulnérables (TDS, Camionneurs, militaires, etc.)<br>• Leaders traditionnels et religieux<br>• Radio communautaires<br>• Toutes les entités pouvant véhiculer les messages | - # personnes sensibilisées sur les services CDV et PTME<br>- # couples sensibilisés sur le service PTME<br>- # couples sensibilisés sur la planification familiale<br>- # personnes sensibilisées sur la prévention des violences sexuelles<br>- # personnes sensibilisées sur les messages clés de prévention du VIH/SIDA | Ces indicateurs sont à décliner par sexe, par cibles (travailleurs de sexe, militaires, camionneurs, étudiants, etc.) et/ou groupes d'intervenants (Eglises, Relais communautaires, réseau des PVV, réseau des universitaires, réseau des écoles, réseau des radios rurales, etc.) |
| **Soins et soutien** | | | | |
| **Prise en charge psychosociale** | • Renforcement du soutien psychosocial des PVV/OEV<br>• Appuis aux centres ou groupes spécialisés de prise en charge des | • Réseaux des PVV<br>• Relais communautaires<br>• Associations locales (confessionnelles, club des mamans, étudiants, camionneurs, etc.)<br>• Leaders administratifs, traditionnels et religieux (groupes d'appui)<br>• Centres ou groupes spécialisés | - # PVV/OEV ayant reçu un appui psychosocial par un groupe de support | |

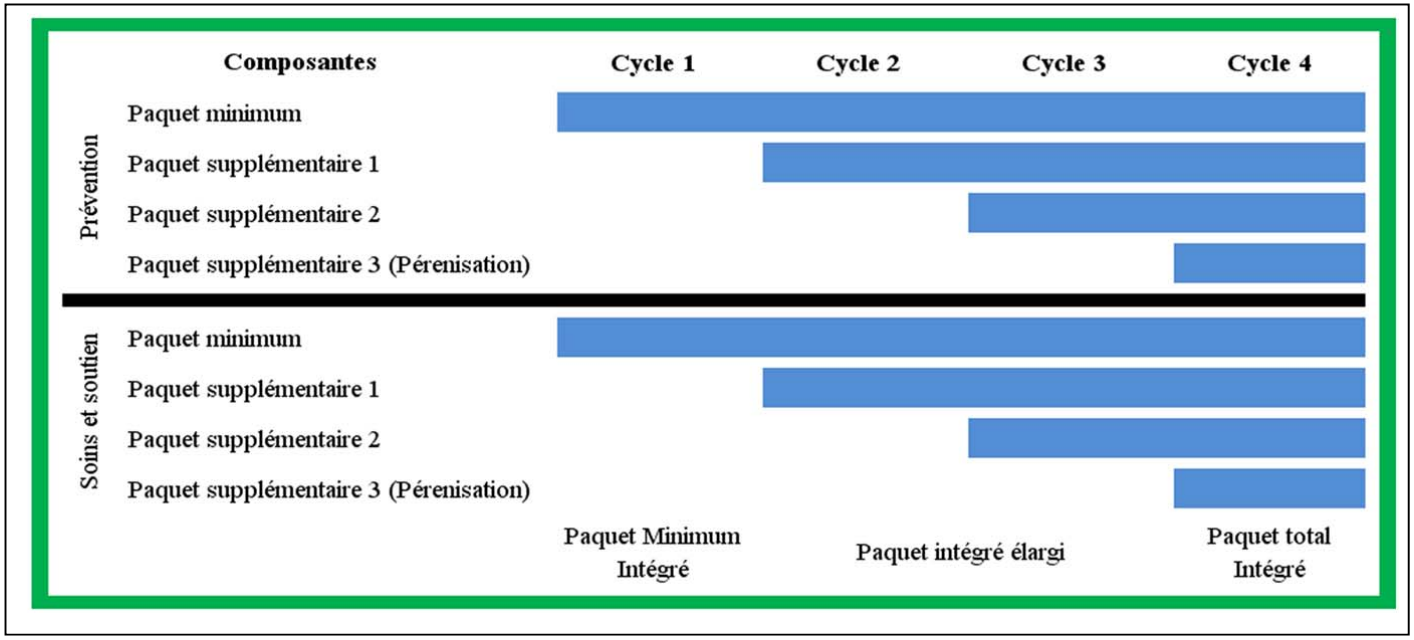
| Composantes | Stratégies/Activités | Entités à impliquer<br>*(A titre indicatif)* | Indicateurs de performance (ACC) | Observation |
|---|---|---|---|---|
| | | sur l'assistance psychosociale<br>Représentant du ministère des affaires sociales | | |
| **Renforcement économique** | • Mise en place de jardins potagers communautaires<br>• Mise en place de mutuelles communautaires<br>• Mise en place d'activités génératrices de revenus | • Réseaux des PVV<br>• Relais communautaires Associations locales (confessionnelles, club des mamans, étudiants, camionneurs, etc.)<br>• Leaders administratifs, traditionnels et religieux (groupes d'appui)<br>• ONG de mise en œuvre<br>• OGP<br>• Opérateurs économiques | - # groupes de PVV/OEV ayant des AGR | |

| Composantes | Stratégies/Activités | Entités à impliquer<br>*(A titre indicatif)* | Indicateurs de performance (ACC) | Observation |
|---|---|---|---|---|
| **Assistance médico-sanitaire** | • Soins à domicile des PVV et traitement préventif des infections opportunistes<br>• Suivi des traitements et des abandons de traitement<br>• Renforcement de système de référence et de contre-référence | • Réseaux des PVV<br>• Relais communautaires<br>• Associations locales (confessionnelles, club des mamans, étudiants, camionneurs, etc.)<br>• Leaders administratifs, traditionnels et religieux (groupes d'appui)<br>• ONG de mise en œuvre<br>• OGP<br>• Prestataires au niveau des formations sanitaires (privées, confessionnelles et publiques) | - # PVV/OEV référées vers les structures sanitaires<br>- # PVV/OEV bénéficiant de PEC médicale | |
| **Appuis nutritionnels** | • Education nutritionnelle<br>• Surveillance nutritionnelle des PVV/OEV<br>• Renforcement de système de référence et de contre-référence<br>• Mise en place de jardins potagers communautaires<br>• Renforcement de la prise en charge des cas de PVV malnutris<br>• Recherches actives | • Réseaux des PVV<br>• Relais communautaires Associations locales (confessionnelles, club des mamans, étudiants, camionneurs, etc.)<br>• Leaders administratifs, traditionnels et religieux (groupes d'appui)<br>• ONG de mise en œuvre<br>• OGP<br>• Centres de prise en charge nutritionnelle | - # PVV/OEV bénéficiant d'appui nutritionnel | |

| Composantes | Stratégies/Activités | Entités à impliquer<br>*(A titre indicatif)* | Indicateurs de performance (ACC) | Observation |
|---|---|---|---|---|
| **Appuis légal et juridique** | • Vulgarisation des lois<br>• Renforcement de la prise en charge des PVV, famille et les victimes de violences sexuelles par les Cliniques juridiques | • Réseaux des PVV<br>• Relais communautaires<br>• Associations locales (confessionnelles, club des mamans, étudiants, camionneurs, etc.)<br>• Leaders administratifs, traditionnels et religieux (groupes d'appui)<br>• ONG de mise en œuvre OGP<br>• Cliniques juridiques | - # personnes sensibilisées sur les lois<br>- # prises en charge par les cliniques juridiques | |
| **Accompagnement scolaire** | • Appuis économiques (frais scolaires, fournitures, etc.)<br>• Renforcement des centres de formations professionnalisantes pour les PVV/OEV<br>• Appui nutritionnel des OEV<br>• Renforcement des centres d'accueil pour les PVV/OEV | • Réseaux des PVV<br>• Relais communautaires<br>• Associations locales (confessionnelles, club des mamans, étudiants, camionneurs, etc.)<br>• Leaders administratifs, traditionnels et religieux (groupes d'appui)<br>• ONG de mise en œuvre<br>• OGP<br>• Représentant du Ministère de | - # PVV/OEV bénéficiant d'appuis scolaires<br>- # PVV/OEV bénéficiant de formations professionnalisantes | |

| Composantes | Stratégies/Activités | Entités à impliquer<br>*(A titre indicatif)* | Indicateurs de performance (ACC) | Observation |
|---|---|---|---|---|
| | | l'éducation, directeurs d'écoles | | |
| **Abris** | • Renforcement des centres d'accueil pour les PVV/OEV<br>• Promotion des familles d'accueil | • Réseaux des PVV<br>• Relais communautaires<br>• Associations locales (confessionnelles, club des mamans, étudiants, camionneurs, etc.)<br>• Leaders administratifs, traditionnels et religieux (groupes d'appui)<br>• ONG de mise en œuvre<br>• OGP<br>• Représentant du Ministère des affaires sociales<br>• Responsables des centres d'accueil PVV/OEV | - # PVV/OEV pris en charge par des centres d'accueil<br>- # PVV/OEV pris en charge par des familles d'accueil | |

Comme l'échéance de mise en œuvre des activités pour l'atteinte des objectifs est de court terme, le lancement des activités nécessite un phasage bien précis. La figure et le tableau ci-après, montrent à titre illustratif et indicatif un exemple de phasage des activités pour 4 cycles de mise en œuvre de l'ACC.



*<u>Figure 6</u> : Illustration du phasage des interventions*

*Tableau 5 : Exemple de phasage des activités de l'ACC*

| Composantes | Cycle 1 *(Paquet Minimum Intégré)* | Cycle 2 | Cycle 3 | Cycle 4 |
|---|---|---|---|---|
| PTME | • Renforcement de l'offre de service PTME :<br>- Dépistage précoce des femmes enceintes<br>- Traitement médicamenteux (ARV) pour les Femmes enceintes VIH+<br>- Prise en charge des enfants nés des femmes VIH+<br>• Renforcement du système de référence et de contre référence<br>• Recherche active des femmes enceintes | • Renforcement des acquis du Cycle 1<br>• Renforcement de l'intégration des services de Planning Familial | • Renforcement des acquis du Cycle 2 | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |
| CDV | • Renforcement de l'offre de service CDV (Communautaire, fixe, DCIP)<br>• Renforcement du système de référence et de contre référence | • Renforcement des acquis du Cycle 1<br>• Renforcement de la prise en charge des victimes de violences sexuelles | • Renforcement des acquis du Cycle 2 | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |

| Composantes | Cycle 1 *(Paquet Minimum Intégré)* | Cycle 2 | Cycle 3 | Cycle 4 |
|---|---|---|---|---|
| Sensibilisation et mobilisation communautaires | • Promotion PTME (CPN et dépistage précoce des femmes enceintes, PEC des FE VIH+, accouchement à la maternité des femmes VIH+, PEC des enfants nés des femmes VIH+) et de l'implication des hommes<br>• Promotion des CDV<br>• Promotion de la prévention des violences sexuelles<br>• Promotion des messages clés de prévention du VIH/SIDA<br>• Promotion des services de soins et soutien aux PVV/OEV | • Renforcement des acquis du Cycle 1 | • Renforcement des acquis du Cycle 2 | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |
| Prise en charge psychosociale | • Renforcement du soutien psychosocial des PVV/OEV | • Renforcement des acquis du Cycle 1 | • Renforcement des acquis du Cycle 2 | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |
| Renforcement économique | • Mise en place de jardins potagers communautaires | • Renforcement des acquis du Cycle 1<br>• Mise en place d'activités génératrices de revenus | • Renforcement des acquis du Cycle 2<br>• Mise en place de mutuelles communautaires | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |
| Assistance médico-sanitaire | • Soins à domicile des PVV et traitement préventif des infections opportunistes<br>• Suivi des traitements et des abandons de traitement<br>• Renforcement de système de référence et de contre-référence | • Renforcement des acquis du Cycle 1 | • Renforcement des acquis du Cycle 2 | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |

| Composantes | Cycle 1 *(Paquet Minimum Intégré)* | Cycle 2 | Cycle 3 | Cycle 4 |
|---|---|---|---|---|
| Appuis nutritionnels | • Education nutritionnelle<br>• Surveillance nutritionnelle des PVV/OEV<br>• Renforcement de système de référence et de contre-référence<br>• Mise en place de jardins potagers communautaires<br>• Recherches actives | • Renforcement des acquis du Cycle 1<br>• Renforcement de la prise en charge des cas de PVV malnutris | • Renforcement des acquis du Cycle 2 | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |
| Appuis légal et juridique | • Vulgarisation des lois | • Renforcement des acquis du Cycle 1<br>• Renforcement de la prise en charge des PVV, famille et les victimes de violence sexuelle par les Cliniques juridiques | • Renforcement des acquis du Cycle 2 | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |
| Accompagnement scolaire | • Renforcement des centres d'accueil pour les PVV/OEV | • Renforcement des acquis du Cycle 1<br>• Appuis économiques (frais scolaires, fournitures, etc.)<br>• Renforcement des centres de formations professionnalisantes pour les PVV/OEV<br>• Appui nutritionnel des OEV | • Renforcement des acquis du Cycle 2 | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |

| Composantes | Cycle 1 *(Paquet Minimum Intégré)* | Cycle 2 | Cycle 3 | Cycle 4 |
|---|---|---|---|---|
| Abris | • Promotion des Familles d'accueil | • Renforcement des acquis du Cycle 1<br>• Renforcement des centres d'accueil pour les PVV/OEV | • Renforcement des acquis du Cycle 2 | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |
| Autres | • Renforcement de l'aspect Genre<br>• Renforcement du système d'information communautaire | • Renforcement des acquis du Cycle 1<br>• Renforcement de la qualité des services à base communautaire | • Renforcement des acquis du Cycle 2 | • Renforcement des acquis du Cycle 3<br>• Initiation des activités de pérennisation |

## V.3. Etapes de mise en œuvre

Avant le lancement des activités de l'ACC, une étape préliminaire est nécessaire pour mener le plaidoyer en faveur de l'ACC/VIH/SIDA au niveau national et provincial. Les étapes de mise en œuvre proprement dite de l'ACC sont résumées dans la figure 7 et comprennent :

- Etape 1 : Introduction, plaidoyer et planification au niveau communautaire
- Etape 2 : Formation des acteurs communautaires
- Etape 3 : Revues et évaluation

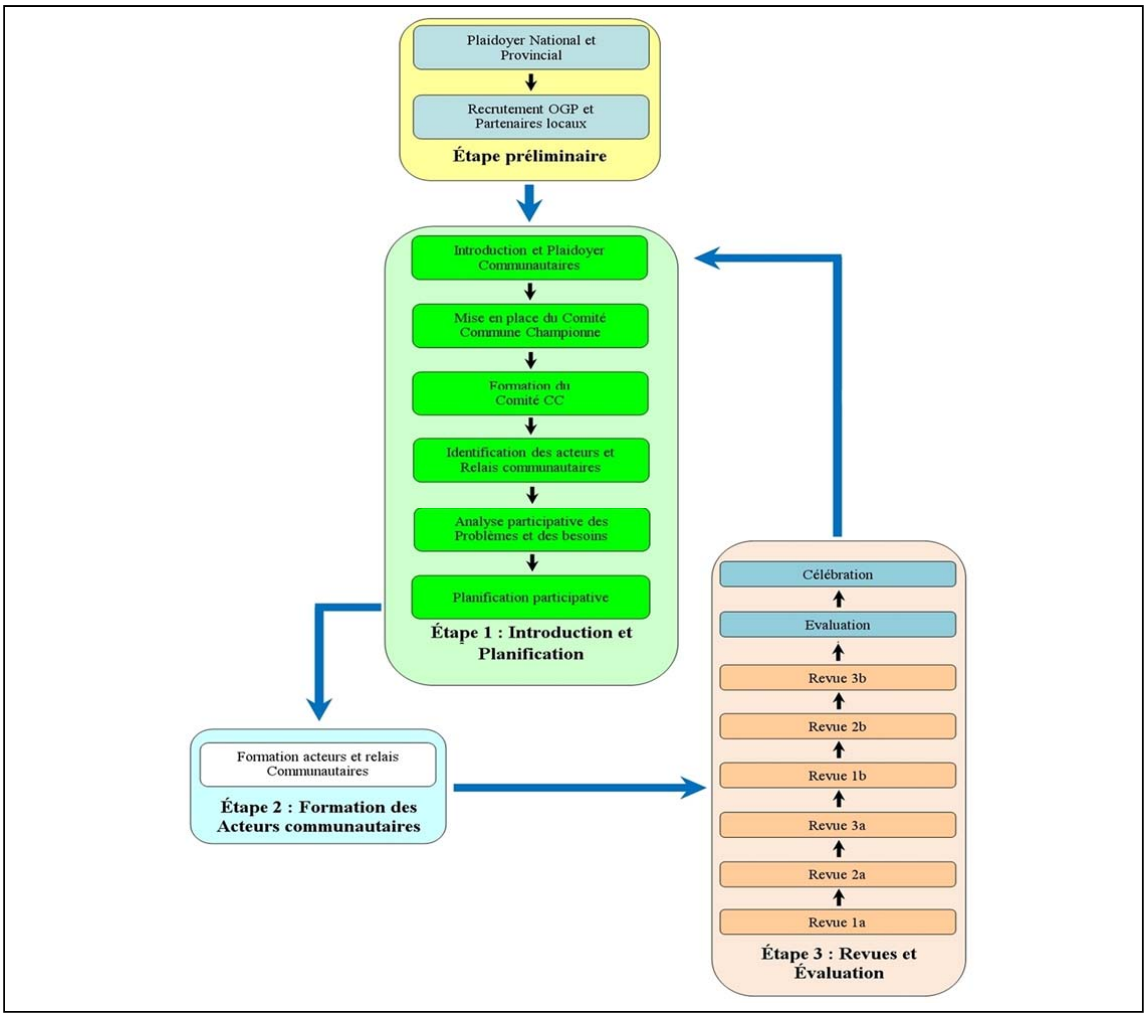



*Figure 7 : Etapes de mise en œuvre de l'ACC*

*Tableau 6 : Proposition de timing pour la mise en œuvre de l'ACC*

| Etapes | Durée minimale | Durée maximale |
|---|---|---|
| Etape 1 : Introduction, plaidoyer et planification au niveau communautaire | 1 mois | 2 mois |
| Etape 2 : Formation des acteurs communautaires | 1 mois | 2 mois |
| Etape 3 : Revues et évaluation | 7 mois | 8 mois |
| **Total** | **9 mois** | **12 mois** |

### V.3.1. Etape préliminaire

#### *V.3.1.1. Plaidoyer*

**Pourquoi le plaidoyer ?**

Les activités de plaidoyer visent à fonder un partenariat solide avec les autorités administratives et sanitaires dans le cadre des activités du développement sanitaire en général et de la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'ACC en particulier. Elles sont menées dans le but de :

- expliquer les objectifs et les principes de l'ACC dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- avoir leur adhésion et leur soutien total dans la mise en œuvre de l'ACC dans les sites choisis par PROVIC/USAID ;
- les influencer afin d'apporter un changement positif en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA. les influencer afin qu'ils agissent de manière plus équitable et qu'ils apportent un appui moral aux activités du programme et facilitent l'acceptation et l'appropriation du projet par la population locale.

**Qui sont les cibles des activités de plaidoyer ?**

La liste contenant les catégories de personnes cibles du plaidoyer ci-après n'est pas exhaustive et concerne les entités qui sont touchées directement ou indirectement par le programme de lutte contre le VIH/SIDA. Ces catégories sont :

- les autorités politico-administratives, détenteurs de décision, au niveau des différents départements ministériels centraux (ministère de la santé, le ministère de l'éducation, le ministère chargé des affaires sociales et du genre etc.) et provinciaux (Gouverneurs, ministres provinciaux, etc.) ;
- les responsables des mécanismes de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA au niveau central et provincial (PNMLS et PNLS) ;
- les opérateurs économiques (banquiers, associations des institutions de microfinance ; chefs d'entreprise, etc.) pouvant être engagées dans le renforcement et la mise en œuvre des initiatives locales pour l'instauration des activités génératrices de revenus et d'appuis économiques aux PVV ;
- les partenaires techniques et financiers œuvrant et intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA et dans le domaine du développement en général pour instaurer une meilleure coordination et complémentarité des interventions ;

- toute personne influente ayant une renommée d'envergure nationale et/ou provinciale (comme les artistes, journalistes, parlementaires, etc.) et qui peut représenter l'image « étoile » de la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'ACC.

Dans la mise en œuvre des activités de plaidoyer, il est important d'établir **un plan de plaidoyer clair.** Aussi, des supports de plaidoyer (documents de plaidoyer) contenant les informations clés sur la lutte contre le SIDA et la mise en œuvre de l'ACC sont à élaborer. Par ailleurs, un comité de plaidoyer doit être mis en place pour mener et coordonner la conduite du plaidoyer proprement dite.

**Quelles sont les activités à mener ?**

- Mettre en place un comité de plaidoyer ACC/VIH/SIDA dont les principales tâches sont d'établir le plan de plaidoyer, rédiger et approuver des documents de plaidoyer, et planifier et mettre en œuvre les activités de plaidoyer en faveur de l'ACC. Le comité doit être mixte et élargi à d'autres entités issues du secteur public, du secteur privé et de PROVIC.
- Elaborer un plan de plaidoyer incluant la liste des personnes à cibler, les différents outils de plaidoyer à utiliser, le calendrier de plaidoyer.
- Elaborer les documents de plaidoyer.
- Conduire le plaidoyer proprement dit (par le comité de plaidoyer).

### *V.3.1.2. Recrutement des Organisations Gestionnaires de Programme et des partenaires de mise en œuvre*

**Pourquoi recruter les OGP et les partenaires de mise en œuvre ?**

Les objectifs de cette phase sont de :

- identifier et recruter les différentes structures qui vont assurer la gestion, la mise en œuvre et le suivi des activités de l'ACC au niveau des sites d'intervention ;
- formaliser la contractualisation des subventions avec ces structures ;
- renforcer la capacité de ces structures en vue d'une meilleure gestion et exécution des interventions.

- **Les OGP** : Elles sont les premiers bénéficiaires des subventions et travaillent étroitement avec le Comité Communauté Championne pour la coordination de la mise en œuvre du paquet d'activités ACC selon le phasage défini au préalable. En assurant l'encadrement communautaire, elles sont responsables des aspects de renforcement de capacité, d'accompagnement et de suivi/supervision des communautés, du Comité CC et des

partenaires locaux de mise en œuvre. Pour ces derniers, les OGP assurent des suivis techniques qui peuvent s'étendre vers des suivis financiers également. Selon l'option de gestion de la mise en œuvre de l'ACC (*section V.1.3*), le rôle de l'OGP peut être à la fois de gestion technique et financière (gestion de l'ensemble des subventions) de l'ACC. Par ailleurs, selon leur domaine de compétence respective, elles peuvent aussi être responsabilisées pour certaines interventions clés et spécifiques comme la mise en place ou le renforcement des CDV communautaires, la gestion des centres d'accueil et de formations professionnalisantes pour les PVV/OEV ou le renforcement des réseaux communautaires. Elles assurent le rapportage aussi bien technique et/ou financier (selon l'option de gestion de l'ACC) de l'ensemble des interventions dans la zone d'intervention ACC au PROVIC.

- **Les partenaires de mise en œuvre :** Ils sont recrutés localement dans le but d'assurer la mise en œuvre d'interventions spécifiques comme le renforcement de la Prise en charge psychosociale des PVV/OEV, la mise en œuvre des activités de sensibilisation et mobilisation communautaire, les prestations CDV (fixes, mobiles et communautaires), centres d'accueil et/ou d'accompagnement scolaire des PVV/OEV, etc. Selon le modèle de gestion de l'ACC, ils obtiennent des subventions soit de l'OGP soit directement de PROVIC.

**Qui sont les OGP et partenaires de mise en œuvre ?**

**OGP :** A titre de référence, les critères ci-dessous peuvent définir le profil des entités et organisations qui peuvent jouer le rôle d'OGP :

- Toute organisation légalement constituée
- Ayant démontré et fait preuve de réussite dans le domaine du développement social et plus spécifiquement dans le domaine de la lutte contre le VIH SIDA.
- Ayant une forte capacité organisationnelle et de gestion aussi bien financière que programmatique.
- Ayant déjà bénéficié de financement ou de subvention antérieurs
- Ayant des expériences et des ramifications dans la zone d'intervention
- Ayant une expertise particulière dans la lutte contre le VIH/SIDA (exemple : CDV Communautaire, Assistance psychosociale, Appui juridique, etc.)

Les OGP peuvent être des ONG nationales, organisations confessionnelles, groupements/associations des PVV ou groupements des femmes.

**Partenaires de mise en œuvre :** Ils représentent les associations et groupements locaux basés dans la zone d'intervention et qui interviennent ou ayant intervenu dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. Ils sont responsables de la mise en œuvre proprement dite de la majorité des activités de l'ACC auprès de la Communauté cible, en particulier du volet sensibilisation et mobilisation communautaires. Ils peuvent être formellement constitués, ou le cas contraire[1], reconnus par l'ensemble des intervenants dans la zone cible de l'ACC.

Les associations locales des PVV, des églises locales (chorales, associations des mamans/hommes au sein des églises, etc.), des parents d'élèves, des étudiants, des travailleurs

[1] *Dans le cas où le partenaire de mise en œuvre n'est pas légalement constitué, parmi les rôles de l'OGP serait de l'accompagner et de l'appuyer dans la formalisation de son statut.*

de sexe, des camionneurs, des relais communautaires peuvent être retenues comme partenaires de mise en œuvre.

**Quelles sont les activités à mener ?**

Dans le cadre du recrutement des OGP et des partenaires de mise en œuvre, et à titre indicatif, les activités suivantes doivent être menées :

- Elaborer le manuel de gestion des subventions (pour PROVIC et basé sur les procédures de l'USAID) ;
- Elaborer les instructions pour l'appel à proposition pour le recrutement des OGP et des partenaires de mise en œuvre ;
- Elaborer le manuel pour les récipiendaires (à l'intention des OGP et des partenaires de mise en œuvre) qui inclut les procédures de gestion financière et les composantes techniques clés ;
- Lancer les appels d'offres ;
- Finaliser la contractualisation avec les OGP et les Organisations partenaires de mise en œuvre ;
- Mener des séances d'orientation technique pour les récipiendaires des subventions sur la gestion financière et programmatique
- Mettre en place des pools de formateurs (PROVIC provincial, OGP, Organisations locales partenaires de mise en œuvre) sur l'ACC, sur les composantes thématiques et sur les composantes transversales (genre, qualité et système d'information communautaire). Ces pools de formateurs vont assurer l'encadrement technique des partenaires et des acteurs communautaires incluant le suivi de la mise en œuvre des activités.

### V.3.2. Etape 1 : Introduction et planification participative

Pour cette étape 1, la mise en œuvre des activités est gérée et exécutée par l'OGP. Cette étape dure environ **1 à 2 mois** et comprend plusieurs sous étapes qui sont :

- L'introduction et le plaidoyer au niveau communautaire,
- La mise en place du Comité Communauté Championne,
- La formation des membres du Comité Communauté Championne,
- L'identification des acteurs et relais communautaires,
- L'analyse participative des problèmes et l'identifcation des besoins,
- La planification participative.

#### *V.3.2.1. Introduction et plaidoyer au niveau communautaire*

**Pourquoi l'introduction et le plaidoyer au niveau communautaire ?**

L'introduction de l'approche au niveau communautaire consiste à initier et développer le partenariat entre les differents acteurs de la communauté pour la bonne marche de la mise en œuvre des activités de l'ACC. Cette activité d'introduction vise à :

- prendre contact avec les meneurs d'opinions décideurs, leaders et acteurs communautaires et partager les objectifs et les principes de l'ACC dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- avoir leur adhésion et leur soutien total dans la mise en œuvre des différentes étapes de l'ACC dans les sites choisis par PROVIC/USAID,
- les influencer pour qu'ils agissent de manière plus équitable et qu'ils apportent un appui effectif aux activités du programme,
- les associer *(i)* dans l'exécution des activités de l'ACC incluant la planification, la coordination et le suivi et *(ii)* dans la mobilisation sociale et des acteurs, et l'IEC/CCC.
- initier leur engagement et leur appropriation du programme.
- initier l'adhésion des ONG et partenaires potentiels sur le terrain.

**Qui sont les cibles de l'introduction et du plaidoyer communutaire ?**

Les différentes entités et les personnes qui doivent etre ciblées au cours de cette introduction de l'ACC au niveau communautaire sont principalement :

- Les autorités et les leaders d'opinions au niveau de l'unité d'intervention à savoir : les autorités politico-administratives (exemples : chef de cité, chefs de quartier, etc.), les représentants des départements ministériels publics (médecin chef de zone de santé, chef de l'aire de santé, représentants des ministères de l'education, des affaires sociales, les directeurs d'écoles, etc.), les leaders traditionnels et religieux.
- Les acteurs potentiels locaux (associations, groupements, réseaux, etc.)

**Quelle est l'activité à mener ?**

- **Elaboration de note d'introduction et de document de plaidoyer à l'intention des OGP.** Ces documents sont à remettre aux leaders/acteurs communautaires lors de la réunion ou les rencontres d'introduction.
- **Réunion d'introduction et de plaidoyer** au niveau du site d'intervention ACC facilitée par l'OGP assistée par PROVIC et avec la participation des partenaires de mise en œuvre et les leaders/acteurs communautaires. Cette réunion peut etre renforcée par des visites privées groupées ou individuelles auprès des personnes/entités cibles.

***Encadré 1* : Introduction/plaidoyer : Thèmes à parcourir et/ou à débattre (non exhaustifs)**

- La notion de ACC et la lutte contre le VIH : objectifs, principes, mode de gestion et étapes de mise en œuvre, paquets d'intervention (prévention, soins et soutien), entités et structures de mise en œuvre (OGP, partenaires de mise en œuvre, Comité CC, acteurs communautaires, autres acteurs) ;
- La notion de comptétition saine, notion et importance du label « Communauté Championne » ;
- La notion d'engagement des leaders/acteurs communautaires et de la communauté elle-même ; et l'interrelation entre la communauté, les acteurs et les différentes entités concernées ;
- La mission du Comité Communauté Championne ;
- La composition des membres du Comité Communauté Championne, l'identification des relais et autres acteurs communautaires ;

### *V.3.2.2. Constitution du Comité Communauté championne*

Selon le niveau d'organisation préexistante dans le site, la constitution peut être faite soit immédiatement après la réunion d'introduction et de plaidoyer, soit après une certaine marge de temps ne devant pas dépasser 2 semaines.

Il est préférable de valoriser et renforcer les comités existants (exemples : comité de santé, comité de gestion, comité de développement social, etc.) et les rendre plus opérationnels pour la mise en œuvre de l'ACC. Les modalités et les règles de fonctionnement de ces comités doivent être adaptées et renforcées pour mieux répondre aux objectifs de l'ACC/VIH/SIDA.

**Pourquoi le Comité Communauté Championne ?**

Le Comité CC est la plateforme de pilotage, de coordination et d'appui à la mise en œuvre de l'ACC. A travers un processus très participatif, le Comité CC :

- détermine les priorités de l'ACC par rapport aux problèmes de base ;
- fixe les objectifs pour chaque cycle de l'ACC ;
- définit les activités à mener pour chaque entité/groupe et élabore le chronogramme des activités ;
- appuie et suit la mise en œuvre des activités planifiées, et identifie les problèmes et les facteurs de blocage ;
- suit l'état d'avacement des indicateurs par rapport aux objectifs fixés ;
- mène les activités de plaidoyer auprès des autres acteurs, leaders dans le site d'intervention ;
- mobilise les acteurs et les différentes entités dans la mise en œuvre de l'ACC ;
- fournit et mobilise les appuis nécessaires pour l'ACC y compris la résolution d'éventuels problèmes et contraintes opérationnels.

**Quelle est la composition du Comité CC ?**

Le Comité CC doit être composé par des individus de bonne volonté, crédibles et écoutés au sein de la communauté, disposés au volontariat et issus de différents groupes spécifiques. Sa composition doit tenir compte de la notion de genre et favoriser la participation des femmes. Le choix des membres du Comité CC doit être effectué et/ou validé par la communauté.

En moyenne, le nombre des membres du Comité CC doit être de 15. Les différentes entités doivent être, autant que possible, représentées dans le Comité. Les membres du Comité CC sont :

- des représentants des leaders locaux (administratifs : chef de cité, chefs de quartiers ; chefs religieux, chefs traditionnels) ;
- des représentants des services publics de base (santé, éducation, affaires sociales, etc.) ;
- des représentants du secteur privé (opérateurs économiques, prestataires privés, etc.) ;
- des représentants des acteurs (ONG et Association locale, groupement des femmes, étudiants, etc.) ;
- des représentants de l'OGP et des partenaires de mise en œuvre ;
- des réprésentants des groupes vulnérables (TDS, PVV, Camionneurs, etc.).

Les membres du Comité CC peuvent etre changés, remplacés ou rajoutés si la majorité le juge nécessaire. Le comité doit être organisé et avoir son président, qui de préférence, doit être le leader administratif (exemple : maire, chef de cité).

#### *V.3.2.3. Formation des membres des Comités CC*

**Pourquoi la formation des membres du Comité Communauté Championne ?**

L'objectif de cette formation est d'une part, de renforcer les acquis lors de l'introduction et plaidoyer et, d'autre part, de doter le Comité CC des compétences techniques nécessaires pour mieux mener sa mission, ses rôles et responsabilités. Ainsi, à l'issue de cette formation, il est attendu que le Comité CC ait une idée claire et une compréhension définie sur l'ACC, sur la lutte contre le VIH/SIDA et sur ce qui est à faire durant l'ensemble du processus de mise en œuvre.

## Quels sont les thèmes à traiter pendant la formation des membres CC ?

La formation des membres du Comité CC est à organiser et à faciliter par l'OGP. Elle entre parmi les responsabilités de l'OGP. La méthodologie de formation est l'andragogie, c'est-à-dire la technique de formation des adultes, qui se base surtout sur la participation effective et les expériences des participants. A titre indicatif, la durée de la formation peut varier de 2 à 4 jours selon le niveau des participants.

***Encadré 2* :Thèmes de formation des membres du Comité Communauté Championne**

Pour mieux répondre aux objectifs de la formation des membres du Comité CC, les thèmes qui doivent être traités sont :

- *La revue en détails des aspects techniques de la méthodologie, ie l'ACC* : définition, principes, objectifs, préalables et facteurs favorisant, les cycles et les étapes de mise en œuvre, les acteurs et leurs rôles et responsabilités respectifs, choix des acteurs et relais communautaires ;
- *La revue des aspects techniques sur les paquets de la lutte contre le VIH/SIDA pris en charge par l'ACC* : les défis, les différentes composantes médicales, sociales et économiques ;
- *Le Comité Communauté Championne et ses roles/responsabilités dans la mise en œuvre de l'ACC* ;
- *La revue en détails des aspects méthodologiques et managériaux de programme* :
  - ✓ methodologie d'identification et de priorisation des problèmes,
  - ✓ méthodologie de planification participative,
  - ✓ méthodologie de suivi et évaluation du programme,
  - ✓ méthodologie de gestion des informations (circuit du système d'information, utilisation des informations),
  - ✓ notion d'intégration de l'aspect genre : participation feminine dans l'ensemble du processus de l'ACC,
- *L'initiation aux techinques de Plaidoyer & de négociation, de Communication & de facilitation.*

Pour mieux capitaliser les acquis de chaque participant lors de la formation, il est impératif d'instaurer des séances de pretest au début et de posttest à la fin de la formation. Ces séances permettent également de planifier les éventuelles assistances à donner pour chaque participant.

### *V.3.2.4. Identification des acteurs et relais communautaires*

## Principes de base

L'identification et la mise en place des relais et acteurs communautaires répondent à des principes de base qui sont :

- *Il faut recruter les volontaires sur la base de critères clairs et précis*. La force du programme est dans son personnel.
- *Il faut prioriser les sites ou villages qui sont les plus éloignés et où les services sont handicapés ou manquants*. Les relais communautaires sont les ramifications des structures de santé. Ils assurent en partie les services de santé de base dans ces sites éloignés.
- *Il faut valoriser et renforcer les relais existants* : le principe est de ne pas réinventer les roues et de se baser sur les expériences des relais existants.
- *Il faut valoriser les atouts des individus comme la disponibilité, la volonté, la crédibilité et l'autorité* (Exemple : rendre tous les chefs quartiers en relais communautaires).
- *Il faut respecter l'organisation existante* : le principe est d'éviter que chaque programme met en place ses propres relais. En effet, les relais doivent appartenir à la zone d'intervention selon l'organisation existante (exemple : sous la supervision de la zone de santé et/ou de l'aire de santé) et non au programme.
- *Il faut favoriser l'implication effective de la communauté* dans l'identification des relais et acteurs communautaires. En effet, elle est la mieux placée pour faire le choix des relais et acteurs communautaires. Les volontaires devraient être recrutés parmi les membres de la communauté dans laquelle le projet est en œuvre afin d'augmenter les chances de durabilité.
- *Il faut toujours intégrer la notion du genre et favoriser ainsi la participation féminine*.
- *Il faut préalablement et clairement définir les tâches des relais/acteurs communautaires et il est essentiel d'avoir des objectifs communs.*
- *Il faut introduire dès le début de l'identification et dans les critères de choix, la notion de volontariat et de bénévolat.* Il faut travailler uniquement avec des volontaires qui tiennent réellement à la lutte contre le VIH parce que le travail est énorme et n'est pas rémunéré.

## Rôles et responsabilités des relais et acteurs communautaires

Le travail avec des volontaires et acteurs communautaires dans la lutte contre le VIH a certains avantages clairs tels que, par exemples, la participation effective de la communauté dans la lutte contre le VIH, le renforcement de capacité et le transfert de compétence vers la communauté, un relais assuré entre les bénéficiaires et l'organisation, un suivi des bénéficiaires dans la communauté assuré de manière continue, et l'expérience transférée et partagée à d'autres partenaires de la lutte.

Les RC jouent le rôle de catalyseurs et de ponts entre les communautés et les services. Leurs rôles consistent à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge de la communauté bénéficiaire en matière de SIDA. De ce fait, les rôles des relais communautaires sont de :

- conduire les activités de sensibilisation et de mobilisation à travers la diffusion des messages clés (sensibilisation de masse, communication interpersonnelle) sur les différents thèmes et aspects de la lutte ;

- mener les prestations spécifiques comme l'assistance psychosociale aux PVV/OEV, le suivi des traitements et les soins à domicile, la référence, la distribution à base communautaire des produits PF (préservatifs).

- mener les visites à domicile : Les visites à domiciles sont la partie la plus sensible et la plus difficile d'un projet quel qu'il soit. Les qualités des volontaires les plus motivés sont fondamentales à leur succès. Il est impératif de se servir d'une liste de règles à suivre pendant les visites à domicile afin de s'assurer que les bénéficiaires soient le plus à l'aise possible. Cela a peut être "un air prescriptif, mais c'est une partie du travail absolument cruciale. Les visites à domicile apportent un soulagement à la souffrance de la personne infectée ou affectée par le VIH. Elles permettent une rencontre directe entre le volontaire ou l'assistant social et la personne malade. Au cours de ces visites, les volontaires apportent parfois des aides matérielles (savons, nourriture, habits…) et des soins aux malades grabataires. Il faut se rappeler que parfois les visites à domicile sont pour le soin palliatif. Chez les grabataires, cela comporte différents éléments, notamment le lavage du patient ou de ses vêtements, l'aide à la prise de médicaments, la préparation de repas, etc. Tout cela est extrêmement important.

- assurer le rapportage des activités réalisées.

**Critères de choix des relais et acteurs communautaires**

Les relais communautaires doivent être :

- Acceptés et choisis par la communauté ;
- Crédibles vis-à-vis de la communauté ;
- Capables de lire, écrire et compter ;
- Disposés au volontariat et au bénévolat ;
- Physiquement aptes ;

Les critères ci-après peuvent constituer d'atouts majeurs pour le choix des relais et acteurs communautaires :

- Ayant une occupation professionnelle stable. Ce critère est essentiel pour remédier au problème de motivation des relais communautaires.
- Ayant des expériences antérieures dans le domaine de la sensibilisation et de la mobilisation communautaire.
- Ayant au moins un diplôme d'Etat.
- La participation féminine.

Les relais communautaires doivent être mis en place en priorité dans les zones ou villages situés à plus de 5 km des points de prestation de services de santé ou des formations sanitaires. Le nombre de relais à mettre en place par village ou quartier dépend de l'étendue géographique et de la taille de la population. En moyenne et à titre indicatif, le ratio doit être de 1 relai communautaire pour 250−500 habitants ou d'un minimum de 2 relais par quartier ou village.

### *V.3.2.5. Analyse participative des problèmes*

**Pourquoi l'analyse des problèmes ?**

Cette activité de pré-planification vise :

- la conscientisation de la communauté sur leurs problèmes,
- le renforcement de capacités locales sur le diagnostic et analyse de problèmes communautaires relatifs à la santé,
- la responsabilisation à la prise en main de l'amélioration de leur état de santé et,
- le renforcement de la responsabilisation communautaire et de l'engagement des acteurs clés.

Ainsi, elle est instaurée pour mener la collecte des informations de base ; pour identifier, analyser et prioriser ensemble les problèmes et pour définir les solutions à adopter pour faire face à ces problèmes.

**Comment l'analyse des problèmes est menée ?**

Ce processus continu doit être facilité par les membres du Comité CC assistés par le technicien de l'OGP, et doit inclure la participation de tous les membres du Comité CC. Durant la collecte des informations de base, le Comité CC doit être assisté par l'OGP et accompagné par les reponsables au niveau des formations sanitaires et des centres de prestations dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA (CDV, PTME, etc.).

La séance d'analyse et de priorisation des problèmes peut être menée séparément ou combinée à la réunion de planification. Elle doit être facilitée par les membres du Comité CC eux-mêmes assistés par le staff technique de l'OGP. Elle dure en moyenne 1-2 jours. Tous les aspects organisationnels (logistiques et financiers) sont par contre sous la responsabilité directe de l'OGP.

### *V.3.2.6. Planification participative*

**Pourquoi la planification participative ?**

La planification participative vise à impliquer activement les acteurs locaux et communautaires dans la fixation des priorités et des objectifs, dans l'identification des meilleures stratégies et activités à base du contexte local et de l'analyse de situation, dans la répartition et la planification des tâches et activités à mener pour une période bien limitée (Cycle de mise en œuvre de l'ACC). Elle est également axée sur le renforcement :

- de la responsabilisation mutuelle de chaque entité et acteur dès la planification et pendant la mise en œuvre ;
- de l'esprit d'équipe et d'entreprenariat social ;
- des capacités locales sur la planification communautaire ;
- de la responsabilisation des communautés sur la prise en main de l'amélioration de leur état de santé ;
- de l'engagement des acteurs clés ;
- des liens entre les entités et structures concernées

**Comment la planification participative est-elle menée ?**

La planification est effectuée à travers un atelier communautaire de 2−3 jours avec la participation de toutes les parties prenantes incluant surtout tous les membres du Comité CC. Toutes les entités et tous les quartiers doivent être représentés.

L'atelier doit être facilité par la communauté elle-même à travers les membres du Comité CC qui sont formés sur la planification communautaire participative. Pour cette tâche, ils sont assistés par les techniciens de l'OGP et/ou par le responsable au niveau de la formation sanitaire du site ACC.

Durant l'atelier, les participants doivent :

- **Fixer les priorités et la manière de mesurer les résultats :** Il faut inclure tous les acteurs sur le terrain dans la planification des activités et la spécification des résultats à fournir.
- **S'appuyer sur l'analyse de la situation effectuée sur les sites du projet** pour concevoir les stratégies appropriées et pour améliorer la prise en charge des bénéficiaires du programme.
- **Appuyer les activités en encourageant les mécanismes de responsabilisation** qui soutiennent la collaboration et la coordination entre collaborateurs. Il est ainsi possible d'obtenir un meilleur rapport coût-efficacité.
- **Fixer les objectifs pour chaque intervention :**
  - Un objectif décrit le résultat attendu de l'accomplissement d'une activité ou d'un groupe d'activités après une période déterminée.
  - Au préalable, le programme doit établir un menu d'indicateurs sur lesquels la communauté aura à choisir ou à ajouter d'autres indicateurs si elle le juge nécessaire.
  - Pour le processus de définition des objectifs, il est impératif de respecter les conditions ci-après :

    ✓ Avant de fixer les objectifs, il est nécessaire de connaître la situation réelle des indicateurs sur le domaine concerné ainsi que les différents facteurs touchés ou impliqués directement ou indirectement. La fiabilité et la disponibilité des indicateurs sont incontournables. La disponibilité de l'information est de ce fait un élément déterminant.

    ✓ Le processus de définition des objectifs doit être participatif, obéir à des normes, réalisme, faisabilité, ni surestimé, ni sous-estimé et répondre à la fois à la politique nationale et aux priorités locales. Chaque entité doit participer à la définition des objectifs et fixer ceux à atteindre par son entité comme l'exemple suivant :

*Tableau 7 : Exemple de répartition des objectifs par entité concernée*

| Indicateurs | Objectifs répartis par entité | | | | | Total pour l'ACC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | PVV | Militaires/policiers | TDS | Enseignants | Groupements de femmes | |
| Nombre de personnes dépistées par les CDV | 100 membres de famille PVV | 100 Militaires | 50 femmes TDS | 50 Enseignants | 200 Femmes | 500 |
| Nombre personnes sensibilisées sur les services CDV et PTME | 200 membres de famille PVV | 200 Militaires | 100 femmes TDS | 100 Enseignants | 400 Femmes | 1000 |

✓ Les indicateurs pour la fixation des objectifs qui seront choisis par la Communauté doivent être simples et faciles à comprendre. Il est inutile d'introduire des indicateurs complexes. Les objectifs ainsi choisis doivent être :

- **S**pécifiques : Offrent une solution aux problèmes identifiés au cours de l'analyse de la situation réelle
- **M**esurables : Peuvent être quantifiés ou chiffrés
- **A**ccessibles : Mettent en valeur les ressources et les potentialités locales identifiées au cours de l'analyse de la situation réelle
- **R**éalisables : Peuvent résoudre le problème (par les activités définies) avec les ressources disponibles.
- **T**emporels : Sont limités dans le temps

*Exemples d'indicateurs :*

- *Nombre de sites CDV Communautaires opérationnels et mis en place par la communauté durant les 6 prochains mois*
- *Nombre de personnes dépistées par les CDV communautaires durant les 6 prochains mois*
- *Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH au niveau des Formations sanitaires publiques durant les 6 prochains mois*
- *Nombre de PVV ayant reçu un appui psychosocial par les groupes de supports durant les 6 prochains mois*

• **Planifier le travail sur une base bien déterminée :** prendre en considération les résultats passés et assurer un budget conséquent. La planification des activités à mener doit tenir compte en premier lieu des ressources locales qui peuvent être mobilisées par chaque entité à base des objectifs fixés. Elle doit être définie pour une période déterminée (exemple : pour 9 mois ou annuelle). A titre indicatif, le plan d'action doit contenir les points suivant :

- ✓ Problèmes.
- ✓ Objectifs (A répartir par intervenants et par zones).
- ✓ Activités (Demander ce que chaque entité peut faire).
- ✓ Résultats attendus.
- ✓ Responsables.
- ✓ Date prévue/période.
- ✓ Ressources.
- ✓ Observations.

*Tableau 8 : Modèle de base pour developper le plan d'action*

| Problèmes | Objectifs | Activités | Résultats | Responsables | Période (Dates) | Ressources | Observation |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

• **Etablir et signer un contrat d'engagement :** L'engagement des différentes entités doit etre formalisé à travers l'élaboration d'un contrat (*en annexe 01 un modèle de contrat*

*communautaire*) où tous les représentants des différentes entités doivent apposer leurs signatures. La table des objectifs avec les différents indicateurs est à annexer au contrat.

***Encadré 4* : Les éléments clés de la planification communautaire**

- Elle doit être participative
- Elle doit inclure toutes les entités pouvant intervenir dans la mise en œuvre des actions à mener
- Elle doit être facilitée par la communauté elle-même
- Elle doit valorisée en premier lieu les ressources locales existantes
- Le rôle de l'OGP est d'assurer que les objectifs et activités sont bien cadrés dans les objectifs de programme et qu'ils ne sont ni trop ambitieux ni sous-estimés.
- Chaque entité doit avoir sa part de responsabilité aussi bien dans les objectifs fixés que dans les activités à mener. Elle sera évaluée à base de sa part.
- L'engagement de chacun doit être formalisé par un contrat signé

### V.3.3. Etape 2 : Formation des relais communautaires

**Pourquoi la formation des relais communautaires ?**

La formation des relais communautaires est une étape clé de l'ACC. En effet, les relais communautaires sont parmi les pièces maitresses de la réussite ou non de l'ACC au niveau des communautés. Ainsi, la formation des relais communautaires doit être menée dans le but de les appuyer et les aider dans l'accomplissement de leurs tâches, rôles et responsabilités sur la lutte contre le VIH/SIDA. Ces taches sont essentiellement de :

- Promouvoir les messages clés sur la prévention et sur les services disponibles (CDV, PTME, PF, Cliniques juridiques, etc.) ;
- Assurer les prestations spécifiques comme la PF (condom) et référer pour les autres méthodes ;
- Assurer l'accompagnement des PVV (APS, Suivis de traitement et soins à domicile, accompagnement scolaire, etc.) ;
- Assurer la recherche active (recherche des abandons de traitement, des perdus de vue PF, des femmes qui doivent faire la PTME, etc.) ;
- Assurer la référence des cas graves ou hors de leur compétence (aggravation ou complication identifiée lors des suivis à domicile) ;
- Assurer le rapportage des activités menées ;
- Participer aux revues mensuelles ACC ;
- Participer aux autres activités, selon le besoin, et qui peuvent contribuer dans l'atteinte des objectifs de l'ACC (exemples : campagne nationale, évènements divers : sportifs, culturels ou économiques).

Ainsi à l'issue de la formation, les relais communautaires doivent être en mesure de mener à bien leur mission. La fin de la formation marque le lancement effectif de la mise en œuvre des activités de l'ACC au niveau des communautés.

**Quels sont les thèmes à traiter ?**

Les thèmes à traiter doivent répondre aux objectifs de la formation. La liste ci-après n'est pas exhaustive, mais reflète les thèmes de base qui doivent être traités et discutés :

*Tableau 9 : Liste des thèmes à traiter lors de la formation des relais communautaires*

| Thèmes | Sous-thèmes |
|---|---|
| Technique de base de communication | - la communication<br>- l'information et les canaux,<br>- la retro-information,<br>- les obstacles à la communication<br>- les messages,<br>- les techniques de communication : la communication de masse, la communication interpersonnelle (VAD)<br>- les rôles des relais communautaires par rapport à la sensibilisation et la mobilisation communautaires |
| Approche Communauté Championne | - Objectifs<br>- Principes<br>- Cycles et étapes de mise en œuvre<br>- Notion de compétition<br>- Rôles et responsabilités de chaque entité |
| Thèmes et messages clés | - Prévention (CDV, PTME, sensibilisation et mobilisation communautaires, la PF),<br>- Soins et soutien (APS, Soins à domicile, Appui économique, accompagnement scolaire, abris, appui nutritionnel, appui juridique), et la référence<br>- Rôles des relais communautaires par rapport aux aspects thématiques |
| Aspects transversaux | - Recherche active<br>- Notion genre<br>- Notion qualité<br>- Système d'information et le rapportage<br>- Rôles et responsabilités des relais communautaires par rapport aux aspects transversaux |

**Comment la formation doit-elle être menée ?**

- *Organisation* : L'organisation technique, financière et logistique de la formation des relais communautaire doit être sous la responsabilité directe de l'OGP.

- *Lieu* : Au niveau du Chef-lieu de l'unité d'intervention (exemple : si l'unité d'intervention pour l'ACC est la Commune, il est préférable d'organiser la formation au niveau du Chef-lieu de la Commune ; si c'est la Cité, elle sera conduite au niveau du Chef-lieu de la Cité)

- *Facilitation* : la facilitation de la formation doit être assurée par les techniciens de l'OGP.

- *Durée* : Selon les expériences et le niveau de compétence des relais communautaires, la formation doit durer entre 3 à 5 jours.

- *Méthodologie* : Andragogie à travers une formation groupée - favoriser les expériences et la participation active des relais pendant la formation. Mener des séances pratiques.

- *Support* : Manuel ou guide à l'intention des relais communautaires.

*Tableau 10 : Exemple de répartition des sessions lors de la formation des relais communautaires*

| | Jour 1 | Jour 2 | Jour 3 | Jour 4 | Jour 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Matin | TBC | Thématique | Thématique | Transversale : Genre, qualité | Séances Pratiques |
| Après-midi | ACC | Thématique | Thématique | Transversale : système d'information et rapportage | Séances Pratiques |

Pour mieux capitaliser les acquis lors de la formation, il est indispensable de mener des séances de pré-test et de post-test respectivement avant et à la fin de la formation.

### V.3.4. Etape 3 : Revue des activités et évaluation

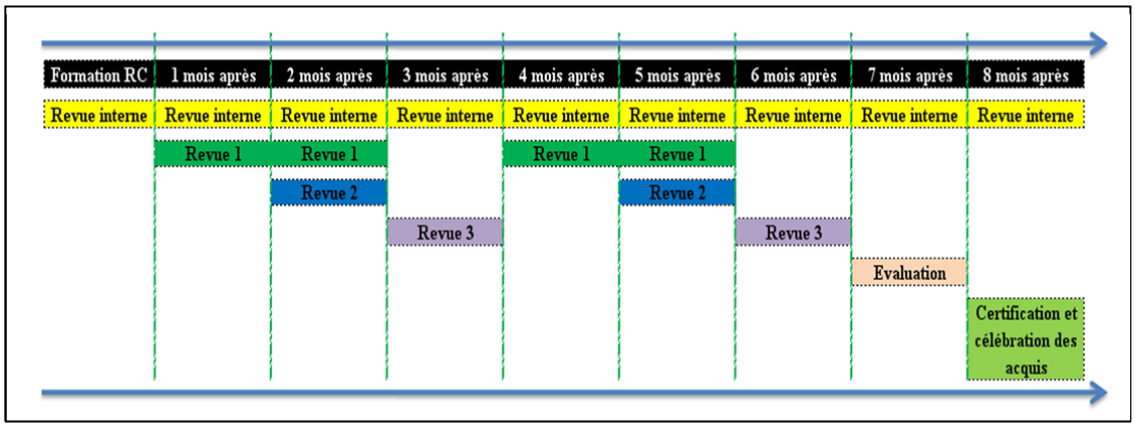



*Figure 8 : Timing de l'étape de revue ACC*

### *V.3.4.1. Revue des activités*

- **Revue interne**

**Pourquoi la revue interne ?**

Les objectifs de cette revue interne sont de :

- revoir l'état d'avancement des activités (facteurs de réussite, de blocage, partage) et/ou des indicateurs,
- apprécier l'état de réalisation financière,
- identifier ensemble les solutions appropriées aux blocages,
- planifier les activités pour les mois prochains et,
- préparer les autres activités de revue.

**Qui participent à la revue interne ?**

Les staffs techniques et financiers pour chaque organisation partenaire de mise en œuvre ou l'OGP

**Comment la revue interne doit-elle être organisée ?**

L'ACC propose que chaque acteur du projet organise et tienne une revue interne. C'est une réunion interne pour chaque organisation, partenaire de mise en œuvre et surtout pour l'OGP. D'une durée de 1-2 jours, ces revues doivent être organisées mensuellement et tenues avant les autres types de revue.

- **Revue 1 - Revue Communautaire**

**Pourquoi la revue communautaire ?**

La revue communautaire vise à initier et responsabiliser les partenaires communautaires dans l'auto suivi à travers :

- la revue de l'état de réalisation des paquets d'activités au niveau communautaire et du niveau d'avancement des indicateurs,
- l'identification des facteurs de réussite et le partage d'expériences entre les différentes entités,
- l'identification commune des facteurs de blocage ainsi que des solutions appropriées,
- la planification/préparation commune des activités pour les mois prochains.

Par ailleurs, la revue communautaire peut également constituer d'opportunité pour adresser les faiblesses et lacunes techniques des partenaires communautaires.

**Qui participent à la revue communautaire ?**

Les participants/cibles de ces revues sont :

- les techniciens des partenaires de mise en œuvre et de l'OGP,
- tous les membres du Comité CC et,
- les relais/acteurs communautaires.

**Comment la revue communautaire doit-elle être menée ?**

- ✓ *Organisation* : L'organisation technique, financière et logistique de la revue communautaire doit être sous la responsabilité directe de l'OGP.

- ✓ *Lieu* : Au niveau du Chef-lieu de l'unité d'intervention (exemple : si l'unité d'intervention pour l'ACC est la Commune, il est préférable d'organiser la revue communautaire au niveau du Chef-lieu de la Commune ; si c'est la Cité, elle sera conduite au niveau du Chef-lieu de la Cité)

- ✓ *Facilitation* : la facilitation de la revue doit être assurée par le Comité CC assisté par les techniciens de l'OGP.

- ✓ *Durée* : La revue communautaire doit avoir un rythme mensuel et durer entre 2 à 3 jours

- ✓ *Période* : La première revue communautaire doit être tenue au moins 01 mois après la séance de formation des relais communautaires. Les autres sont à 02, 04 et 05 mois après cette séance de formation.

- ✓ *Méthodologie* : Participative à travers une réunion groupée - favoriser les expériences et la participation active de chaque entité et surtout des relais communautaires.

- ✓ *Supports* : Manuel ou guide à l'intention de l'OGP, PV des réunions de revue interne des organisations partenaires de mise en œuvre, et de l'OGP ; rapport mensuel d'activités de chaque partenaires et des acteurs communautaires avec les données sur chaque indicateur.

L'OGP doit établir un procès-verbal de chaque revue communautaire qui doit figurer dans le rapport mensuel des activités de l'OGP.

***Encadré 5* : Quelques points clés de la revue communautaire**

Au cours de la revue communautaire :

- ❖ **Demander à chaque volontaire d'exposer ses problèmes** et de proposer les solutions qu'il envisage
- ❖ **Identifier les volontaires qui travaillent bien** et leur demander de présenter leurs expériences afin que les autres s'en inspirent.
- ❖ **Encourager leur travail de volontaire, et apporter autant que possible des solutions à leurs problèmes**
- ❖ **Toujours valoriser les efforts déployés par les volontaires aussi minimes soient-ils.**
- ❖ **Faire participer les différentes entités dans l'identification des problèmes et les solutions à adopter, dans le partage des expériences**.
- ❖ **Favoriser la recherche des solutions par la communauté elle-même.**

- **Revue 2 : Revue programmatique**

**Pourquoi la revue programmatique ?**

La revue programmatique est plus élargie par rapport à celle communautaire et a comme objectifs axés sur la gestion programmatique de l'ACC. Ainsi, elle est surtout focalisée sur :

- le suivi de la performance de chaque site ACC en termes de réalisation des activités et de progression des indicateurs ;
- l'appréciation de la performance des OGP, des Partenaires de mise en œuvre et des Relais communautaires ;
- la coordination des interventions ;
- les échanges entre les différents sites, OGP et partenaires de mise en œuvre ;
- les lacunes et obstacles en termes de mise en œuvre ;
- la planification des actions de redressement ;

**Qui participent à la revue programmatique ?**

Les participants à la revue programmatique sont :

- les représentants des Communautés (2 à 3 membres de Comité CC et 2 à 3 représentants des relais communautaires par site ou unité d'intervention ACC) ;
- les représentants des OGP et des partenaires de mise en œuvre (2 à 5 membres) ;
- les représentants des structures administratives sanitaires (1-2 représentants par zone de santé et 1 représentant de l'Inspection Provinciale de la santé, 1 représentant chacun du PNLS et PNLMS provincial) ;
- les représentants des autres départements ministériels (Affaires sociales, genre, éducation, etc.) ;
- et les représentants du PROVIC au niveau du Bureau Provincial (2 à 5 membres du staff) ;

Selon le niveau et la nature des éventuels problèmes et obstacles rencontrés, il est possible de faire appel à d'autres entités qui peuvent être concernées à participer à cette revue.

**Comment la revue programmatique doit-elle être menée ?**

- ✓ *Organisation* : L'organisation technique, financière et logistique de la revue communautaire doit être conjointement sous la responsabilité directe de l'OGP et de PROVIC (Exemple : PROVIC s'occupe des aspects logistiques et organisationnels au niveau du site pour la tenue de la revue alors que l'OGP s'occupe de la prise en charge des représentants communautaires).

- ✓ *Lieu* : Au niveau du Chef-lieu de regroupement administratif des unités d'intervention (exemple : si l'unité d'intervention pour l'ACC est constituée de plusieurs Cités dans une zone de santé, il est préférable d'organiser la revue programmatique au moins au niveau du Chef-lieu de la Zone de Santé ou même au niveau du Chef-lieu de Province)

- ✓ *Facilitation* : la revue doit être présidée par le représentant de l'Inspection Provinciale de la Santé alors que la facilitation de la revue doit être assurée par les techniciens de PROVIC.

- ✓ *Durée* : La revue programmatique doit avoir un rythme trimestriel et durer entre 1 à 2 jours.

- ✓ *Période* : La première revue programmatique doit être tenue au moins 02 mois après la séance de formation des relais communautaires. La deuxième pour le Cycle 1 est à mener vers le 05ème mois après cette séance de formation.

- ✓ *Méthodologie* : Participative à travers une réunion groupée - favoriser les expériences et la participation active de chaque entité et surtout des représentants communautaires.

- ✓ *Supports* : PV des réunions de revue interne des organisations partenaires de mise en œuvre, et de l'OGP ; PV des revues communautaires, rapport mensuel d'activités de chaque partenaire et des acteurs communautaires avec les données sur chaque indicateur.

Le procès-verbal de chaque revue programmatique doit établi.

- **Revue 3 : Revue communautaire**

**Pourquoi la revue 3 ?**

C'est une revue qui est surtout orientée sur l'autoévaluation (à mi-parcours et pré-finale) au niveau de la communauté et par la communauté elle-même. Aussi, la revue 3 est beaucoup plus axée sur le renforcement thématique des relais communautaires à travers une remise à niveau ciblée effectuée par les techniciens de l'OGP. En plus de l'autoévaluation, les objectifs de cette revue 3 est la-même que celle de la revue 1.

L'auto-évaluation pré-finale vise à préparer l'évaluation finale de l'ACC.

**Qui participent à la revue 3 ?**

Les participants/cibles de ces revues sont :
- les techniciens des partenaires de mise en œuvre et de l'OGP,
- tous les membres du Comité CC et,
- les relais/acteurs communautaires.

**Comment la revue 3 doit-elle être menée ?**

- ✓ *Organisation* : L'organisation technique, financière et logistique de la revue communautaire doit être sous la responsabilité directe de l'OGP.

- ✓ *Lieu* : Au niveau du Chef-lieu de l'unité d'intervention (exemple : si l'unité d'intervention pour l'ACC est la Commune, il est préférable d'organiser la revue communautaire au niveau du Chef-lieu de la Commune ; si c'est la Cité, elle sera conduite au niveau du Chef-lieu de la Cité)

- ✓ *Facilitation* : la facilitation de la revue doit être assurée par le Comité CC assisté par les techniciens de l'OGP.

- ✓ *Durée* : La revue 3 doit durer entre 2 à 3 jours. Pour chaque cycle de l'ACC, il y a au moins 2 revues communautaires 3.

- ✓ *Période* : Il est indiqué de tenir les revues 3 respectivement aux 3ème et 6ème mois après la séance de formation des relais communautaires.

- ✓ *Méthodologie* : Participative à travers une réunion groupée - favoriser les expériences et la participation active de chaque entité et surtout des relais communautaires. Evaluation de l'atteinte des objectifs par entité et pour l'ensemble du site ACC, et identification des facteurs de réussite et de blocage. Adoption de solutions adéquates.

- ✓ *Supports* : Manuel ou guide à l'intention de l'OGP, PV des réunions de revue interne des organisations partenaires de mise en œuvre, et de l'OGP ; rapport mensuel d'activités de chaque partenaire et des acteurs communautaires avec les données sur chaque indicateur, Tableau de bord pour le suivi des indicateurs et des objectifs *(voir en annexe 02 : modèle de tableau de bord)*.

L'OGP doit établir un procès-verbal de la revue 3 qui doit figurer dans son rapport mensuel d'activités.

### *V.3.4.2. Evaluation*

**Pourquoi l'évaluation de l'ACC ?**

L'évaluation est l'une des étapes cruciales de l'ACC à travers laquelle un site ACC peut être certifié et déclaré Communauté Championne. En effet, comme l'ACC est une approche qui est basée sur les résultats, l'évaluation doit être menée afin de pouvoir :

- apprécier l'atteinte des objectifs du programme,
- apprécier l'efficacité des approches techniques et,
- formuler les leçons tirées des réalisations antérieures du projet pour une meilleure optimisation des impacts à travers l'élaboration de stratégie plus efficace.

Ainsi, l'évaluation de l'ACC pour le cycle 1 va permettre de réorienter et optimiser les stratégies pour le Cycle 2 et ainsi de suite.

## Qui participent à l'évaluation de l'ACC ?

Toutes les entités concernées doivent participer à l'évaluation de l'ACC (Comité CC, OGP, Partenaires de mise en œuvre, Relais communautaires). Cependant, pour conduire et coordonner l'évaluation proprement dite, il est indispensable d'inclure une entité plus ou moins externe composée, à titre indicatif, par l'Inspection Provinciale de la Santé ou la Zone de Santé, la direction provinciale des affaires sociales, le PNMLS et/ou le PNLS et l'équipe PROVIC provincial.

**Comment l'évaluation de l'ACC doit être menée ?**

- ✓ *Organisation* : L'organisation technique, financière et logistique de l'évaluation doit être conjointement sous la responsabilité de PROVIC et de l'OGP. PROVIC se charge de la prise en charge des membres de l'entité externe tandis que l'OGP s'occupe de celle des entités locales et communautaires.

- ✓ *Lieu* : Au niveau du Chef-lieu de l'unité d'intervention, et si nécessaire des visites au niveau des certains quartiers peuvent être menées.

- ✓ *Facilitation* : la facilitation et la coordination de l'évaluation doit être assurée par l'entité externe.

- ✓ *Durée* : L'évaluation doit durer entre 3 à 5 jours.

- ✓ *Période* : L'évaluation doit être menée vers la fin de chaque cycle avant la certification et la célébration des acquis. Elle doit être effectuée 01 mois après le 2ème revue 3 communautaire.

- ✓ *Méthodologie* :

  - **Atelier d'évaluation participative** : axé sur la revue des indicateurs et des objectifs et sur l'identification des leçons apprises. Evaluation de l'atteinte des objectifs par entité et pour l'ensemble du site ACC ;
  - **Visites de sites au niveau des quartiers ou villages** : Collecte des données qualitatives à travers des entretiens auprès des personnes clés, des ménages et des bénéficiaires du programme.
  - **Critères pour le label « Champion »** : A titre indicatif, les entités et les sites ayant atteint au moins 75% des objectifs fixés sont à déclarer champions.

- ✓ *Supports* : rapport mensuel d'activités de chaque partenaire et des acteurs communautaires avec les données sur chaque indicateur, Tableau de bord pour le suivi des indicateurs et des objectifs, guide d'évaluation qualitative

A la fin de l'atelier d'évaluation, un procès-verbal est à établir indiquant la situation des indicateurs par rapport aux objectifs fixés, rapportant si les sites et les entités peuvent être déclarés « Champions » et mentionnant les différentes leçons apprises qui doivent être tenues en compte pour le Cycle 2 de l'ACC.

### *V.3.4.3. Certification et Célébration des acquis*

- **Certification :** La Certification est le processus d'attribution de certificat attestant d'une expérience réussie, formalisant l'obtention du label « Champion » et affirmant la reconnaissance envers tous ceux qui ont contribué à l'obtention de ce label.

**Qui fait la certification ?**

La conception et la production du modèle de certificat doivent être préalablement faites par le programme (PROVIC) avec l'implication et l'approbation du (des) ministère(s) de tutelle. Pour mettre de la valeur à la certification, il est indispensable d'impliquer les autorités (Gouverneur ou Ministre ou même plus) dans la signature des certificats. Pour cela, il est fondamental de mener du plaidoyer auprès de ces autorités cibles.

**A qui les certificats vont-ils être délivrés ?**

Selon les destinataires, les certificats qui seront délivrés sont de 3 types :

- *Type 1 :* pour toutes les personnes ceux qui ont contribué directement à l'atteinte des objectifs et par conséquent du label « Champion ». Les personnes pouvant être concernées par ces certificats individuels sont : tous les membres du Comité Communauté Championne, tous les relais communautaires, les techniciens des partenaires de mise en œuvre, les chefs quartiers. *En annexe 03 est le modèle de certificat individuel.*
- *Type 2 :* pour toutes les entités morales qui ont contribué de près à l'atteinte des objectifs de l'ACC. Ces certificats sont destinés aux OGP, Associations ou groupements partenaires de mise en œuvre, Associations des PVV, Clubs des mamans, associations des jeunes, les CDV communautaires, les formations sanitaires et les centres PTME, etc. *En annexe 04 est le modèle de certificat de groupe.*
- *Type 3 :* pour les sites ACC (Cités et quartier) qui ont atteint leurs objectifs ACC *(en annexe 05 : modèle de certificat type 3).*

- **Primes :** Les primes constituent un moyen pour motiver les sites, qui ont mis en œuvre l'ACC et atteint avec succès les objectifs fixés. Ces primes visent à encourager et à pousser ces sites à continuer les efforts entrepris et à produire davantage pour les autres cycles de l'ACC. Les primes doivent être de nature à générer des impacts positifs communs sur la communauté des sites déclarés Champions. Les impacts espérés peuvent être sur la santé, l'économie ou sur la société (solidarité communautaire). Ainsi, il est impératif d'impliquer les acteurs et la communauté dans le choix des primes à attribuer. Aussi, il est tout à fait compréhensible que le programme à lui tout seul ne peut prétendre pouvoir fournir ces différentes primes. Pour cela, la décision finale sur le choix des primes doit tenir compte des ressources disponibles y compris les ressources locales et doit nécessiter la mobilisation des autres ressources et partenaires potentiels comme les associations des opérateurs économiques et le secteur privé. Ce choix doit être fixé bien avant la célébration des acquis. L'ensemble du processus pour la définition et l'acquisition des primes doit être facilité par l'OGP et coordonné avec PROVIC.

*Quelques exemples de primes :*

- semences ou matériels pour les jardins potagers communautaires,
- confection d'espace d'accueil pour les accompagnateurs des malades au niveau de la formation sanitaire,

- matériels didactiques pour les centres de formations professionnalisantes pour les PVV/OEV,
- matériels informatiques pour faciliter la confection des copies des actes de naissance pour les enfants,
- petits matériels pour les activités de sensibilisation (petits groupes électrogènes, mégaphones, postes téléviseurs, lecteurs vidéo, petits matériels de sonorisation, etc.),
- constitution de fonds de garantie auprès des institutions de microfinance pour faire face aux barrières financières.

- **Célébration des acquis**

**Pourquoi la célébration ?**

C'est un évènement qui est organisé dans le but de :
- officialiser l'attribution du label « Champion »,
- formaliser la certification à travers la remise officielle des certificats et des primes,
- encourager la communauté à maintenir les acquis,
- consolider la diffusion des messages clés,
- renforcer la mobilisation communautaire,
- et stimuler les effets d'entrainement pour les autres sites environnant le site ACC.

**Qui doivent participer à la célébration des acquis ?**

- Toutes les entités et acteurs ayant participé à la mise en œuvre de l'ACC (OGP, partenaires de mise en œuvre, les acteurs communautaires, tous les membres du Comité Communauté Championne, etc.) ;
- La communauté ;
- Les partenaires ;
- Les autorités et les leaders d'opinion ;
- Les représentants des sites voisins ;
- Les représentants des autorités provinciales (administratives et sanitaires) ;
- Les représentants du programme PROVIC (national et provincial)

**Comment la célébration des acquis va être menée et organisée ?**

✓ *Organisation* : L'organisation de la journée de célébration doit être conjointement sous la responsabilité de PROVIC et de l'OGP. Elle doit impliquer les acteurs clés de la mise en œuvre de l'ACC comme les membres du Comité CC, les partenaires, les relais communautaires et les autorités locales. Un comité de préparation et d'organisation doit être mis en place.

✓ *Lieu* : Au niveau du Chef-lieu de l'unité d'intervention.

✓ *Durée* : La durée de la célébration doit être définie au préalable par le Comité de préparation et d'organisation tout en tenant compte des journées de préparation. La célébration proprement dite est de 1 à 2 jours.

✓ *Période* : La célébration des acquis est menée vers le dernier mois du Cycle. Elle termine le cycle et constitue de pont pour le passage vers le Cycle suivant.

✓ *Activités* : Plusieurs activités peuvent être menées durant la célébration. La liste des activités à mener doit être préalablement définie par le Comité de préparation et d'organisation et doit promouvoir la participation de tous. A titre d'exemple et illustratif, les activités peuvent être des manifestations culturelles et folkloriques, des manifestations sportives, des séries de discours officiels, des animations diverses (sketches, scénettes, etc.) axées sur le renforcement de la promotion des messages clés, des cérémonies officielles de remise des certificats et des primes, des séances d'exposition (stands d'exposition avec la participation des partenaires).

## V.4. Acteurs de mise en œuvre : Rôles et responsabilités

*Tableau 11 : Acteurs – Rôles et responsabilités*

| Acteurs | Organisation et composition | Rôles et responsabilités |
|---|---|---|
| PROVIC | Central et Provincial | ✓ Coordonner et appuyer la mise en œuvre des activités de plaidoyer au niveau national et provincial (Mise en place du Comité de plaidoyer, développement du plan et des outils de plaidoyer, conduite et suivi des activités de plaidoyer).<br>✓ Lancer et suivre le mécanisme de recrutement et d'octroi de subvention des OGP et des Partenaires de mise en œuvre (PMO).<br>✓ Appuyer la coordination de la mise en œuvre de l'ACC.<br>✓ Fournir les assistances techniques nécessaires aux OGP et PMO (technique et financière).<br>✓ Assurer le suivi des subventions.<br>✓ Elaborer le manuel ou le guide de gestion technique et financière à l'intention des OGP et PMO.<br>✓ Coordonner et appuyer le transfert de compétence vers la communauté (Pools de formateurs communautaires).<br>✓ Appuyer les OGP dans l'organisation et la conduite de l'introduction et de la planification communautaires.<br>✓ Appuyer les OGP dans l'organisation et la conduite des différentes revues.<br>✓ Fournir les assistances techniques nécessaires aux prestataires de services au niveau des formations sanitaires (formation, appui à la supervision).<br>✓ Elaborer le guide technique à l'intention des Relais communautaires (technique de communication, aspects thématiques et les messages clés, aspects transversaux).<br>✓ Appuyer la fourniture des outils de sensibilisation et de mobilisation communautaires (carte conseils, affiches, affichettes, cartes d'invitation, etc.) à l'intention des partenaires et relais communautaires.<br>✓ Appuyer l'harmonisation des outils pour la gestion des informations (fiches de rapport, fiche de suivi |

| Acteurs | Organisation et composition | Rôles et responsabilités |
|---|---|---|
| | | du tableau de bord, etc.).<br>✓ Participer à l'évaluation de l'Approche Communauté Championne.<br>✓ Appuyer l'OGP dans l'organisation de la certification et de la célébration des acquis (y compris l'acquisition des primes). |

| Acteurs | Organisation et composition | Rôles et responsabilités |
|---|---|---|
| Organisation Gestionnaire de Programme (OGP) | - Toute organisation légalement constituée<br>- Ayant démontré et fait preuve de réussite dans le domaine du développement social et plus spécifiquement dans le domaine de la lutte contre le VIH SIDA.<br>- Ayant une forte capacité organisationnelle et de gestion aussi bien financière que programmatique.<br>- Ayant déjà bénéficié de financement ou de subvention antérieurs<br>- Ayant des expériences et des ramifications dans la zone d'intervention<br>- Ayant une expertise particulière dans la lutte contre le VIH/SIDA (exemple : CDV Communautaire, Assistance psychosociale, Appui juridique, etc.) | ✓ Assurer la gestion des subventions.<br>✓ Assurer le suivi des subventions pour les PMO.<br>✓ Assurer l'introduction de l'ACC au niveau communautaire et le plaidoyer au niveau des acteurs/leaders communautaires.<br>✓ Appuyer la communauté dans la mise en place du Comité Communauté Championne.<br>✓ Appuyer le Comité CC dans le processus d'analyse de problèmes et de planification participative communautaire.<br>✓ Appuyer le Comité CC dans la coordination des activités (y compris le suivi et l'évaluation).<br>✓ Assurer ou appuyer la mise en œuvre des activités spécifiques (CDV Communautaires, Assistances psychosociales, etc.).<br>✓ Assurer et appuyer le renforcement de capacité des partenaires communautaires (PMO, Comité CC, Relais communautaires) et fournir les assistances techniques nécessaires à ces partenaires communautaires.<br>✓ Organiser les activités de revues communautaires.<br>✓ Participer à l'évaluation de l'ACC.<br>✓ Participer à l'organisation de la certification et de la célébration des acquis.<br>✓ Assurer périodiquement le rapportage des activités auprès PROVIC. |
| Partenaires de mise en œuvre (PMO) | Peuvent être retenues comme partenaires de mise en œuvre :<br>- Association locale des PVV,<br>- Association des églises locales (chorales, associations des mamans/hommes au sein des églises, etc.),<br>- Association des parents d'élèves, | ✓ Assurer la gestion des subventions qui leur sont octroyées.<br>✓ Assurer la mise en œuvre des activités de proximité et des prestations à base communautaire.<br>✓ Appuyer la communauté dans la mise en place du Comité Communauté Championne.<br>✓ Participer au processus d'analyse de problèmes et de planification participative communautaire.<br>✓ Participer à la signature de la convention/contrat communautaire.<br>✓ Participer à l'identification des relais communautaires. |

| Acteurs | Organisation et composition | Rôles et responsabilités |
|---|---|---|
| | - Association des jeunes et des étudiants,<br>- Association des travailleurs de sexe,<br>- Association des camionneurs,<br>- Association des mamans,<br>- Association des relais communautaires. | ✓ Assurer le renforcement de capacité, l'encadrement et la supervision des Relais communautaires et fournir les assistances techniques nécessaires à ces relais.<br>✓ Appuyer dans le système d'approvisionnement des RC en intrants de santé<br>✓ Assurer l'approvisionnement des RC en outils de gestion et supports<br>✓ Participer aux revues communautaires et à l'évaluation de l'ACC.<br>✓ Participer à l'organisation de la certification et de la célébration des acquis.<br>✓ Assurer périodiquement le rapportage des activités auprès de l'OGP. |
| Comité Communauté Championne (Comité CC) | Nombre des membres : 15.<br>- des représentants des leaders locaux (administratifs : chef de cité, chefs de quartiers ; chefs religieux, chefs traditionnels) ;<br>- des représentants des services publics de base (santé, éducation, affaires sociales, etc.) ;<br>- des représentants du secteur privé (opérateurs économiques, prestataires privés, etc.) ;<br>- des représentants des acteurs (ONG et Association locale, groupement des femmes, étudiants, etc.) ;<br>- des représentants de l'OGP et des partenaires de mise en œuvre ;<br>- des réprésentants des groupes vulnérables (TDS, PVV, Camionneurs, etc.).<br><br>Avec 01 président représenté par l'autorité administrative. | ✓ Piloter, coordonner et appuyer la mise en œuvre de l'ACC<br>✓ Participer à l'identification des relais communautaires.<br>✓ Participer à l'identification et l'analyse des problèmes de base.<br>✓ Déterminer les priorités de l'ACC par rapport aux problèmes de base.<br>✓ Fixer les objectifs pour chaque cycle de l'ACC.<br>✓ Définir les activités à mener et élaborer le chronogramme des activités.<br>✓ Participer à la signature de la convention/contrat ACC.<br>✓ Mener les activités de plaidoyer auprès des autres acteurs, leaders dans le site d'intervention ;<br>✓ Mobiliser les acteurs et les différentes entités dans la mise en œuvre de l'ACC ;<br>✓ Appuyer et suivre la mise en œuvre des activités planifiées, et identifier les problèmes et les facteurs de blocage ;<br>✓ Participer aux revues communautaires et suivre l'état d'avacement des indicateurs par rapport aux objectifs fixés ;<br>✓ Fournir et mobiliser les appuis nécessaires pour l'ACC y compris la résolution d'éventuels problèmes et contraintes opérationnels.<br>✓ Participer à l'évaluation de l'ACC<br>✓ Participer à l'organisation de la certification et de la célébration des acquis. |

| Acteurs | Organisation et composition | Rôles et responsabilités |
|---|---|---|
| Relais communautaires | Les relais communautaires doivent être :<br><br>• Acceptés et choisis par la communauté ;<br>• Crédibles vis-à-vis de la communauté ;<br>• Capables de lire, écrire et compter ;<br>• Disposés au volontariat et au bénévolat ;<br>• Physiquement aptes ;<br><br>Les critères ci-après peuvent constituer d'atouts majeurs pour le choix des relais et acteurs communautaires :<br><br>• Ayant une occupation professionnelle stable.<br>• Ayant des expériences antérieures dans le domaine de la sensibilisation et de la mobilisation communautaire.<br>• Ayant au moins un diplôme d'Etat.<br>• La participation féminine. | ✓ Conduire les activités de sensibilisation et de mobilisation à travers la diffusion des messages clés (sensibilisation de masse, communication interpersonnelle) sur les différents thèmes et aspects de la lutte ;<br>✓ Conduire les activités de promotion des différents services de lutte contre le VIH/SIDA (PTME, CDV, Centre de prise en charge médicale, clinique juridique, etc.).<br>✓ Mener les prestations spécifiques comme l'assistance psychosociale aux PVV/OEV, le suivi des traitements et les soins palliatifs à domicile, la référence, la distribution à base communautaire des produits PF (préservatifs).<br>✓ Mener les visites à domicile.<br>✓ Assurer la recherche active des perdus de vue ou en cas d'abandon de traitement.<br>✓ Assurer le rapportage mensuel des activités réalisées.<br>✓ Participer à la célébration des acquis. |
| Communauté | | Participer à toutes les activités liées à la lutte contre le SIDA :<br>✓ Exprimer les besoins en matière de santé<br>✓ Evaluer la qualité des services offerts<br>✓ Mettre en pratique les petites actions faisables et importantes<br>✓ Collaborer avec les RC dans leurs prestations de service<br>✓ Appuyer les RC dans la réalisation de<br>✓ Participer à la célébration des acquis. |

| Acteurs | Organisation et composition | Rôles et responsabilités |
|---|---|---|
| Formation Sanitaire (Centre de Santé) | | ✓ Participer à l'identification des relais communautaires<br>✓ Participer à l'analyse des problèmes et à la planification participative<br>✓ Participer à la signature de la convention<br>✓ Participer dans les différentes formations des acteurs communautaires (co-facilitateur)<br>✓ Appuyer et encadrer les Agents communautaires dans la planification des activités sur terrain<br>✓ Collaborer avec les Relais communautaires dans le renforcement du système de référence<br>✓ Faire le suivi des activités et les supervisions des Relais communautaires<br>✓ Participer aux revues périodiques des activités<br>✓ Faciliter l'atteinte des objectifs en offrant des services appropriés (PTME, CDV, CDIV, PF, Prise en charge médicale) à la population.<br>✓ Collecter, analyser et utiliser les données venant des RC<br>✓ Intégrer les données des RC dans le rapportage du CSB.<br>✓ Participer à l'évaluation de l'ACC<br>✓ Participer à la célébration des acquis. |
| Equipe Cadre de la Zone de Santé et Aire de santé | | ✓ Appuyer les OGP lors de visite d'introduction et de plaidoyer communautaire<br>✓ Assister à la planification communautaire participative<br>✓ Participer aux revues programmatiques<br>✓ Suivre les activités de l'ACC au cours des visites de supervisions intégrées<br>✓ Participer et conduire l'évaluation de l'ACC<br>✓ Assurer le leadership dans la mise en œuvre des autres composantes favorisant la lutte<br>✓ Participer à la certification et à la célébration des acquis |
| Autres acteurs | | ✓ Intégrer les activités de Communauté Championne dans leurs programmes respectifs |

| Acteurs | Organisation et composition | Rôles et responsabilités |
|---|---|---|
| | | ✓ Encourager les bénéficiaires (élèves, membres de l'association…) à transmettre les messages de santé auprès de la communauté et/ou de leurs familles<br>✓ Collaborer avec communauté et partenaires de mise en œuvre dans la réalisation de leurs activités<br>✓ Coordonner leurs activités avec la communauté et les partenaires de mise en œuvre |

## V.5. Système de gestion des informations

Le système d'information communautaire permet **de construire des capacités et de fournir des informations pertinentes orientées vers la mobilisation et l'allocation des ressources, la gestion de situations d'urgence et la planification proactive**.

Dans l'approche Communauté Championne, **le système d'information constitue le point principal du mécanisme d'évaluation pour une certification et obtention du label « Champion»**. Il tient une place très importante et **offre la base de données pour suivre l'avancement des indicateurs par rapport aux objectifs fixés** et par conséquent permet de réorienter et de réorganiser les stratégies et les activités si nécessaire.

### V.5.1. Circuit des informations communautaires

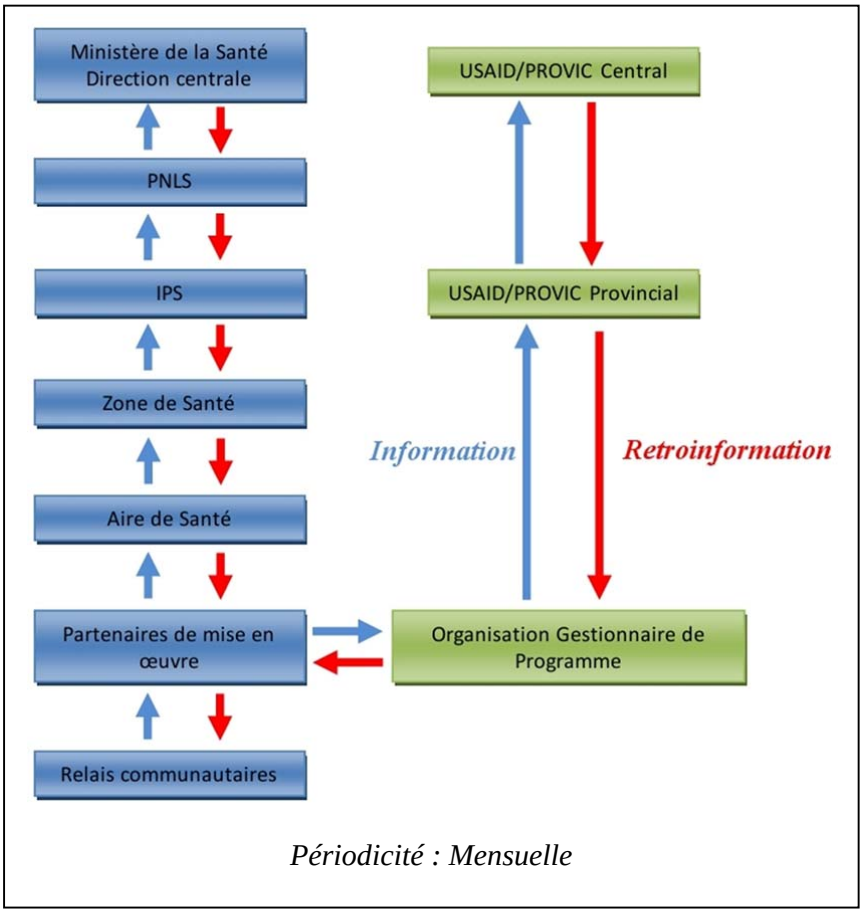



*Figure 9 : Circuit des informations communautaires*

Le circuit décrit dans la figure ci-dessus n'est pas limitatif et peut être actualisé selon les contextes et selon les expériences tirées de la mise en œuvre de l'ACC et du système d'information du programme. L'important est que la communauté ait accès aux informations fiables pour pouvoir suivre l'avancement et les performances de l'ACC et que ces informations soient accessibles au moment opportun.

### V.5.2. Base de données Communauté Championne

La base des données Communauté Championne inclut les données sur :

- La Localisation du Site ACC : Province, Zone de santé, Commune, Aire de santé
- Les données démographiques : Population totale, Homme, Femme, Femmes enceintes, Enfants < 5ans, Ménage ;
- Les Infrastructures existantes : Ecoles, Marchés, Eglises, centres de formation ou d'encadrement des PVV/OEV ;
- Les Informations sur les villages, quartiers : Nombre de villages et quartiers dans la ZS/Cité, Nombre de mois d'accessibilité, nombre de villages/quartier moins de 5km, et plus de 5km ;
- Le dynamisme et la mobilisation sociale : Existence de mutuelle de santé, de Groupement féminin, d'associations des PVV ; d'association confessionnelle, d'activité de développement autre que santé ;
- Inventaires des services para-sanitaires existants (nom, type, localisation, personnes responsables) : clinique juridique, centre d'assistance sociale, centre de formation et de réinsertion des PVV/OEV ;
- Nombre d'aires de santé
- Les formations sanitaires et les infrastructures de prise en charge de SIDA : Nom, type, ressources humaines (Médecin, infirmier, sage femme, administratifs et personnel d'appui), approvisionnement en eau, latrines, système d'évacuation des eaux usées, traitement des déchets :
    - Centres PTME
    - Sites PF
    - CDV
    - Centres OEV
    - Autres
- Les acteurs : Comité Communauté Championne (Nombre, noms, sexe, âge, profession, organisation/association/organisme de rattachement, résidence), OGP (Nom, type, siège, nom des personnes responsables, zones d'intervention, partenaires communautaires : nom, type, localisation), partenaires de mise en œuvre (Nom, type, siège, nom des personnes responsables, zones d'intervention, partenaires communautaires : nom, type, localisation) ;
- Les partenaires communautaires opérant : type, nombre, sexe, adresse, année d'adhésion, formation reçue.
- Les services offerts par les formations sanitaires et les infrastructures de prise en charge de SIDA : Données venant des rapports mensuels d'activités,
- Les services offerts par les Relais Communautaires : Données venant des outils du système d'information communautaire.
- Les rapports d'activités OGP et des PMO.
- Les indicateurs de processus et de performance de l'ACC.

### V.5.3. Les supports de gestion

Pour permettre à chaque entité et surtout aux acteurs communautaires de respecter et répondre à leur rôle et responsabilité dans le système d'information de l'ACC, les différents supports de gestion qui doivent être à leur possession et utilisés sont :

- Le Registre Sensibilisation (*voir modèle en annexe 06*) : Il inclut toutes les activités de sensibilisation et de mobilisation effectuées dans le cadre la mise en œuvre de l'ACC et comprend les détails ci-après :

- Date, lieu et type de sensibilisation
- Thème et cibles de la sensibilisation
- Nombre des personnes ciblées présentes (à répartir par sexe)
- Principal facteur de blocage
- Date de la future séance de sensibilisation

- Le Registre Approvisionnement (*voir modèle en annexe 07*) : Il inclut la gestion des différents outils (de gestion, de rapportage) et produits qui seront utilisés ou distribués par les acteurs communautaires.
- Les fiches de rapport mensuel d'activités pour les relais et acteurs communautaires (*en annexe 08*), les partenaires de mise en œuvre (*en annexe 09*).
- Les fiches de référence et de contre référence pour les Relais et acteurs communautaires (*en annexe 10*)
- La fiche individuelle des relais communautaires incluant : nom, âge, sexe, niveau scolaire, formation reçue, zone de couverture et nombre de personnes cibles par catégorie (si disponible).

### V.5.4. Les informations et rapports

*Tableau 12 : Récapitulation des rapports et informations générées par l'ACC*

| Type de rapport | Informations | Responsable | Destinataire | Observation |
|---|---|---|---|---|
| Rapport hebdomadaire | Synthèse des réalisations et de l'état d'avancement de la semaine :<br>- Réalisations avec les dates prévues et les dates réelles<br>- Nombre de participants avec genre pour chaque activité de formation (CCC, agents communautaires, acteurs communautaires)<br>- Prévisions des activités pour la semaine suivante | Partenaires de mise en œuvre | Organisation gestionnaire du Programme | L'OGP reçoit et compile les rapports hebdomadaires des PMO. Le rapport compilé est ensuite envoyé à l'équipe cadre de la zone de santé et PROVIC |
| Rapport mensuel des activités | - Avancement des activités par rapport au plan de travail durant le mois rapporté<br>- Défis/difficultés rencontrés et solutions | Relais communautaire | Partenaires de mise en œuvre<br><br>Aire de santé | Les rapports mensuels venant des relais et acteurs communautaires sont compilés par les PMO et envoyés à l'OGP |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | proposées<br>- Prochaines étapes (perspectives pour le prochain mois)<br>- Données sur les indicateurs de santé | | | |

| Type de rapport | Informations | Responsable | Destinataire | Observation |
|---|---|---|---|---|
| Rapport technique trimestriel | - Avancement des activités par rapport au plan de travail durant la période rapportée<br>- Défis/difficultés rencontrés et solutions proposées<br>- Prochaines étapes (perspectives pour les 3 prochains mois)<br>- Données sur les indicateurs de santé | Organisation gestionnaire de programme | Equipe Cadre de la Zone de Santé PROVIC | Le rapport trimestriel est élaboré à partir des rapports mensuels des activités fournis par les partenaires de mise en œuvre. |
| Rapport semestriel | - Avancement des activités par rapport au plan de travail durant la période rapportée<br>- Défis/difficultés rencontrés et solutions proposées<br>- Prochaines étapes (perspectives pour les 6 prochains mois)<br>- Données sur les indicateurs de santé | Organisation gestionnaire de programme | Equipe cadre de la Zone de santé PROVIC | |
| Rapport annuel | - Réalisations par rapport au plan de travail annuel<br>- Défis/difficultés rencontrés et solutions proposées<br>- Prochaines étapes (perspectives pour les 12 prochains mois : PTA)<br>- Données sur les indicateurs de santé | Organisation gestionnaire de programme | Equipe cadre de la Zone de santé PROVIC | |
| Rapport de Revue périodique des activités | - Points saillants discutés<br>- Problèmes soulevés et solutions proposées | Organisation gestionnaire de programme | Equipe cadre de la Zone de santé PROVIC | |

## V.6. Notion Genre

### V.6.1. Définition

L' « approche genre » est une approche participative qui met l'accent sur les rôles sociaux des hommes et des femmes. Il fait référence à l'ensemble des caractéristiques qui contribuent à responsabiliser et habiliter les personnes dans la société. « Genre » et « Développement » sont étroitement liés : au centre du développement sont placés l'homme et la femme. Par développement, on entend l'épanouissement des gens, hommes et femmes, pour eux et par eux.

### V.6.2. Différenciation « genre » et « sexe »

Les spécialistes des sciences sociales et ceux du développement utilisent deux termes distincts pour marquer, entre hommes et femmes, les différences déterminées **biologiquement** et celles construites **socialement** : il s'agit dans le premier cas du mot "sexe", dans le second cas du vocable "genre". Même si les deux termes sont liés aux différences entre les hommes et les femmes, les notions de "sexe" et de "genre" ont des connotations distinctes.

*Tableau 13 : Différenciation entre genre et sexe*

| Sexe | Genre |
|---|---|
| Caractère biologique des femmes et des hommes | Caractéristique des relations entre les femmes et les hommes et de leur rôle dans la société |
| Fait naturel | Fait socioculturel acquis |
| Universel | Spécifique à une société et à son évolution |
| Fixé, pas de changement possible | Variables selon le temps, les contextes socioculturels, la classe sociale, la caste, l'âge, la religion, l'ethnie |

### V.6.3. Objectif général lié au projet

Prendre en considération la dimension « genre » dans l'approche Communauté Championne

### V.6.4. Stratégies/ Activités

- Effectuer les visites de plaidoyer sur le genre auprès des membres du Comité Communauté Championne.
- Intégrer l'approche « genre » dans tous les curricula de formations ainsi que dans les outils IEC/CCC.
- Formuler des objectifs de genre durant la planification participative.
- Assurer la représentativité équitable entre hommes/femmes dans le Comité Communauté Championne et dans la sélection des RC.

- Collecter les données et en faire une analyse liée au genre.

## V.7. Pérennisation de l'ACC

Comme tout programme de développement à base communautaire, le défi pour l'ACC est la pérennisation des actions et de ses impacts. Ce défi concerne le maintien et la continuité des efforts déployés par les acteurs communautaires sans les appuis externes ainsi que l'extension de l'ACC dans d'autres domaines sociaux ou économiques.

Le tableau suivant propose quelques exemples de stratégie pour cette pérennisation.

*Tableau 14 : Exemples de stratégies de pérennisation de l'ACC*

| Stratégies | Activités | Observation |
|---|---|---|
| Mettre en place un système de bonne gouvernance | - Assurer une transparence<br>- Améliorer la gestion<br>- Renforcer le Leadership<br>- Instaurer le système de planification participative<br>- Allouer les ressources suivant les priorités | La bonne gouvernance instaure un environnement de confiance antre chaque acteur et les efforts sont axés vers l'atteinte des objectifs communs |
| Responsabiliser la communauté et les membres du Comité Communauté Championne | - Mobiliser toutes les ressources disponibles pour la réalisation des activités Communauté Championne<br>- Impliquer tous les acteurs de développement | La participation communautaire est à la fois le moyen et la finalité de la pérennité des actions. |
| Ancrer les activités des Relais Communautaires au sein des structures déjà existantes | - Impliquer dès le début la structure pérenne (Formation sanitaire, Comité Communauté Championne,…) dans l'identification des Relais Communautaires, leurs formations et leurs suivis.<br>- Bien choisir les RC : définir des critères bien définis pour ne pas être subjectifs afin d'avoir des RC compétents et collaboratifs | |
| Mettre en place un système pérenne de motivation des agents communautaires | - Mettre en réseau/en association les RC pour faciliter la réalisation d'activités génératrices de revenus.<br>- Assurer la retombée auprès des RC sur leur service rendu (exemple : un système de pourcentage sur la vente des produits)<br>- Mettre quelques produits un peu rémunérateurs par rapport aux autres produits dans la gamme des produits | |

| Stratégies | Activités | Observation |
|---|---|---|
| | (si possible)<br>- Intégrer les RC aux autres activités de développement local<br>- Prendre en charge les frais afférents aux activités des RC par la communauté sous forme de paiement en nature (collecte de vivres au cours des périodes de récolte) | |
| Développer la synergie et le partenariat local | - Appuyer le Comité CC dès la mise en œuvre de l'approche à développer un partenariat avec les autres volets (économie, agriculture) pour une synergie des interventions (ex : diversification des aliments)<br>- Intégrer les différentes activités de développement : plaidoyer auprès des partenaires travaillant déjà au sein de la commune pour la synergie des actions et la contribution à l'atteinte des objectifs avec l'appui de l'ONG, développer des partenariats en vue d'appuyer les activités de promotion de la production et la protection de l'environnement avec l'appui de l'ONG<br>- Impliquer les responsables des services techniques déconcentrés | |
| Mise en place d'une stratégie de retrait progressif du partenaire dès le début de la mise en œuvre | - Transférer les compétences à la Cité/ZS et aux RC pour une continuation des activités de qualité<br>- Renforcer la capacité de la communauté (CCC, AC) en matière de gestion des activités.<br>- Mettre en place une stratégie de retrait au moins 6 mois avant la fin du projet en habilitant la communauté au mécanisme de l'approche à travers la responsabilisation et leurs participations effectives<br>- Orienter les structures mise en place au niveau des villages vers la création d'une association qui peut générer des fonds pour pouvoir répondre aux besoins | |

Il est important de motiver les personnes qui sont bénévoles. Pour ce faire, il faut créer et maintenir un esprit d'équipe, et un amour pour une lutte qui inspire et qui récompense ses membres. Voici quelques suggestions quant à la motivation des volontaires :

- ***Se rappeler que ce sont des volontaires, et ne pas leur donner trop de travail*** : Dans un contexte de chômage particulièrement, les volontaires ont d'autres responsabilités.

Il faut spécifier un temps limite pour le travail volontaire, 4 heures par semaine par exemple et circonscrire le champ de travail.

- ***Se rappeler toujours qu'il est important d'assurer la motivation des volontaires*** : Il faut faire savoir au volontaire qu'il n'est pas seulement responsable pour cette famille, mais qu'il est véritablement utile pour eux. Lorsque la famille remarque qu'une personne a la tâche particulière de s'occuper d'elle, une relation personnelle se crée, ce qui va d'avantage inspirer le volontaire.

- ***Offrir des formations régulières*** : Il faut assurer des étapes de formations progressives pour inspirer les gens. Les volontaires remarqueront ainsi qu'ils sont importants et que l'association désire les former et leur attribuer de plus amples responsabilités.
- ***Offrir de petits objets*** : tels que macarons, insignes, chapeaux, tee-shirts, casquettes, gilets, badges, etc. Ce ne sont pas des objets de valeur, mais leur signification encouragera les volontaires. Ces petits objets mettent en valeur leur rôle de volontariat au service de la communauté.
- ***Encourager les volontaires à organiser des évènements*** comme par exemple un pique nique, une journée au fleuve, un match de foot. De telles occasions présentent une opportunité de partager leurs problèmes et leurs succès, de se détendre, et d'avoir des cérémonies telles que des présentations de certificats ou autres. Le but est d'aider la création d'une fierté dans leur travail et leur progrès, autant individuel qu'en équipe. Laisser aux volontaires l'organisation des évènements. Il faut les appuyer, par exemple à travers la facilitation en prévoyant le transport, les boissons, etc.
- ***Montrer aux volontaires qu'ils sont importants*** : Il faut accepter leurs opinions et suggestions pour améliorer le travail. Il faut instaurer une gestion dans une ambiance ouverte dans laquelle chaque volontaire peut proposer des idées pour le projet.
- ***Ne pas oublier de trouver un bon moyen pour encourager et inspirer les volontaires.***
- ***Favoriser et encourager la participation des animateurs institutionnels*** comme les instituteurs, les chefs de quartier.

# Annexes