









CONTINUITÉ DES SERVICES CONTRE LE VIH, LE PALUDISME ET LA TUBERCULOSE DANS LES CONTEXTES DIFFICILES :

CONTRIBUTIONS DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRES













SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES GRAPHIQUES	9
I. RESUME EXECUTIF	
II. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	25
III. MÉTHODES	26
3.1. Objectifs	26
3.1.1. Objectif général	26
3.1.2. Objectifs spécifiques par pays	26
3.2. Type et cadre de l'étude	26
3.3. Méthodologie	27
3.3.1.Revue documentaire	27
3.3.2. Interviews des informateurs clés et focus Group avec les bénéficiaires	27
3.3.3. Analyse des données	27
3.4. Coordination de l'étude	28
3.5. Déroulement de l'étude	29
IV. RESULTATS	30
4.1. Guinée	30
4.1.1. Contexte pays	30
4.1.2. Contexte sanitaire	30
4.1.3. La revue de la littérature	32
4.1.4. Les Interviews	33
4.1.5.Opportunités et défis dans le cadre de l'engagement communautaire	
au travers de l'OCASS	36
4.1.6.Place de la réponse communautaire et de la société civile	
dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans la politique de santé	37
4.1.7. Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société civile	
dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes	38
4.1.8.Contribution des acteurs communautaires et de la société	
civile dans les résultats de la lutte contre les maladies concernées	40
4.1.9.Bonnes pratiques ou approches innovantes des acteurs	
communautaires En GUINÉE	
4.1.10.DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS	
4.1.11. RECOMMANDATIONS	62
Bibliographie	62

4.2. Mali	63
4.2.1. Contexte du pays	63
4.2.2. Contexte sanitaire	64
4.2.3. La Revue documentaire	67
4.2.4. Interviews des informateurs clés et des bénéficiaires	69
4.2.5. Place de la réponse communautaire et de la société civile dans la lutte	
contre le VIH, la Tuberculose et le paludisme dans la politique de santé au Mali	72
4.2.6.Approches pour répondre aux besoins de santé des populations	
déplacées par les conflits au Mali	74
4.2.7.Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société	
civile dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes	75
4.2.8.Contribution des acteurs communautaires et de la société	
civile dans les résultats de la lutte contre le VIH, la TB et le paludisme	78
4.2.9. Prise en compte du genre et des droits de l'homme dans les politiques	
de santé et la prestation des services communautaires	80
4.2.10. Bonnes pratiques ou approches innovantes des acteurs communautaires	81
4.2.11. Bonnes pratiques : Paludisme et soins de santé communautaire	89
4.2.12. DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS	93
4.2.13. RECOMMANDATIONS	97
	00
Bibliographie	
4.3. Niger	
4.3.1. Contexte Pays	
4.3.2. Contexte sanitaire (général et spécifique au VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme)	
4.3.3. Revue documentaire	
4.3.4. Interviews des informateurs clés et des bénéficiaires	106
4.3.5. Opportunités et les défis dans le cadre de l'engagement	100
communautaire au travers de de l'OCASS.	108
4.3.6. Place de la réponse communautaire et de la société civile dans	110
la lutte contre le VIH, la Tuberculose et le paludisme dans la politique de santé au Niger	110
4.3.7.Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société civile	440
dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes	112
4.3.8.Contribution des acteurs communautaires et de la société civile	
dans les résultats de la lutte contre les maladies concernées	113
4.3.9 LISTE DES bonnes pratiques ou approches innovantes	
des acteurs communautaires AU NIGER	
4.3.10. DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS	
4.3.11. RECOMMANDATIONS	
Bibliographie	
4.4. République Centre Africaine	
4.4.1. Contexte du Pavs	140

4.4.2. Contexte sanitaire	141
4.4.3. La Revue documentaire	145
4.4.4. Les interviews	147
4.4.5. Place de la réponse communautaire et de la société	
civile dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans la politique de santé.	151
4.4.6. Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société	
civile dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes	153
4.4.7. Problématiques de l'accès aux services par les populations clés et vulnérables	154
4.4.8. Problématiques de l'accès aux services par les réfugiés et déplacés internes	155
4.4.9. Bonnes pratiques ou approches innovantes des acteurs communautaires	156
4.4.10. Discussion sur les résultats	164
4.4.11.Opportunités pour l'élargissement /extension / décentralisation	
des interventions et pour la performance des interventions	165
4.4.12. Recommandations	166
Bibliographie	168
4.5. Tchad	169
4.5.1. Contexte pays	169
4.5.2. Contexte sanitaire	170
4.5.3. La revue documentaire	173
4.5.4. Les interviews	175
4.5.5. Place de la réponse communautaire et de la société civile dans	
la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans la politique de santé	178
4.5.6. Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société civile	
dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes	180
4.5.7. Genre/Droits humains et rôle/place des organisations communautaires	182
4.5.8. Problématiques de l'accès aux services de santé par les populations	
clés et vulnérables	182
4.5.9. Problématiques de l'accès aux services par les réfugiés et déplacés internes	183
4.5.10. Bonnes pratiques ou approches innovantes des acteurs communautaires	184
4.5.11. Discussion sur les résultats de l'étude	200
4.5.12. Opportunités pour l'élargissement /extension / décentralisation	
des interventions et pour la performance des interventions	203
4.5.13. Recommandations	204
Bibliographie	205
ANNEXES :	208



SIGLES ET ABREVIATIONS

ADC	Agent de Développement Communautaire
ANJFAS	Association Nationale des Jeunes Femmes Active pour la Solidarité
ARV	Antirétroviral
ARV	Antirétroviraux
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASAP	Aids Strategy, Advocacy and Policy
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
CAG	Community ARV Group
CBLS	Comité de Bangui pour la Lutte contre le SIDA
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CCSS	Cadre de Concertation Stratégique du Secteur de la Santé
CDT	Centre de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose
CDV	Conseil de Dépistage Volontaire
CFR	Croix Rouge Française
CISJEU	Centre d'information, d'Education et de Communication pour la Santé Sexuelle des Jeunes
CN/CNLS	Coordination National du Comité National de Lutte contre le Sida
COGES	Comité de Gestion
CPLS	Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida
CPN	Consultation Prénatale
CPS CR	Chimioprophylaxie Saisonnière Clinique Rapprochées
CRG	Community Rights and Gender
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DS	District Sanitaire
ECOSIT	Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages et la Pauvreté au Tchad
ETP	Equipe Technique Préfectorale
FEVE	Projet Frontières et Vulnérabilités (au VIH)
FM	Fonds Mondial
FMG	ONG Fraternité Médicale Guinée
FOSA	Formation Sanitaire
GCA	Groupe Communautaire d'ARV
GNP+	Global Network of Person Living HIV (Réseau Mondial des Personnes Vivant avec le VIH)
HGRN	Hôpital Général de Référence Nationale
HR	Homme à Risque
HSH	Homme ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
IBBS	Integrated Biological and Behavioural Survey
ICN	Instance de Coordination Nationale
IEC	Information, Education, Communication
IEC/CCC	Information, Education/ Communication pour le Changement de Comportement
IST	Infection Sexuelle Transmissible
MDC	Médecin Chef de District
MII	Mousquetaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Mousquetaire Imprégnée à longue Durée d'Action
MILDE	Mousquetaire Imprégnée d'Insecticide de longue Durée d'Effet
MINUSCA	Mission Multidimensionnelle des Nations Unies pour la Stabilisation de la RCA
MSM	Men who have Sex with other Men
MSP	Ministère de la Santé Publique
OAC	Organisation à Assise Communautaire
OBC	Organisation à Base Communautaire
OBCE	Organisation à Base Communautaire d'Exécution
OCHA	Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires des Nation Unies

Objectifs de Développement Durable

ODD

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies pour le VIH SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDI	Personnes Déplacées Internes
PE	Pairs Educateurs
PEDACOM	Prise en Charge Communautaire des cas de Paludisme
PEC-ci	Prise en Charge Communautaire Intégrée
PF	Planning Familial
PNACC	Programme National D'Appui aux Communes de Convergence en Guinée
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRF	Plateforme Régionale Afrique Francophone de communication de coordination du Fonds mondial
PS	Professionnelles du Sexe Féminins
PSN	Plan Stratégie National
PSSBD	Promotion des Soins de Santé de Base pour le Développement
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission de le Mère à l'Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAME	Réseau Accès aux Médicaments Essentiels
RCA	République Centrafricaine
RECAPEV	Réseau Centrafricain des Personnes Vivants avec le VIH
RECO	Relais Communautaire Association des Filles Libres
RENAFIL	Réseau National des Anciens Tuberculeux
RENALT RENIP+	
RGPH	Réseau Nigérien des Personnes vivant avec le VIH Recensement Général de la Population
RNALT	Réseau National des ONG et Associations de Lutte contre la Tuberculose et la coinfection TB/VIH
RS	(RNALT)
RSS	Région Sanitaire
SIDA	Renforcement du Système de Santé
SONU	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSR	Soin Obstétrical et Néonatal d'Urgence
SSR/PF	Santé Sexuel et Reproductive
ТВ	Santé Sexuel et Reproductive/Planification Familiale
TDO	Tuberculose
TDR	Traitement Directement Observé
TPI	Test de Dépistage Rapide du Paludisme
TS	Traitement Présomptif Intermittent
UCM	Travailleur de Sexe
UD/I	Unité de Cession du Médicament
UNFPA	Usagers de Drogues/Injectables
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNT	Fonds des Nations Unies pour L'Enfance
UPEC	Unité Nutritionnelle Thérapeutique
VBG	Unité de Prise en Charge
VIH	Violence Basée sur le Genre
	Virus de l'Imme déficience Humaine

Virus de l'Immo-déficience Humaine



Tableau 1: Répartition des ASC; RECO et pairs éducateurs VIH	
par partenaires (Rapport CRS 23 Janvier 2020)	
Tableau 2: Typologie des acteurs communautaires en Guinée	38
Tableau 3: Synthèse de la participation des organisations communautaires	
dans les processus nationaux	
Tableau 4: Rôles des acteurs communautaires dans le VIH, la TB, le paludisme et la SSR	40
Tableau 5: Répartition des ASC et ONG nationales par région en Août 2019 (Source DGS/MSAS)	73
Tableau 6: Actions de santé pour répondre aux besoins des populations	
déplacées par les conflits au Mali	74
Tableau 7: Synthèse de la participation des organisations communautaires	
dans les processus nationaux	
Tableau 8: Rôles des acteurs communautaires dans le VIH, la TB, le paludisme et la SSR/PF	
Tableau 9: Résultats des activités réalisées par les ONG dans la lutte contre la TB	
Tableau 10: Résultats du projet ATLAS de Juillet à Septembre 2019 de Solthis	
Tableau 11: Résultats des groupes de paroles des femmes et d'annonces du résultat VIH+ au conjoint	
Tableau 12: Répartition de la prévalence du VIH par groupe et par région	
Tableau 13: Répartition des ONG selon les zones géographiques du Niger	
Tableau 14: Répartition des ONG du VIH par cibles	
Tableau 15: Typologie des acteurs communautaires par programme	112
Tableau 16: Synthèse de la participation des organisations communautaires	
dans les processus nationaux	
Tableau 17: Rôles des acteurs communautaires dans le VIH, la TB, le paludisme et la SSR	
Tableau 18: Contribution des OG VIH dans le 1er 90 au Niger	113
Tableau 19: Activités de sensibilisation dans le cadre de la lutte contre	
la TB réalisées par ONEN entre 2017 et 2019	115
Tableau 20: Répartition (par sexe, Ville, type de structure) des informateurs	
clés des programmes et bénéficiaires rencontrées	
Tableau 21: Liste des focus groupes réalisés	
Tableau 22: Cibles et région d'implication des organisations communautaires	
Tableau 23: Cartographie des PTF de la santé en RCA	. 150
Tableau 24: Synthèse de la participation des organisations communautaires	152
dans les processus nationaux	153
Tableau 25: Opportunités d'implication des OSC dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les réfugiés et déplacés internes	155
Tableau 26: Synthèse des défis et des recommandations pour une meilleure	133
implication des acteurs communautaires dans l'amélioration de l'accès aux soins	
de santé des populations clés et vulnérablesde santé des populations clés et vulnérables	166
Tableau 27: Détails sur les dispositions stratégiques par maladie/programme	
Tableau 28: Cartographie des acteurs communautaires par province	
Tableau 29: Répartition (par sexe, Ville, type de structure) des informateurs	1/ 2
clés des programmes et bénéficiaires rencontrées	175
Tableau 30: Liste des focus groupes réalisés	
Tableau 31: Cibles et Région d'implication des organisations communautaires	
Tableau 32: Contribution des OSC via les plateformes dans la lutte contre	17 0
le Paludisme, le VIH et la Tuberculose	178
Tableau 33: Rôle joué par les organisations communautaires dans la lutte contre le paludisme	
Tableau 34: Synthèse de la participation des organisations communautaires	55
dans les processus nationaux	181
Tableau 35: Rôle joué par les organisations communautaires dans la mise	
en œuvre des programmes	
Tableau 36. Contraintes et défis nour l'accès aux soins nour les nonulations clés et vulnérables	



Graphique 1: Processus d'analyse non linéaire utilisé pour l'analyse globale des informations collecté	es 28
Graphique 2: Coordination de la mise en œuvre et du suivi de l'étude	28
Graphique 3: Répartition par région administrative des OSC	34
Graphique 4: Cartographie des RECO et ASC en Guinée	38
Graphique 5: Nombre des déplacés internes au Mali au 31 Décembre 2018, extrait du rapport 2019 de OCHA,	67
Graphique 6: Carte de la situation des ASC fonctionnels par districts sanitaires, Année 2013 (source DNS)	73
Graphique 7: Rôle des ASC et des relais communautaires	77
Graphique 8: Résultats atteint par les SEC dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme (adultes et enfants) , les diarrhées et les IRA (chez les enfants) Sources DRS : Données de Janvier- Septembre 2018	80
Graphique 9: Profil des victimes de VBG en RCA	144
Graphique 10: Cartographie des besoins humanitaires en RCA (décembre 2019)	144
Graphique 11: Domaine d'intervention des OSC selon la zone d'intervention	150
Graphique 12: Tableau de bord de la santé communautaire au Tchad	172
Graphique 13: Tableau de bord de la situation humanitaire au Tchad (Février 2020)	173

RESUME EXECUTIF





L'étude sur les bonnes pratiques et les opportunités des acteurs communautaires a permis (i) d'identifier des approches innovantes, (ii) de mettre en exergue les faiblesses et les défis liés à l'implication communautaire et (iii) formuler des recommandations.

Nom de	e l'approche	Domaine	
VIH/Sid	la		
1.	Délégation des tâches aux APS (MSF)	PTME/ Prise en charge globale du VIH	
2.	Dépistage et prise en charge globale du VIH chez les populations clés (FMG)	Dépistage différencié des populations clés et vulnérables	
3.	Prise en charge du VIH dans les populations transfrontalières (FMG)	Dépistage communautaire	
4.	Stratégie de l'espacement des RDV - R6M - (MSF)	Espacement des RDV pour les patients stables	
5.	Centres de services adaptés (Drop-in Centers) (PSI)	Prise en charge des populations clés/ Lutte contre la stigma /discrimination et Droits humains des populations clés.	
6.	Cliniques mobiles pour les populations clés (Plan international Guinée et HF+)	Dépistage différencié des populations clés	
7.	Stratégie des Cliniques rapprochées (CR) (Plan Internationale Guinée)	Dépistage différencié ces populations clés	
Tuberculose			
8.	Dépistage actif de la tuberculose chez les clients des pharmacies et points de ventes de Conakry	Partenariat public-privé dans la lutte contre la tuberculose	
Paludisme			
9.	PECADOM	Prise en charge communautaire du Palu- disme	
Renford mains	tement des systèmes communautaires/ Droits Hu-		
10.	OCASS	Observatoire/Accès aux soins de santé/ Droit à la santé	

Faiblesses/ Défis	Recommandations	Destinataires		
Coordination au niveau communautaire				
Absence de coordination des intervenants communautaires	Créer un cadre fédérateur des plate- formes des OSC intervenant en santé	Réseaux des OSC		
Faible capacité organisationnelle, administrative et de gestion fi- nancière des OSC	Instituer une ligne de renforcement des capacités institutionnelles des OSC nationales en guinée,	 Réseau des OSC 		
Inexistence de suivi citoyen dans le domaine de la santé	Faire du suivi stratégique un levier dans les activités de de veille citoyenne dans la lutte contre les trois maladies et le renforcement du système de santé	Réseaux des OSC		
VIH				
Faiblesse de la couverture de la PCR	Impliquer les APS en leur dotant de moto pour le convoyage des échantillons de sang des sites vers les laboratoires de références et pour l'acheminement des résultats des laboratoires vers les sites.	Ministère de la santéPRREGAP+		
Non opérationnalisation des approches différenciées de services de VIH: L'autotest, le dépistage démédicalisé, la distribution communautaire des ARV	Rendre effectif la mise en œuvre du dé- pistage démédicalisé, l'autotest et la distribution communautaire des ARV (PODI)	Ministère de la santéREGAP+		
Faiblesse des programmes de prévention combinées en directions des populations clés surtout les UDI (Utilisateurs de drogues Injectables)	 Renforcer la couverture géogra- phique des programmes de pré- vention combinée en direction des populations clés 	Ministère de la santéRéseau des ONG		
Absence d'un statut profession- nel ou un corps de métier légal des acteurs communautaires	Prendre un acte légal de reconnaissance du statut professionnel ou un corps de métier des acteurs communautaires			
Tuberculose				
Faiblesse de l'implication com- munautaire des ASC et des OBC au dépistage et au suivi commu- nautaire dans la tuberculose	 Impliquer les ASC et des OBC dans le dépistage actif de la TB par le recueil des crachats, le convoyage vers les CDT et l'acheminement des résultats aux cas présumés; Renforcer les moyens et outils de travail des ASC et OBC 	• PNLAT		
Faible implication des ONG qui travaillent dans le VIH dans les ac- tivités de lutte antituberculeuse et pour la co-infection VIH/TB	 Impliquer la lutte contre la Tuber- culose dans le paquet des activités des ONG qui travaillent dans le VIH pour la co-infection VIH/TB 	PNLAT		



Nom de	e l'approche	Domaine
VIH/Sic	a	
1.	Groupe de parole des femmes et soutien pour l'annonce du statut VIH positif au conjoint (« Goudo so ») ;	PTME et implication des conjoints (genre et VIH)
2.	Implication communautaire pour le convoyage des échantillons (sang total, plasma, DBS) des sites vers les laboratoires de références et acheminement des résultats des laboratoires vers les sites	Examen biologique (charge virale)
3.	Autotest du VIH	Dépistage communau- taire (différencié)
Paludis	me	
4.	Supervision dédiée des ASC	Ressources Humaines en santé communautaire
Santé s	exuelle et reproductive	
5.	JADES	SSAJ
Gestion	n financière	
6.	Mise en place de solution de transferts monétaires électroniques dans le cadre de paiement sur le territoire national en particulier dans les zones reculées au Mali	Gestion financière des subventions

Faiblesses/ Défis	Recommandations	Destinataires
Populations déplacées		
Faible implication des OBC nationaux dans la prise en charge des déplacés et des réfugiées	Renforcer la collaboration avec l'Association Jeunesse et Développement (AJM) pour le séjour des migrants et le Centre Kanuya pour les mineurs non accompagnés à travers un contrat de prise en charge annuel	 Ministère malien en charge des mi- grants OIM
VIH		
Non opérationnalisation des approches différenciées de services de VIH : Le R6M et la distribution communautaire des ARV se font de façon informelle par Solthis pour le R6M et le CPS pour la distribution. Le dépistage démédicalisé n'est pas encore opérationnel	Rendre effectif la mise en œuvre du dépistage démédicalisé, l'espacement des RDV (R6M) et la distribution com- munautaire des ARV (PODI)	SEHCNLS/PRRMAP+
Absence ou faible couverture des camps/sites de déplacés et de réfugiés et des zones du Nord par les ONG nationales	Signer des partenariats avec les Organisations internationales pour impliquer les ONG nationales dans la prise en charge des patients du VIH dans les zones Nord et surtout dans les camps de déplacés/réfugiés, en particulier à Kidal, Gao et Taoudeni	Ministère de la santéSEHCNLS/PRRMAP+
Faiblesse des programmes de prévention combinées en directions des populations clés surtout les UDI	 Renforcer la couverture géographique des programmes de prévention combinée en direction des populations clés Instituer un programme de TSO pour les UDI au Mali 	Ministère de la santéSEHCNLS/PR
Faible capacités organisationnelles, administratives et financières des OSC	Renforcer les capacités organisation- nelles, administratives et financières des OSC	Réseau des ONG
Absence d'un statut professionnel ou un corps de métier légal des acteurs communautaires	Prendre un acte légal de reconnais- sance du statut professionnel ou un corps de métier des acteurs commu- nautaires	Ministère de la santé
Tuberculose		

Faiblesse de l'implication communau- taire des ASC au dépistage et au suivi communautaire dans la tuberculose	 Augmenter le nombre d'ASC et d'ONG impliqués dans la TB et leur répartition géographique; Impliquer les ASC dans le dépistage actif de la TB par le recueil des crachats, le convoyage vers les CDT et l'acheminement des résultats aux cas présumés; Renforcer les moyens et outils de travail des ASC 	PNLT
Absence ou faible mise en œuvre des interventions TB dans les sites de déplacés/réfugiés	Impliquer les ASC pour le dépistage de la TB dans les zones Nord et surtout dans les camps de déplacés/réfugiés	PNLT
Faible capacité des agents de santé communautaires (ASC	Renforcer les capacités des agents de santé communautaires	MSASONG
Absence de mécanismes pour la péren- nité des motivations des ASC	Harmoniser les motivations des ASC entre tous les programmes (VIH, TB, paludisme)	UnicefFonds mondialPNLTPNLPSEHCLS
Paludisme		
Absence ou faible mise en œuvre des in-	Recruter les ASC et les relais dans les sites des déplacés et réfugiés	PNLP
terventions de paludisme dans les sites de déplacés/réfugiés	Recruter les ASC et relais dans les districts sanitaires où leur nombre est insuffisant.	PNLP
La PECADOM et la chimio prophylaxie du paludisme simple par les ASC: Pendant les périodes de grande endémicité le rôle joué par les ASC est capital et pourrait être capitalisé dans le cas de la PECADOM avec traitement à domicile par la SP pour la CPS. Cependant l'absence de motivation occasionne un grand niveau de turn-over des ASC dont les nouveaux recrus sont souvent malgré eux incapables de fournir des services de qualité	 Harmoniser les motivations des ASC entre tous les programmes (VIH, TB, paludisme) L'État doit rendre effectif son l'engagement de prendre en charge les salaires/primes des ASC Payer le minimum de 75\$ comme l'ONG MUSO en espèce avec un système de motivation en nature 	GouvernementHCNLSProgrammes nationaux



Nom d	e l'approche	Domaine
VIH/Si		
1.	Dépistage et prise en charge globale commu- nautaire du VIH chez les populations clés et transfrontalières (SongEs, Espoir Niger, MVS)	Dépistage des populations clés
2.	Stratégies de dépistage différencié pour les populations clés (SongEs, MVS)	Dépistage différencié des Populations clés
Renfor Humai	cement des systèmes communautaires/ Droits ns	
3.	Mise en place d'une clinique Juridique pour les PVVIH (AJJN)	Assistance juridique aux PVVIH et populations clés CRG
4.	OCASS (RENIP+)	Observatoire/Accès aux soins de san- té/ Droit à la santé (VIH/Sida, TB, Palu- disme)
SSR		
5.	L'École des maris (SongEs)	SSR/planification familiale
6.	JADES (Solthis)	SSRAJ

Faiblesses/ Défis	Recommandations	Destinataires	
Financements des OSC			
Faiblesse du financement	Augmenter l'enveloppe du financement do- mestique lié aux trois maladies	Gouvernement du Niger	
domestique des OSC	Saisir les opportunités stratégiques de finan- cement en vue d'apporter les innovations né- cessaires dans les interventions VIH, TB, Palu	Ministère de la santé	
Faiblesse des primes de motivation des RECO	Revoir à la hausse la motivation des relais com	Ministère de la santé	
	Gouvernance - Coordination		
Fall and the fall of the state	Intégration des activités (palu VIH, TB) du niveau central et niveau périphérique	 Plateforme des OSC 	
Faible ou non intégration des activités VIH-TB et paludisme au niveau communautaire	Définir une approche commune d'intégration des ONG dans la mise en œuvre des 3 programmes	Ministère de la santé	
Faible analyse des gaps dans la mise en œuvre des bonnes pratique	Identifier les goulots d'étranglement d'implé- mentation des bonnes pratiques régionales au Niger	Plateforme des OSCMinistère de la santé	
Non fonctionnalité des plateformes régionales in- tégrées de coordination de la santé	Redynamiser les plateformes intégrées des acteurs entre les trois maladies et l'élargir aux ONG et des représentants des patients (TB, Pop clés, PVVIH, handicapés)	 Ministère de la 	
Plateforme des ONG			
Faible inclusion/partici- pation des associations de patients dans les ins- tances de gouvernance	Inclure les associations des patients dans toutes les instances (gouvernance, planifica- tion, mise en œuvre, suivi et évaluations)	Plateforme des ONG	
Faibles capacités des acteurs communautaires impliqués dans la TB et le paludisme	Renforcer les capacités des acteurs commu- nautaires sur la TB et le palu	Plateforme des ONG	
Faiblesse des cadres de concertation entre les programmes nationaux, les PR et les OSC	Susciter au niveau des PR la mise en place des cadres de concertation des acteurs des 3 maladies	PRProgrammes nationaux	
VIH			
	 Intégrer les autres activités (TB et Palu et PF) auprès de leurs cibles 	ONG VIH	
	 Renforcer les capacités des acteurs com- munautaires sur la TB et le palu 		

Faiblesse du dépistage différencié qui est limité à Niamey avec quelques sorties en région et du dépistage des partenaires des cas index	 Ouvrir des CEDAV et augmenter les cadences de dépistage dans les régions à forte prévalence du VIH Impliquer les agents communautaires pour le dépistage des partenaires des cas index selon des approches adaptées à chaque contexte local 	 Ministère de la santé RENIP+ ONG membres du RE- NIPOC (SongEs, MVS, Espoir Niger, Balal, ANDJ,etc.)
Faiblesse de l'implication communautaire dans la PTME/E-TME)	Renforcer la stratégie des médiatrices et des APS pour la sensibilisation des femmes en âges de procréer à une utilisation accrue des services de SSR, de CPN/PTME et pour le dé- pistage des femmes enceintes	Ministère de la santéRENIP+
Faiblesse dans le ciblage et la fréquence des straté- gies mobiles/avancées de dépistage communautaire en région et en direction des partenaires des pa- tients index	Renforcer les fréquences de dépistage com- munautaires en direction des PS et des HSH et des partenaires des patients index dans les régions de Niamey, Maradi, Tahoua et Zinder et Diff	Réseau des ONGRENIP+SongESMVSEspoir Niger
Distribution communautaire des ARV	Voir la faisabilité d'un poste de distribution communautaire des ARV aux patients stables, à Niamey et Diffa par le RENIP+	Ministère de la santéRENIP+
Tuberculose		
Faiblesse de l'implication communautaire des ASC au dépistage et au suivi communautaire dans la tuberculose	 Impliquer les ASC dans le dépistage actif de la TB par le recueil des crachats, le convoyage vers les CDT et l'acheminement des résultats aux cas présumés; Renforcer les moyens et outils de travail des ASC 	PNLT
Renforcer les partenariats public-privée	 Explorer le dépistage de la tuberculose dans les officines de pharmacies privées et dans le milieu des nomades en parte- nariat avec le programme de vaccination des bovins pour atteindre les bergers. 	PNLT
Faible implication des ONG qui travaillent dans le paludisme et le VIH dans les activités de lutte antituberculeuse pour la coïnfection VIH/TB	 Impliquer la lutte contre la Tuberculose dans le paquet des activités des ONG qui travaillent dans le paludisme et le VIH pour la coïnfection VIH/TB 	PNLT
Paludisme		
Faiblesse de l'implication d'autres acteurs communautaires dans la lutte contre le paludisme.	Impliquer d'autres acteurs communautaires dans la lutte contre le paludisme comme le groupement de jeunes, les groupements féminins ou les leaders religieux (avec par exemple des projets « Écolier contre le paludisme » comme cela se fait en Guinée »)	PNLPPR communautaires du FM



Domaine de presta- tions de service	Intitulé	Structure
	Soutien Psycho-social	Ministère de la Santé et
	Dépistage familial démédicalisé du VIH	de la Population
Santé communautaire et VIH	Accompagnement Psycho-Social et Santé Mentale/Parrainage des Adolescents plus petits par les plus grands dans les Unités de PEC (UPEC) et au niveau communautaire	Club Bata Guigui
	Dépistage communautaire démédicalisé	ANJFAS
	Groupes Communautaires d'ARV (CAG en anglais)	MSF Hollande
Tuberculose	Recherche active des perdus de vue dans l'enclave du PK5	RNALT
Paludisme	Sensibilisation sur l'utilisation des MILDE	SPALCA

Domaine de RSC	Défis /insuffisance	Recommandations	Destinataires
Politique, planification et participation	Les abus ou les restrictions dans les organes où siègent la société civile limite l'impact	Systématiser le rôle des acteurs communautaires dans les instances décisionnelles	Ministère de la santé, CCM
	La qualité de la participation et la capacité des acteurs de la société ne leur permet d'influer efficacement sur les décisions	Former les acteurs de la société civile au leadership et à la l'influence des politiques et programmes de santé	CCM, CNLS, Minis- tère de la santé
Mobilisation des ressources	La mobilisation des ressources est irrégulière et les montants mobilisés en interne restent faibles	Développer une stratégie et un plan de mobilisation des ressources (internationales et domestiques) en faveur des OSC en appui à la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre les maladies prioritaires et la santé communautaire	Ministère de la santé, CCM, ré- seaux et plate- formes d'organisa- tions, PTF
	Le fonctionnement des OSC fait partie des domaines sous financées	Mutualiser les ressources des OSC afin de réduire les coûts de fonctionnement et les coûts d'opération	Réseaux et plate- formes d'organisa- tions
Prestations de ser- vices	Les prestations des OSC ne sont systématisées et codifiées ainsi que les coûts opération- nels, ce qui ne facilite pas leur implication	Élaborer un référentiel d'intervention des OSC dans la santé incluant les catégories et es référentiels de coûts standards	Ministère de la santé, réseaux et plateformes d'or- ganisations
	Faible implication des OSC dans la santé communautaire	Élaborer une stratégie de soutien des OSC à la santé communautaire, notamment les interventions en milieu urbain	Ministère de la santé
Droits humains et genre, Stigmatisa-	Les données sur le stigma/ dis- crimination sont obsolètes	Actualiser l'étude sur l'index de stigma	CNLS, ONUSIDA
tion/ discrimina- tion	Les documents des OSC ne prennent pas suffisamment en compte le genre et les droits humains	Renforcer les capacités des OSC en genre et droits humains (planification/budgétisation genre sensible, interventions genre et droits humains sensible)	CNLS, Ministère de la santé, PTF
Couverture des réfugiés, populations clés et vulnérables	La distribution spatiale, la densité des OSC et leur fonctionnalité/ capacité de gestion ne sont pas corrélées au besoin de la lutte contre les maladies prioritaires et l'atteinte des cibles comme les réfugiés, populations clés	Élaborer une cartographie d'accessibilité des services communautaires et des prestations des OSC pour les réfugiés, populations clés/vulnérables afin de mieux orienter les interventions des OSC	Ministère de la santé, PTF
		Élaborer un plan de renforcement du système communautaire basé sur les besoins et les objectifs des maladies prioritaires	Ministère de la santé, PTF

		Développer un système d'infor-	Ministère de la
		mation communautaire annexé au DHIS2	santé
	Les apports et contributions et résultats des OSC ne sont pas tous captés, l'information stratégique n'est pas produite	Élaborer un rapport de capitalisation annuelle des résultats des OSC dans la lutte contre les maladies	Réseaux et plate- formes d'orga- nisations, CNLS, PNLP, PNLAT
Suivi évaluation	et utilisée pour l'influence des politiques, la planification et les orientations opération- nelles	Renforcer les capacités des acteurs et structures communautaires sur le suivi évaluation et la production de l'information stratégique	Ministère de la santé, PTF
		Mettre en place un dispositif communautaire de suivi de la disponibilité et de la qualité des services	Ministère de la santé, PTF
	Il existe des réseaux d'OSC mais à faible fonctionnalité	Renforcer les capacités des leaders des réseaux et OSC en leadership et gestion des orga- nisations	Réseaux et plate- formes d'organi- sations, PTF
Gouvernance	Certaines structures ren- contrent des crises de gou- vernance et de gestion (finan- cière) menaçant parfois leur existence	Développer des outils et manuels de gouvernance et gestion simplifié pour les OSC (gestion administrative, ges- tion financière, gestion des membres, etc)	Réseaux et plate- formes d'organi- sations, PTF
Société Civile en	Note Conceptuelle afi portance des organisa	☐ Intégrer les groupes de travail sur l'élaboration de la Note Conceptuelle afin de porter les messages sur l'im- portance des organisations communautaires	
RCA dans le do- maine	RCA dans le do-		ССМ
	 Démarrer le processus d'organisation de la restitution internationale de l'étude au niveau des pays en Répu- blique Centrafricaine 		Ministère de la santé
Partenaires tech-	des Organisations Cor	des Organisations Communautaires en ressources hu- maines, matérielles et financières pour assurer un fonc-	
niques et finan- ciers	Renforcer les activités démédicalisé ;		
	 Renforcer les activités des Observatoires Communautaires. 		santé



Nom de l'approche	Domaine
VIH/Sida	
Réponse locale intégrée	Prévention du VIH et promotion de la santé de reproduction
Projet de prévention, de dépistage et prise en charge du VIH-Sida chez les adolescents et jeunes les plus vulnérables (Travailleurs de sexe, domestiques saisonniers, vendeurs ambulants, enfants de la rue) de 10-24 ans dans les 3 ^{eme} , 5 ^{eme} , 6 ^{eme} , 7 ^{eme} , 8 ^{ème} et 9 ^{eme} Arrondissements de la ville de N'Djamena	Prévention du VIH
A cœur-ouvert : espace de secret partagé, de non-discrimination et de non-jugement	Prévention et prise en charge du VIH
Femmes leaders pour améliorer les indicateurs de la PTME	PTME
Participation des hommes et femmes champions en faveur de la PTME/SMNI/PF	Prévention du VIH et PTME
Contribution des Conseillers Psycho-sociaux (CPS) dans l'accompagnement des clients	Traitement, prise en charge du VIH et soutien
Dépistage dans la famille des PVV à partir des cas index	Dépistage du VIH
Dépistage nocturne dans les points chauds	Dépistage du VIH
L'approche méthodologique était l'identification des sites à travers une étude, l'information et la CCC, la formation par les pairs, les causeries éducatives, les visites à domicile, le dépistage actif et la prise en charge des IST/VIH/SIDA	Prévention du VIH
Tuberculose	
Prise en charge de la tuberculose dans les maisons d'arrêt	Prise en charge et prévention de la tu- berculose
Identification et formation des ASC nomades	Prise en charge et prévention de la tu- berculose
Renforcement des systèmes communautaires/ Droits Humains	
Encadrement des interventions communautaires dans le domaine de lutte contre le Paludisme, le VIH et la Tuberculose	Renforcement du système de Santé Communautaire
Paludisme	
Prise en charge communautaire du paludisme	Prise en charge du paludisme

Domaine de RSC	Défis /insuffisance	Recommandations	Destinataires
Politique, pla- nification et	Dans le décret n°364 sur la participation communau- taire, le rôle des acteurs communautaires reste peu précis	Réviser le décret n°364 sur la par- ticipation communautaire pour l'adapter aux réalités actuelles	Ministère de la Santé Publique/DOSSMF
	Les abus dans les organes (COSAN, COGES) où siègent la société civile limite l'impact	Systématiser le rôle des acteurs communautaires dans les ins- tances décisionnelles	Ministère de la Santé Publique/DOSSMF
participation	La qualité de la partici- pation et la capacité des	Renforcer la participation de la société civile dans les différents processus nationaux	Ministère de la Santé Publique/DOSSMF
	acteurs de la société ne leur permet d'influer effi- cacement sur les décisions	Former les acteurs de la société civile au leadership et à la l'in- fluence des politiques et pro- grammes de santé	Ministère de la Santé Publique/DOSSMF
Mobilisation des ressources	La mobilisation des res- sources est irrégulière et les montants mobilisés en interne restent faibles	Développer une stratégie et un plan de mobilisation des ressources (internationales et domestiques) en faveur des OSC en appui à la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre les maladies prioritaires et la santé communautaire	Plateformes nationales de la société civile et des organisations com- munautaires
	Le fonctionnement des OSC fait partie des do- maines sous financées	Mutualiser les ressources des OSC afin de réduire les coûts de fonctionnement et les coûts d'opération	Plateformes nationales de la société civile et des organisations com- munautaires
Prestations de services	Les prestations des OSC ne sont systématisées et codifiées ainsi que les coûts opérationnels, ce qui ne facilite pas leur implication	Élaborer un référentiel d'intervention des OSC dans la santé incluant les catégories et es référentiels de coûts standards	Ministère de la Santé Publique/DOSSMF
	Faible implication des OSC dans la santé communau- taire	Élaborer une stratégie de soutien des OSC à la santé communautaire, notamment les interventions en milieu urbain	Ministère de la Santé Publique/DOSSMF
Droits hu- mains et genre, Stigma- tisation/ dis- crimination	Les données sur le stigma/ discrimination sont obso- lètes	Actualiser l'étude sur l'index de stigma	CNLS/ONUSIDA
	Les documents des OSC ne prennent pas suffisam- ment en compte le genre et les droits humains	Renforcer les capacités des OSC en genre et droits humains (plani- fication/ budgétisation genre sen- sible, interventions genre et droits humains sensible)	CNLS/ONUSIDA

Domaine de RSC	Défis /insuffisance	Recommandations	Destinataires
Couverture des réfugiés, populations	La distribution spatiale, la densité des OSC et leur fonctionnalité/ capacité de gestion ne sont pas corrélées au besoin de la	Élaborer une cartographie d'accessibilité des services communautaires et des prestations des OSC pour les réfu- giés, populations clés/ vulnérables	Ministère de la Santé Publique/DOSSMF
clés et vulné- rables	lutte contre les maladies prioritaires et l'atteinte des cibles comme les réfu- giés, populations clés	Élaborer un plan de renforcement du système communautaire basé sur les besoins et les objectifs des maladies prioritaires	Ministère de la Santé Publique/DOSSMF
		Développer un système d'infor- mation communautaire annexé au DHIS2	Ministère de la Santé Publique/DSIS
	Les apports et contribu- tions et résultats des OSC ne sont pas tous captés,	Élaborer un rapport de capitalisation annuelle des résultats des OSC dans la lutte contre les maladies	Ministère de la Santé Publique/DSIS
Suivi évalua- tion	n'est nas produite et uti-	Renforcer les capacités des acteurs et structures communautaires sur le suivi évaluation et la production de l'information stratégique	Ministère de la Santé Publique/DSIS
		Mettre en place un dispositif com- munautaire de suivi de la disponi- bilité e de la qualité des services	Ministère de la Santé Publique/DSIS
		Renforcer les capacités des leaders des réseaux et OSC en leadership et gestion des organi- sations	Plateformes nationales de la société civile et des organisations à base communautaire/ PTF
Il existe des réseaux d'OSC mais à faible fonctionna- lité	Développer un cadre de collabora- tion pertinent avec les différents programmes, les Centres de Santé et les hôpitaux	DOSSMF/Plateformes nationales de la société civile et des organisa- tions à base commu- nautaire/PTF	
Gouvernance	Certaines structures ren- contrent des crises de gouvernance et de gestion (financière) menaçant parfois leur existence	Développer des outils et manuels de gouvernance et gestion simpli- fié pour les OSC (gestion adminis- trative, gestion financière, gestion des membres, etc)	DOSSMF/PTF





Le Fonds mondial a adopté l'expression « contextes d'intervention difficiles » pour faire référence à des pays entiers, mais également à des zones instables de pays ou de régions, caractérisées par une gouvernance fragile, l'accès déficient aux services de santé et des crises d'origine humaine ou naturelle. Les pays identifiés comme étant des contextes d'intervention difficiles ont des taux de prévalences inquiétants en matière de VIH/Sida, de tuberculose et paludisme. Ainsi, ces pays « occupent une place particulièrement importante dans la mission et dans les objectifs du Fonds mondial, dans la mesure où ils représentent un tiers de la charge mondiale de morbidité imputable au VIH, à la tuberculose et au paludisme, et un tiers des investissements du Fonds mondial. Les difficultés programmatiques qui leur sont propres nécessitent d'adopter une démarche différenciée pour renforcer l'impact sur la santé, alliant actions de développement et actions humanitaires¹. » Dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre notamment, où plusieurs pays ayant des contextes d'intervention difficiles sont répertoriés, on note que trois personnes sur quatre n'ont pas accès aux ARV (antirétroviraux), dont neuf enfants sur 10².

Dans ce contexte, l'ONUSIDA encourage l'action communautaire en vue d'améliorer les résultats en matière de santé, de mobiliser la demande de services, d'atteindre les populations difficilement atteignables avec des systèmes de santé officiels, de soutenir le renforcement des systèmes de santé, de mobiliser le leadership politique, de changer les attitudes et les normes sociales et de favoriser l'égalité d'accès.

Au sein de la communauté mondiale de la santé, il est largement reconnu que le rôle des acteurs de la communauté est important, et souvent essentiel, pour assurer la prestation de services de santé réussis, en particulier pour les populations clés et vulnérables.

C'est pourquoi, l'Initiative Stratégique pour les Communautés, les Droits et le Genre du Fonds Mondial, a inscrit le renforcement de l'engagement communautaire et la protection des groupes vulnérables dans les pays à contextes d'interventions difficiles parmi ses priorités.

Aligné avec l'Initiative Stratégique, la Plateforme régionale pour l'Afrique Francophone (PRF), portée par le Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME), a obtenu d'Expertise France et du Fonds mondial une assistance technique afin de renforcer la capacité technique du RAME pour documenter les bonnes pratiques et les approches innovantes des acteurs communautaires en vue de rendre compte des capacités et du potentiel des acteurs communautaires dans l'efficacité des subventions du Fonds mondial, surtout par rapport à la prestation de services de santé aux populations les plus vulnérables.

Afin d'avoir une compréhension plus approfondie sur les enjeux, ainsi que les opportunités des acteurs communautaires dans les contextes difficiles, il a été souhaité une étude sur un nombre restreint de pays. Le Mali, le Niger, la Guinée, la RCA et le Tchad - ont été choisis parmi la liste des pays appartenant à la zone de couverture de la Plateforme régionale francophone, en concertation avec RAME, Expertise France l'équipe de l'initiative CRG du Fonds mondial.

Dans chaque pays mentionné ci-dessus, une question générale se pose et guidera cette étude : Il s'agit de comprendre le rôle des acteurs communautaires et de la société civile dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes pour assurer la continuité des services de santé pour les populations les plus vulnérables et marginalisées dans les contextes d'intervention difficile.

Fonds mondial, 35e réunion du Conseil d'administration Politique relative aux contextes d'intervention difficiles (GF/B35/03), Avril 2016. https://www.theglobalfund.org/media/8164/bm35_03-challengingoperatingenvironments_policy_fr.pdf?u=636917016100000000

²Médecins Sans Frontières, « Le prix de l'oubli : des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH », Avril 2016. https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_fr.pdf





3.1. Objectifs

3.1.1. Objectif général

L'objectif général pour tous les pays était de : Documenter les bonnes pratiques et le potentiel des acteurs communautaires pour assurer la continuité des services financés par le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme ainsi que d'autres partenaires financiers dans les contextes d'intervention difficile en Afrique de l'Ouest et du centre.

3.1.2. Objectifs spécifiques par pays

Pour la Guinée, il s'agissait de documenter les approches, les opportunités et les défis dans le cadre de (i) de l'engagement des populations clés, notamment au travers de l'observatoire communautaire d'accès aux soins de santé, (ii) de la lutte contre la stigmatisation au sein de la communauté et (iii), de la réalisation du test de dépistage rapide et de la notification aux conjoints/partenaires des femmes enceintes.

Pour le Mali, il s'agissait de documenter les approches adaptées pour répondre aux besoins des populations déplacées par les conflits, au niveau des services de santé, surtout le VIH, la Tuberculose et le paludisme.

Pour le Niger, il s'agissait d'identifier les opportunités et les défis pour le renforcement des liens entre les populations clés et vulnérables et les services de santé dans la dynamique de la mise en place de la nouvelle politique de santé communautaire, approuvée en 2018.

Pour la RCA et le Tchad, il s'agissait de :

Documenter et identifier (i) les opportunités pour assurer la prestation de services VIH surtout pour les populations clés (TS, HSH, les orpailleurs...), et (ii) le rôle des organisations de la société civile dans le cadre de l'adaptation et du renforcement de leurs liens avec les services de santé et les populations clés ou celles touchées par les conflits.

Apprécier l'intégration du genre dans les approches de riposte au sida au sein des organisations de la société civile

Identifier les opportunités liées à la prise en compte du genre pour accroître l'effectivité et l'efficacité des services en faveur des populations clés.

3.2. Type et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qualitative à visée programmatique portant sur la documentation des pratiques communautaires innovantes et l'analyse de l'implication des acteurs dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme au niveau des cinq (05) pays, qualifiée de pays fragile et à contexte difficiles par le Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme, à savoir : La Guinée, le Mali, le Niger, la RCA et le Tchad (Annexe 1 : Protocole d'enquête incluant le questionnaires et guides d'entretien)

Dans chacun de ses 5 pays, la capitale et des villes intérieures ont été ciblées comme suit : Guinée (Conakry, Kindia), Mali (Bamako, Ségou), Niger (Niamey, Dosso) RCA (Bangui, Boali, Mbaïki), Tchad (Ndjamena, Moundou, Abéché).

Le choix des régions susmentionnées dans chaque pays relève :

- De raisons budgétaires et de temps : Le choix a été fait de se limiter à 2 régions par pays ;
- De choix émanant des pays eux même et tient compte de l'implantation et ou de la présence au niveau de ces régions des informateurs clés des programmes et des groupes bénéficiaires ;
- Enfin le choix tient compte des aspects sécuritaires et ou d'accessibilité des zones dans chacun des pays.

3.3. Méthodologie

La méthodologie adoptée a consisté en premier lieu en une revue de la littérature puis, en second lieu, en des activités de collecte de données sur le terrain au travers des interviews des acteurs clés (représentants des OSC, des PTF, des structures publiques) et des focus group avec des groupes de bénéficiaires.

3.3.1. Revue documentaire

La collecte des écrits et des documents a débuté le 16 Novembre 2019 et s'est étendue jusqu'au 05 février. Il s'est agi de recueillir l'ensemble des documents produit sur les dix (10) dernières années, soit de 2009 à 2019 afin d'être certain de recueillir les bonnes pratiques adaptées aux stratégies actuelles de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. Ces documents décrivaient (Annexe 2 : Rapports revue documentaire des 5 pays) :

- Les stratégies et paquets de soins essentiels communautaires dans les documents nationaux de politiques de santé communautaire, dans le VIH, la Tuberculose, le paludisme et la santé sexuelle et reproductive.
- Les apports des acteurs communautaires dans l'accès aux soins des populations clés et vulnérables dans les contextes d'intervention difficiles, selon la définition du Fonds Mondial.
- Les situations ou problématiques relatives aux populations clés et les interventions en leur direction.
- La valeur ajoutée (en comparaison des résultats nationaux ou des stratégies en cours dans le pays) et les opportunités des acteurs communautaires et de la société civile pour atteindre les communautés vulnérables dans les contextes d'intervention difficiles.
- Les pratiques ou approches des acteurs communautaires considérées par les acteurs nationaux ou citées dans les publications scientifiques ou dans les rapports de conférences internationales dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme et en santé de la reproduction

Notons qu' au cours de cette revue, les thématiques d'intérêt ont porté sur les interventions ou activités de la société civile et des autres acteurs communautaires (non étatiques) dans la lutte contre le Paludisme, le VIH/Sida, la Tuberculose, la Santé maternelle et infantile (incluant la santé de la reproduction), le renforcement du système communautaire, la gestion financière, la gestion des ressources humaines communautaires et l'approche genre dans les processus de planification et de mise en œuvre des projets et programmes.

3.3.2. Interviews des informateurs clés et focus Group avec les bénéficiaires

Quatre types de questionnaires ont été élaborés et ont servi de guide d'entretiens avec les représentants des organisations communautaires, les personnels ou représentants des structures de santé, les représentants des programmes nationaux de lutte contre les maladies et des partenaires techniques et financiers et les bénéficiaires ou usagers des services de santé communautaires.

Les premiers jours des entretiens ont permis d'ajuster les contenus des questionnaires et des guides d'entretien pour une meilleure compréhension.

3.3.3. Analyse des données

A propos du processus global d'analyse, il s'est agit d'un processus non linéaire avec une constante action de revisiter les données originales ou synthétisées pour chercher de nouvelles interprétations :

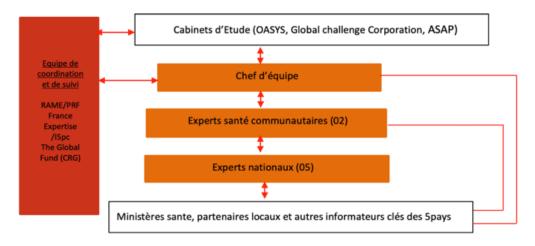


GRAPHIQUE 1: PROCESSUS D'ANALYSE NON LINEAIRE UTILISE POUR L'ANALYSE GLOBALE DES INFORMATIONS COLLECTEES

A termes une analyse SWOT « Strengths, Weaknesses, opportunities, Threat » a été réalisée à partir des informations recueillies auprès des informateurs clés des programmes et des bénéficiaires des pays cibles ainsi que des données de la littérature. Cette méthode d'analyse des « Forces - Faiblesses - Opportunités – Menaces » nous a permis d'effectuer une synthèse de la situation (i) de l'implication communautaire au titre des trois (03) maladies (et de la SSR) dans les pays cibles, (ii) les différents acteurs, (iii) les facteurs internes ou externes constituants des obstacles ou au contraire les approches innovantes contribuant à l'inverse à l'amélioration des problèmes de santé susmentionnés.

3.4. Coordination de l'étude

Étant donné qu'il s'agissait d'une étude multi-pays (Tchad, RCA, Mali Niger, Guinée), une équipe de consultants nationaux et internationaux ainsi qu'un chef d'équipe ont été recruté et en charge de la conduite. Un groupe consultatif a été mis en place par le RAME et composé de représentants désignés du RAME/PRF, de France Expertise/ISPC et du Fonds Mondial (GRG), il était en charge du suivi de la mise en œuvre de l'étude



GRAPHIQUE 2: COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE ET DU SUIVI DE L'ETUDE

3.5. Déroulement de l'étude

L'étude a démarrée en mi-Novembre 2019 par une série de réunions téléphoniques entre les experts, les partenaires techniques et financiers (Expertise France et le Fonds mondial) et le RAME et les ONG nationales qui étaient les points focaux de l'étude dans chaque pays. S'en est suivi la revue et la validation du protocole de l'étude et des outils de collecte du 20 Novembre au 04 Décembre 2019. Notons que chaque pays devait partager ledit protocole à son Ministère de la Santé et obtenir son aval pour sa mise en œuvre.

Une fois le protocole validé, les équipes d'experts ont amorcé l'étape de la revue de la littérature du 1er au 25 janvier 2020 (collecte des documents, revue/analyse et élaboration du rapport documentaire). Puis s'en est suivi l'étape des interviews et focus groups avec les informateurs clés des programmes et des bénéficiaires, guidé par les conclusions des rapports documentaires susmentionnés, de du 26 Janvier à fin Février 2020.

Au final, des ateliers de restitutions se sont tenus dans chacun des pays : Au Mali (18 février 2020), Guinée (21 février 2020), Tchad (02 Mars 2020), RCA (04 mars 2020) et Niger (10 mars 2020) et ont permis outre de compléter les différentes informations recueillies, d'échanger avec les acteurs sur les approches innovantes, les opportunités et défis identifiées (par la revue et les interviews et focus group) et ainsi formuler des recommandations. Ces ateliers ont connu la participation de l'ensemble des acteurs (Annexe 3 : Rapports ateliers de restitution des 5 pays)



GUINÉE





Pour chacun des cinq (05) pays, ont été identifiées et où recueillies :

- Les bonnes pratiques et les opportunités pour les acteurs communautaires pour assurer la prestation de services en Guinée ont été identifiées et documentées ;
- Les défis et obstacles liés à une meilleure implication communautaire des acteurs de la société civile dans le cadre de la riposte contre les 3 maladies (Tuberculose, VIH/SIDA, Paludisme) au bénéfice des populations clés et vulnérables
- Les recommandations sur le rôle potentiel des OSC pour atteindre les communautés vulnérables, celles en zones reculées et/ou celles plus particulièrement touchées par des conflits ont été formulées;

Les rapports de l'enquête pour chacun des pays se trouvent en annexe 4

4.1. Guinée

4.1.1. Contexte pays

Située en Afrique occidentale, la république de Guinée est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Liberia et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Sa superficie totale est de 245 857 km2, avec une population totale estimée à 12 609 000 habitants en 2016 (projection basée sur le RGPH 2014). Les femmes représentent 51,62%. La majorité de la population réside en milieu rural (64.7%) . La Guinée est un pays à revenu faible dont 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. La pauvreté, combinée avec le faible niveau d'instruction (33% des femmes et 60% des hommes) ainsi que la persistance de tabous socioculturels favorisent la réticence aux changements de comportements favorables à la bonne santé des populations. La faible couverture en eau potable (75% en général et 65% en milieu rural), en installations sanitaires salubres (56% en général et 29% en milieu rural) et en habitats décents, ainsi que l'insuffisance d'hygiène individuelle et collective, la pollution de l'environnement et les effets du changement climatique sont à la base des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles. Le pays se place au 183e rang sur 188 pays selon l'indice de développement humain 2016 du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

4.1.2. Contexte sanitaire

4.1.2.1. Contexte et organisation du système de santé

L'état de santé de la population guinéenne est caractérisé par la forte mortalité et morbidité liées à des maladies évitables : de 2012 à 2016, la mortalité maternelle est passée de 724 à 550 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infanto-juvénile a baissé de 123 à 880/00, la mortalité infantile de 67 à 440/00 et la mortalité néonatale est de 200/00 en 2016. On note également la récurrence des épidémies dont Ébola de Décembre 2014 à Juin 2016 (3814 cas et 2544 décès⁴ dont 115 agents de santé), la poliomyélite au poliovirus sauvage en 2015 et la rougeole en 2016. Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance.

Le système de santé est confronté à de nombreux problèmes dont: (i) la faible accessibilité géographique aux soins pour la majorité de la population, (ii) l'insuffisance globale de l'offre de soins aussi bien en quantité qu'en qualité ; (iii) l'inégale répartition des ressources humaines en santé entre zones urbaines et zones rurales;

(iv) la faible accessibilité de la population aux médicaments de qualité (une officine pour 10.000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100.000 habitants à l'intérieur du pays), etc. Le principal défi pour le système de santé guinéen est de parvenir à élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population, notamment en développant la santé communautaire et en renforçant les prestations de services de santé.

4.1.2.2. Contexte spécifique au VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme et la santé communautaire

VIH/Sida : La prévalence du VIH en Guinée, estimée à 1,4% en 20185 est relativement faible mais présente de grandes variations entre les régions avec un pic de 2,7% à Conakry, entre les populations rurales (1,2%) et urbaines (2,7%), ainsi qu'entre les femmes (1.9%) et les hommes (1%). Il s'agit d'une épidémie concentrée parmi les groupes les plus exposés au risque, en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (11,4%) dont seulement 17% reçoivent des services de prévention du VIH, les professionnelles de sexe (10,7%) et les détenus (2,3%). Parmi les 120.000 PVVIH que compte le pays, la couverture du traitement reste encore faible, soit environ 42% d'adultes et 20% d'enfants qui ont accès au traitement ARV en 2018, selon l'ONUSIDA. Seulement 65% de femmes enceintes reçoivent les ARV pour la PTME. La stigmatisation reste à un niveau élevé avec 80% de la population qui refuserait d'acheter des fruits frais chez un commerçant infecté du VIH.

Paludisme : Le paludisme est endémique en Guinée et le parasite responsable de tous les cas est le plasmodium falciparum. Toute la population est exposée. Selon une étude réalisée par P. Carnevale et al en 2010, il existe 4 zones de niveaux d'endémicité différents : Une zone hypo endémique située en Basse Guinée, constituée de deux foyers sur la façade atlantique (les villes de Conakry et Kamsar). Le vecteur prédominant est Anopheles melas; une zone méso endémique qui concerne la partie nord frontalière du Sénégal et de la Guinée-Bissau, à pluviométrie faible où le vecteur majeur est A. funestus, et la façade atlantique. Une zone hyper endémique qui s'étend du sud-est de la basse Guinée à la forêt tropicale guinéenne (Frontière du Liberia et de la Côte d'Ivoire). Il s'agit d'une zone de forte pluviométrie (6 à 10 mois de pluie). Le vecteur dominant est A. gambiaess. Une zone holoendémique située en Haute guinée, zone de savane et de plaine fortement irriguée à pluviométrie moyenne. Les vecteurs dominants sont A. funestus et A. arabiensis. La prévalence parasitaire en Guinée est de 15% avec 1 214 996 cas de paludisme pris en charge en 2018 dont 1300 décès liés au paludisme⁶. Pour y faire face 3,1 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées.

Tuberculose : Selon le rapport de l'OMS 2018⁷ , l'incidence de la tuberculose en Guinée est estimée à 176 pour 100 000 habitants (cela correspond à 22 000 cas pour 100 000 habitants).

En 2018, le pays a déclaré 14 476 cas toutes formes dont 14 250 nouveaux cas et rechutes. La couverture de la notification et du traitement est encore faible, soit 66%.

Le pays compte également 342 cas de tuberculose multi-résistante (2.4%) et 8,1% d'enfants de moins de 5 ans, contacts familiaux – sont sous traitement préventif. Le taux du succès du traitement est de 88% en 2018.

³Institut National de la Statistique, 2017. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2016), Rapport final, Conakry, Guinée.

⁴Source: CDC. http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html

⁵ONUSIDA. (2019). Où nous travaillons.Pays, Guinée. Consulté le 22 Décembre 2019, sur www.unaids.org: https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/guinea

⁶OMS. Rapport paludisme dans le monde 2019. Profil pays, consulté le 22 Décembre 2019

⁷OMS (2019). Profil pays. Guinée. consulté le 22 Décembre 2019 [en ligne] https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=GN&outtype=html&LAN=FR

Ces chiffres montrent qu'il y a encore environs 7524 cas manquants, que 92% des enfants en contacts avec des patients tuberculeux ne sont pas identifiés et mis sous la chimio prophylaxie.

4.1.3. La revue de la littérature

4.1.3.1. Les documents supports et sources de référence

Plusieurs documents ont été consultés, notamment, sans s'y limiter :

- Le Plan stratégique de santé communautaire (2018-2022) :
- Le plan stratégique du VIH/Sida.
- Le Plan d'accélération sur la prise en charge pédiatrique du VIH en Guinée 2017-2020
- Le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2018-2023)
- Le Plan d'action national de planification familiale de la guinée (2019-2023)
- Le rapport « Le prix de l'oubli Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte contre le VIH. De MSF paru en Avril 2016 https://www.msf. org/sites/msf.org/files/2016 04 hiv report fr.pdf
- L'article de Bemelmans, et collaborateurs, « Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa, paru en Août 2014 https://doi. org/10.1111/tmi.12332.
- Et plusieurs autres documents et publications scientifiques en lien avec les stratégies communautaires dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.

4.1.3.2. Analyse de la revue documentaire

Politique nationale de santé: La Guinée s'est dotée d'une politique nationale de santé en Novembre 2014 et d'un plan stratégique de développement sanitaire (2015-2024) depuis mars 2015 qui est l'instrument de mise en œuvre de cette politique sanitaire. Ce plan stratégique vise à contribuer à l'amélioration du bien-être de la population à travers des actions de promotion de la santé de la mère et l'enfant, la prévention et la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé. Ces deux documents sont largement disponibles et facilement accessibles via Internet. La politique nationale de santé, la stratégie communautaire prévoit également l'utilisation des agents de santé communautaires comme une stratégie pour combler le déficit et l'inégale répartition des ressources humaines de santé en Guinée. Par ailleurs la Guinée ne dispose pas de législation régissant les mutuelles de santé même si dans la pratique, les mutuelles de santé constituent une réponse apportée au niveau communautaire à l'épineuse question du paiement direct des soins de santé. De plus, la problématique des produits du sang est caractérisée par une faible législation qui régit le domaine de la transfusion sanguine. La politique nationale de transfusion sanguine élaborée en 1996 est caduque et inadaptée au contexte actuel.

S'agissant de la coordination on note l'existence d'un Comité de coordination du secteur de la santé avec un secrétariat Technique, (ii) un Comité de pilotage aux niveaux national, régional et préfectoral, (iii) un Secrétariat permanent des financements du Fonds mondial dans le pays. Le « cluster santé » réunit les autorités sanitaires guinéennes et l'ensemble des intervenants partenaires techniques nationaux et internationales sur le sol de la Guinée (ANSS, bailleurs de fonds du secteur de la santé, partenaires bi et multilatéraux, SNU) ; Il est présidé par l'OMS et le Ministère de la santé.

Dans la riposte au VIH/Sida: Le Cadre stratégique national (CSN) 2018-2022 répond au besoin d'avoir un cadre unique de coordination des interventions de lutte contre le sida en Guinée pour réaliser les cibles 90-90-90 pour le traitement, combler les lacunes en matière de dépistage et protéger la santé des personnes vivant avec le VIH qui n'ont toujours pas accès au traitement, tout en prenant en compte la dimension genre et Droits Humains dans la réponse. Les cibles prioritaires sont les PVVIH, les populations clés (TS, HSH, population carcérale, UD), mais aussi des populations

vulnérables comme les réfugiés, les hommes en uniforme, les personnes avec handicap, les camionneurs, les jeunes et adolescents dans le contexte de vulnérabilité, les femmes enceintes et les enfants nés de mères séropositives. Le CSN met l'accent sur le recrutement et l'extension des APS communautaires dans le suivi et la rétention des PVVIH, le dépistage communautaire du VIH, la dispensation communautaire des ARV avec les PODI, etc. On note également le Plan d'accélération sur la prise en charge pédiatrique du VIH en Guinée 2017-2020 qui porte sur le renforcement de la mobilisation communautaire pour la prise en charge pédiatrique de qualité, la définition et la mise en œuvre du paquet de soins communautaires de prise en charge pédiatrique, le renforcement des capacités des APS communautaires et des associations impliquées dans la lutte contre le VIH. La mise en œuvre du CSN se fera dans un cadre organisationnel et institutionnel comportant des organes et structures selon les trois fonctions suivantes : orientation et décision (assurée par le CNLS; Coordination et suivi par (i) le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le sida (SE/CNLS); (ii) le comité sectoriel de lutte contre le VIH (Comité interne) et par (iii) le Comité Régional de Lutte contre le sida (CTR/CRLS). La mise en œuvre est assurée par le secteur public, le secteur communautaire et le secteur privé.

Dans la lutte contre le paludisme est conduite par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) qui est un programme du Ministère de la santé publique. Un Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2018-2023) a été élaboré pour permettre au pays de faire face au paludisme. La mise en œuvre est assurée par le secteur public, le secteur communautaire et le secteur privé.

4.1.4. Les Interviews

4.1.4.1. Les informateurs clés et les bénéficiaires rencontrés

Les représentants des associations et organisations de la société civile rencontrés sont 29 Présidents, Vice-Présidents, Directeurs et membres associations des réseaux et associations ont été rencontrés (voir infra).

- 12 Représentants des structures de santé ont été rencontrés : Les agents de santé des structures suivantes : Afrique en Ciel, REFIG, CJMAD, CAM, FEG, RENALP, FMG, REGAP+, COFEL, LABO
- 19 bénéficiaires des services de santé communautaires : 2 focus groups ont été organisés avec 19 participants
- 08 représentants des partenaires techniques et financiers et les institutions publiques suivantes ont été rencontrés :
 - Le coordinateur du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et des Hépatites (PNLSH);
 - Le Coordonnateur National adjoint du Programme National de lutte Antituberculeuse;
 - Le chargé de communication du Programme National de lutte Antituberculeuse ;
 - Le Directeur National Sante communautaire;
 - Le Responsable de CRS;
 - Le responsable SR/PF du FNUAP;
 - Le Directeur National de la DNGELM;
 - Le CIS de l'ONUSIDA;

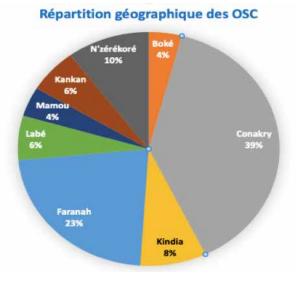
Au total, 08 représentants des PTF ont été rencontrés.

La majorité des PTF s'occupe du VIH, paludisme et la TB, santé communautaire et la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale.

4.1.4.2. Synthèse des entretiens

• Profil des organisations rencontrées :

Il y a répartition inégale des OSC sur l'étendue du territoire. La figure ci-contre montre que 39% des OSC intervenant sur la problématique du VIH, du paludisme et de la tuberculose sont établies dans la zone spéciale (région) de Conakry suivi de Faranah (23%) avec des activités ponctuelles à l'intérieur du pays. Les régions les moins pourvues en OBC sont Boké, Mamou et Kankan, pourtant ces régions sont des zones à forte intensité d'activités minières et d'attraction des professionnelles du sexe. Cette inégale répartition des OSC entre les différentes régions du pays est considérée par certains intervenants comme une contrainte dans l'atteinte des objectifs nationaux.



GRAPHIQUE 3: REPARTITION PAR REGION ADMINISTRATIVE DES OSC

• Coordination et réseautage :

L'ensemble des organisations interrogées sont affiliées à l'une des quatre plateformes suivantes des organisations de la société civile du secteur de la santé.

- Plateforme des OSC intervenant dans le TB et le VIH
- Alliance nationale pour la promotion de la santé de la reproduction des adolescents et jeune de guinée

- Conseil national des organisations de la Société civile
- Plateforme des OSC pour la promotion de la santé et de la Vaccination.

• Domaines d'interventions et populations bénéficiaires des interventions des OSC

Les OSC de la Guinée intervenant dans le VIH, la tuberculose, le paludisme et la santé sexuelle de la reproduction interviennent en direction des femmes (enceintes) et des enfants, de la population générale, les jeunes, les PVVIH, les PS et leurs clients, les HSH, les UD, les jeunes, etc.

Mobilisation des ressources et principaux partenaires financiers des organisations communautaires en Guinée

Rare sont les organisations qui ont des fonds propres pour leur fonctionnement et la mise en œuvre des activités sur le terrain. Les OSC qui ont des centres de santé communautaires mobilisent des ressources avec les prestations qu'elles y font.

« L'un des problèmes majeurs par rapport à la mobilisation des ressources c'est la rupture entre les bailleurs et les organisations de la société civile.

Si vous regardez aujourd'hui l'échiquier National, y a plus de 60 millions de dollars qui viennent d'être mis dans le cadre de la lutte contre le paludisme en Guinée. [...] Mais très malheureusement, ces fonds passent sans que ces organisations de la société civile n'aient l'information. Aujourd'hui la lutte la lutte contre le paludisme est concentrée à quelques deux ou trois structures sur toute l'étendue du territoire national ».

• Les bailleurs de fonds durant ces années pour ces structures ont été :

- L'Union européenne
- L'ambassade du japon
- Gavi
- La Banque mondiale
- Le Projet FHI360,
- Stop Palu+,
- L'ambassade de la Grande Bretagne;
- Le Fonds Mondial,
- Le PNUD
- USAID
- FONDESAM (CEDEAO);
- L'ambassade de France

• Stratégies de collaboration entre PTF et acteurs communautaires

Les agences et partenaires techniques et financiers internationaux rencontrées sont toutes disposées à renforcer leur collaborer avec les organisations communautaires.

Les interlocuteurs clés estiment que les régions suivantes présentent les plus faibles indicateurs de santé et méritent plus d'attention. Il s'agit des régions de Kindia de Mamou, de Labé (dans les districts de Labé, Koubia, Mali) de Kankan (à Kankan Mandiana, Siguiri), de N'Zérékoré (à N'Zérékoré, Lola Macenta) et la région de kankan en général.

Pour une meilleure collaboration, les PTF proposent la mise en place d'un partenariat matérialisé par une convention avec les différents réseaux de la société civile du secteur de la santé pour la mise en œuvre des activités avec un suivi rapproché des partenaires (ONUSIDA et UNFPA).

• Stratégies de renforcements des liens entre acteurs communautaires et personnels de santé : Les personnes clés des structures du réseau de la santé interrogées ont identifié certaines stratégies pour le renforcement des liens entre acteurs communautaires et structures de santé :

- Instituer une rencontre trimestrielle entre les OSC et le ministère de la santé;
- Rapprocher les soins sanitaires aux populations en utilisant les Relais Communautaires ;
- Organiser des séances de formation et de mise à niveau des acteurs communautaires ;
- Vulgariser les notions de bonne gouvernance au sein des centres de santé et de la communauté
- Clarifier le rôle des acteurs communautaires en appui aux structures de santé pour une plus grande mobilisation communautaire
- Renforcer la coordination de la dynamique communautaire
- Renforcer les capacités axées essentiellement sur les activités communautaires.
- Les thématiques de formations proposées sont entre autres :
- Suivi-Évaluation et mobilisation des Ressources
- Gestion Financière et comptable
- Management et leadership

- Informatique et l'utilisation des TIC Santé (Technique de collecte des données et de base des données)
- Technique de dépistage volontaire communautaire du VIH par les OSC

4.1.5. Opportunités et défis dans le cadre de l'engagement communautaire au travers de l'OCASS

• L'Observatoire Communautaire pour l'accès aux soins de santé (OCASS)

L'observatoire communautaire couvre les Régions de Conakry, Kindia, Faranah et Nzérékoré et s'étend à 28 districts sanitaires et 54 centres de santé.

L'OCASS a pour objectif général « d'améliorer l'accès à des soins de qualité pour les populations en général, les femmes et les enfants en particulier, grâce au renforcement des observatoires communautaires au Burkina Faso, au Niger et en Guinée ». Ses objectifs spécifiques sont : (i) Renforcer l'efficacité et la couverture des observatoires communautaires d'accès aux soins au Burkina Faso, au Niger et en Guinée dans les formations sanitaires cibles du projet ; (ii) améliorer la qualité des services de santé en général et ceux concernant la santé de la mère et de l'enfant en particulier, dans les formations sanitaires cibles du projet.

Les stratégies et les résultats de l'OCAAS sont référencés au niveau du chapitre « Bonnes pratiques)

• Lutte contre la stigmatisation au sein des communautés pour l'accès aux services de santé

Pour les OSC, les documents légaux et les politiques nationales de santé comportent des dispositions de promotion et de protection du droit à la santé des populations vulnérables. Mais ces dispositions sont méconnues des usagers des services de santé et ne sont pas appliquées par les prestataires de soins. « Certes c'est dit dans les documents, mais l'application fait défaut. Y a une faible application des textes sur les droits humains en Guinée. On a aussi la méconnaissance de ces textes chez les communautés et les prestataires. Chose qui est à corriger. Sinon c'est le droit à un malade d'aller réclamer des services de qualité ». Entretien avec une bénéficiaire des services de santé.

Dans le cadre des droits humains, la société civile a un rôle primordial qui est le contrôle citoyen des actions publiques. Mais si la société civile même n'a pas les informations qu'il faut par rapport à l'observation des violations des droits humains, ça va être difficile pour elles de s'impliquer dans la promotion de ces droits. Les organisations de la société civile manquent d'informations liées aux droits humains et du genre.

« On parle d'égalité entre la femme et l'homme. Mais sur le terrain, ce n'est pas ce que l'on voit. Et surtout dans le traitement. Quand je prends un exemple sur un homme et une femme qui sont atteints du VIH/SIDA, leurs traitements ne sont pas les mêmes. La manière dont on compatit pour l'homme, n'est pas égale à la femme. Les gens ont l'impression que les femmes atteintes du SIDA sont des prostituées ».

Dépistage du VIH et du paludisme et de la tuberculose par les communautaires

La plupart des personnes clés interrogées ont mis de l'avant le rôle joué par les ONG dans le dépistage du VIH et du paludisme au niveau communautaire. Par les stratégies avancées et mobiles, les ASC administrent les TDR et détectent de plus en plus de cas de paludisme à domicile dans le cadre de la PECADOM. Il est de même pour les ONG comme FMG, Plan et PSI, qui sont les principaux agents dépisteurs des HSH et des PS pour le VIH. « Grâce aux clinique rapprochées, nous dépistons plus de PS », Entretien avec une Paire Educatrice

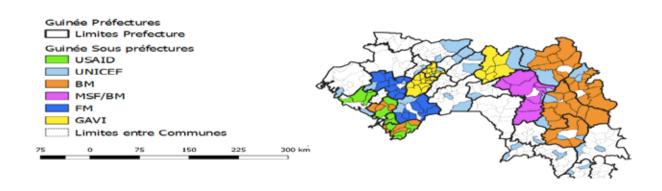
• L'aide à l'annonce du statut aux conjoint-e-s

Cette approche est peu mise en œuvre en Guinée.

4.1.6. Place de la réponse communautaire et de la société civile dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans la politique de santé

Les acteurs communautaires et de la société civile occupent une place primordiale et leur rôle est devenu officiel avec l'adoption du document de politique pour le développement de la santé communautaire en juillet 2017. Ainsi, la société civile est présente dans les organes de gouvernance et de décision tels que le CNLS, le CCM, etc. Par ailleurs, le plan de développement sanitaire de la Guinée 2018-2022 prévoit l'utilisation des agents de santé communautaires comme une stratégie pour combler le déficit et l'inégale répartition des ressources humaines de santé en Guinée. Dans la quasi-totalité des plans stratégiques nationaux, la place et le rôle des agents de santé communautaire et de la société civile est décrite. On citera, sans s'y limiter :

- Le Plan stratégique de santé communautaire (2018-2022) élaborée dans le but d'obtenir un cadre de référence pour les activités de santé au niveau communautaire.
- Le plan stratégique du VIH/Sida qui met l'accent sur le recrutement et l'extension des APS communautaires dans le suivi et la rétention des PVVIH, le dépistage communautaire du VIH, la dispensation communautaire des ARV avec les PODI, etc.
- Le Plan d'accélération sur la prise en charge pédiatrique du VIH en Guinée 2017-2020 qui porte sur le renforcement de la mobilisation communautaire pour la prise en charge pédiatrique de qualité, la définition et la mise en œuvre du paquet de soins communautaires de prise en charge pédiatrique, le renforcement des capacités des APS communautaires et des associations impliquées dans la lutte contre le VIH;
- Le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2018-2023) qui met en exergue la prise en charge communautaire à domicile des cas simples (PECADOM).
- Le Plan d'action national de planification familiale de la guinée (2019-2023) qui met la lumière sur l'extension de la stratégie à base communautaire (SBC) pour l'injectable souscutané et l'auto injection dans 8 Direction préfectorales de la santé (DPS) par an (DMPA-SC, etc.).



Source : DNSCMT : État Actuel de mise en œuvre de la sante communautaire en Guinée, consulté en ligne le 19 février 2020

GRAPHIQUE 4: CARTOGRAPHIE DES RECO ET ASC EN GUINEE

TABLEAU 1: REPARTITION DES ASC, RECO ET PAIRS EDUCATEURS VIH PAR PARTENAIRES (RAPPORT CRS 23 JANVIER 2020)

	UI	NICEF	JHPIEGO	CRS/FM	Plan Int/ FM	Banque Mondiale	GAVI	Total
Districts Préfector Santé	al de	24	4	2	955	3	3	991
Communes		40	11	18		10	30	109
ASC		186	35	75		62	134	492
RECO		1855	343	747	955	619	1341	5860
Pairs éducateurs V Prévention (tout le pays)					197			197
Période		2018- 2019	2019-2020	2019- 2020	2018- 2020	2020	2020- 2021	

Source : Rapport CRS 23 Janvier 2020 et Plan International Guinée 2020

TABLEAU 2: TYPOLOGIE DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES EN GUINEE

Acteur	Implication dans la maladie	
ASC : Agent de santé communautaire	VIH, TB, Paludisme, SSR/PF	
RECO : Relais communautaire	VIH, TB, Paludisme, SSR/PF	
ACS : Animateurs communautaires de la santé	Paludisme, TB santé primaire	
APS	VIH,	
Groupes d'action communautaire	Paludisme	
PE : Pairs Éducateurs	VIH	

4.1.7. Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société civile dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes

TABLEAU 3: SYNTHESE DE LA PARTICIPATION DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES DANS LES PROCESSUS NATIONAUX

Domaines	Détails			
Instances de coordi-	Participation aux instances du Comité National de de lutte contre le Sida (CNLS)			
nation	Participation aux organes de l'Instance de coordination (CCM) pour le suivi stratégique des subventions et l'accès aux ressources du Fonds mondial			
Processus de planifica-	☐ Participation à la revue des programmes VIH, TB et paludisme, etc.			
tion stratégique	 Participation au processus de planification stratégique et opérationnelle (VIH, Paludisme, Tuberculose, Santé communautaire) 			
Mobilisation des res-	☐ Participation aux processus de demandes de financements du Fonds mondial			
sources	☐ Mobilisation des ressources auprès de leurs partenaires internationaux			
	☐ Participation aux activités de supervision			
Mise en œuvre des programmes	Participations aux conférences internationales			
	☐ Mise en œuvre des activités (suivant les domaines de compétences)			
Suivi-évaluation	 Certaines données communautaires sont intégrées dans le système d'in- formation sanitaire sur le paludisme et dans une moindre mesure la tuber- culose et le VIH/Sida 			

Dans la politique de santé communautaire de la Guinée, il existe tout d'abord un organe de gestion du centre de santé, le Comité de Santé et d'Hygiène (CoSaH), qui assure la liaison avec la structure sanitaire. Deux acteurs communautaires principaux sont en ligne de front : les relais communautaires qui assurent les activités préventives et promotionnelles et les ASC qui assurent les activités de type préventif, promotionnel et curatif.

Notons que depuis 2016-2017 a démarrée la mise en œuvre de la stratégie à base communautaire avec 18.234 AC. En mai 2017, la loi AN-017, a révisé le code des collectivités pour un transfert de 14 compétences dont la compétence en santé aux collectivités locales.

En Juillet 2017, la Guinée a adopté la politique nationale de santé communautaire avec ses documents normatifs (guide harmonisé de mise en œuvre, plan stratégique, plan de suivi évaluation, manuels de formations, outils de collecte des données), conformément aux recommandations du sommet des chefs d'États à la conférence d'Adis-Abeba qui a adopté le recrutement de 2 millions d'ASC en Afrique.

Voir sur le site web de la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle à l'adresse suivante pour la mise à jour http://communityhealth.sante.gov.gn/#7/11.636/-10.767

En Avril 2018, la Guinée lance conjointement son PNACC et la santé communautaire. Ces ASC constituent une solution pour combler l'insuffisance des ressources humaines en santé tout en contribuant à l'accès des populations les plus éloignées aux services de santé primaire. Ces acteurs communautaires sont formés pour assumer une variété de tâches de soins dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, la SSR/PF qu'on résume dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 4: ROLES DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES DANS LE VIH, LA TB, LE PALUDISME ET LA SSR

	Acteurs	Rôle
VIH	• APS	Conseil au dépistage, aide à l'annonce du résultat au conjoint,
	• ONG	Conseil à la mise sous ARV et à l'observance du traitement,
	■ PE	 Suivi auprès des patients par des visites à domicile, la recherche des perdus de vue ou des patients qui manquent un rendez-vous.
	 Observatoire communautaire 	Aident aussi à la rétention en traitement des PVVIH ;
	Communication	 Sensibilisation, orientation, distribution des préservatifs (masculins et féminins) et gels lubrifiants
Tuberculose	• ASC	 Sensibilisation, identification et orientation des cas présumés vers les centres de prise en charge de TB
	• RECO	Recherche des cas contacts ;
		Suivi communautaire des patients TB et TB/VIH
		Recherche des irréguliers au traitement TB
		Recherche des perdus de vue
Paludisme	• ASC • OBC	 Distribution de MILDA dans les ménages par les ASC, les OBC/ ONG;
	• ONG	 Assurer le renouvellement des MILDA usées dans les ménages. Distribution des carnets seront produits et distribués aux ménages pour le suivi de la disponibilité, de l'utilisation et le remplacement des MILDAs usagées.
		Traitement préventif intermittent à la SP
		 Communication pour le changement social et de comportement / Mobilisation sociale par les ASC, les ONG
		TDR et traitement à domicile du paludisme simple dans les villages éloignés
SSR/PF	ASC	 Organisation de campagnes de sensibilisation concernant la PF, impliquant les communautaires
		Organisation de séances de dialogue communautaire par région
		 2 relais par village font la communication pour le changement de comportement en SSR/PF et l'offre de méthodes contraceptives re- levant de leurs compétences y compris l'initiation à la prescription des pilules et l'injectable sous-cutané

4.1.8. Contribution des acteurs communautaires et de la société civile dans les résultats de la lutte contre les maladies concernées.

La contribution des acteurs communautaires et de la société civile dans les résultats de la lutte contre les maladies se reflète dans les résultats des approches innovantes développées et mise en œuvre (décrites plus bas).

4.1.9. Bonnes pratiques ou approches innovantes des acteurs communautaires En GUINÉE

Malgré des progrès toujours plus importants, certains services de santé vitaux ne sont pas encore accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin. Que ce soit au niveau du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme ou de la SSR/PF, les anciens modèles de soins, en milieu hospitalier, ont abouti à des prises en charge indifférenciées ne correspondant pas aux besoins particuliers des individus, et n'ont souvent pas pris ces facteurs suffisamment en compte.

Cependant, certaines ONG ont mis au point des méthodes prometteuses visant à optimiser la prestation des services et à adapter la prise en charge aux besoins et aux contraintes des patients. Comme le montrent les exemples cités dans ci-dessous, le recours à ces approches a contribué à améliorer la santé des patients ainsi que la couverture et la qualité des services, tout en optimisant l'utilisation des ressources.

APPROCHES INNOVANTES AU NIVEAU DU VIH/SIDA

Nom de la structure MSF	
Nom de l'approche	(1) Délégation des tâches aux Animateurs Psychosociaux (APS)°
Domaine de prestation de services	PTME/ Prise en charge globale du VIH

Contexte et justification de l'approche

Une des solutions recommandées par l'OMS¹⁰ pour pallier la pénurie de personnel de santé et améliorer la qualité des soins aux PVVIH est le transfert de certaines tâches liées au dépistage du VIH à des agents de santé communautaires ou à des conseillers communautaires - appelés en Guinée « animateurs/animatrices psychosociaux) qui sont des patients-experts, des accompagnants psychosociaux ou conseillers-pairs lors-qu'il s'agit des PVVIH. La prise en charge psychosociale, l'observance au traitement ARV et la rétention au traitement des PVVIH est un enjeu crucial pour l'atteinte des 90-90-90. En Guinée, Le programme National de lutte contre le VIH/Sida et les hépatites (PNLSH) a élaboré le Guide de l'accompagnement psychosocial des PVVIH. Cet accompagnement est mis en œuvre dans la pratique par les APS et médiatrices.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Recrutement: Ils/elles sont recruté(e) Parmi les pairs PVVIH. L'expérience a commencé, en 2014 avec 41 APS associatifs sur la subvention du Fonds mondial. La subvention de 2017-2019 a ajouté 590 médiatrices (recrutées parmi les mères qui ont participé à la PTME) pour accompagner les autres femmes à réussir la PTME:

Formation : Ces agents sont formés à l'utilisation de tests de diagnostic rapide pour offrir de manière autonome des services de dépistage sûrs et efficaces

Rôles: Deux APS/médiatrices par centre de santé qui sont eux-mêmes des PVVIH font le lien entre la communauté et les établissements de santé (et vis-versa), aident les patients à surmonter les obstacles du système de santé et à avoir accès aux services essentiels suivant du VIH: Test de dépistage au sein de la communauté et des structures médicales, conseil pour le dépistage, l'aide à l'annonce du résultat au conjoint, éducation thérapeutique à la mise sous ARV, conseil à l'observance du traitement et sur les effets secondaires, suivi auprès des patients (appels téléphoniques et des visites à domicile), sensibilisation des patients dans les salles d'attente, recherche des perdus de vue ou des patients qui manquent un rendez-vous, organisation de groupe de parole (ou groupe d'auto-support). Ces APS aident aussi à la rétention en traitement des PVVIH. **Ces agents sont des chevilles ouvrières pour l'atteinte des 90-90-90 par une approche centrée sur les patients.**

- Conditions pour la réussite de la délégation des tâches aux APS
- La reconnaissance du rôle des conseillers ; l'harmonisation de leur rémunération, du cursus de formation et de leur description de poste ; et l'appui technique et financier à leur fournir.
- La formation et la supervision de ces conseillers par des professionnels.
- Le développement d'une stratégie à long-terme pour les RH en santé qui inclurait les services d'accompagnement psychosocial réalisés par les conseillers, avec un soutien des bailleurs pour le planning, leur intégration dans la politique de santé et leur financement.

Résultats

[°]MSF. (2016). Le prix de l'oubli - Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte contre le VIH. Récupéré sur www.msf.org: https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016 04 hiv report fr.pdf

¹⁰OMS. (2016). Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing hiv infection recommendations for a public health approach second edition 2016. Consulté le 22 Janvier 2020, sur https://apps.who.int: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1

Les avantages au niveau du	système de santé et vis-à-vis des patients constituent en soi les résultats
Avantage pour les patients	 Les APS créent un lien entre les structures de santé et le suivi au niveau communautaire, garantissant la continuité des soins et soutien des PVVIH. Ils assurent également les liens privilégiés avec les populations clés et à haut risque surtout lorsqu'eux-mêmes font partie de la communauté LGBTQ. Réduction des coûts de transport et de soins quand les services (groupe d'auto-support associatif, visite à domicile) se déplacent vers le patient Les APS contribuent à améliorer la santé mentale et la qualité de vie des PVVIH.
Avantage pour le centre de santé	 1er 90: Les APS augmentent les points d'entrée et les services de dépistage et, partant, augmentent le nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique. Cela permet de réduire la charge de travail du personnel soignant, permet la détection précoce des cas au niveau de la communauté et de référer les PVVIH pour une prise en charge médicale. 2e 90: Le conseil à la mise sous traitement, l'éducation thérapeutique et le suivi communautaire (par appel téléphonique, recherche de perdu de vue, visite à domicile) peuvent contribuer à réduire le nombre de patients perdu de vue et assurer la rétention surtout quand le APS est un PVVIH car le patient voit ses pairs vivre positivement avec la maladie 3e 90: Les conseils donnés par les APS pour l'éducation thérapeutique permettent l'observance du TARV et la suppression de la charge virale. Admettant un mauvais résultat de la charge virale, le APS peut intervenir pour comprendre et proposer des solutions au patient pour un meilleur résultat dans un futur proche.
Leçons apprises	 Une combinaison des approches différenciées et de plusieurs stratégies donne plus de choix pour le patient et permet ainsi d'organiser son traitement autour de sa vie familiale, sociale et professionnelle. Cette approche doit être combinée à des mesures permettant de faciliter l'accès aux soins pour les patients, telles la prise en charge gratuite d'un paquet de soins des infections opportunistes, la réduction du temps d'attente pour le suivi, l'éducation thérapeutique et le soutien par d'autres PVVIH.

Nom de la structure	ONG FMG (Fraternité Médicale Guinée)	
Nom de l'approche	(2) Dépistage et prise en charge globale communautaire du VIH chez les populations clés (PS, HSH et UDI) ¹¹	
	Projet : Frontières Et Vulnérabilité au VIH en Afrique de l'Ouest, (2011-2020)	
Domaine de prestation de services	Dépistage différencié des populations clés et vulnérable (Travailleuses du sexe, HSH, UDI, pêcheurs, routiers,)	
	Contexte et justification de l'approche	

Le projet FEVE a démarré en 2011 en Guinée avec FMG et se poursuit jusqu'en 2020. A ces débuts en 2011, le contexte était marqué par la sortie de la transition militaire et le début d'un gouvernement démocratiquement élu à la fin 2010 en Guinée. Le système de santé, déjà faible dans toutes ses composantes souffrait d'un sous financement. Le financement de la lutte contre le VIH était, et continue d'être tributaire du Fonds mondial comme le principal bailleur de fonds. Au niveau communautaire, les actions les plus significatives en matière de lutte contre le VIH provenaient des ONG internationales. Parmi ces actions, l'on peut citer le projet FEVE de FMG pour le dépistage des populations vulnérables, Médecins Sans Frontière (MSF) avec son centre de traitement ambulatoire et son dispositif de prise en charge globale décentralisée dans les centres de santé et centres médicaux communaux ou le centre DREAM (créé par la communauté Sant'egidio) pour ses actions de dépistage surtout la PCR dans son laboratoire de Conakry. On pourrait également ajouter les interventions d'ASFEGMASSI et la Fondation de la Première dame. 2011 était aussi marquée par le désengagement de MSF à Gueckedou et l'arrêt annoncé de l'inclusion de nouveaux patients dans la cohorte de MSF dans la localité de Hafia minière alors que MSF s'occupait à l'époque de près de 20% à

C'est dans ce contexte que FMG s'est vue prendre toute la responsabilité de poursuivre la prise en charge clinique et communautaire sur ses sites aussi bien en direction des populations générales, des PVVIH que des populations clés et vulnérables. Cette ONG était à cette époque l'unique acteur à s'occuper des populations clés, notamment les PS, MSM et UD dans les villes où le projet FEVE était mis en œuvre.

40% des patients sous ARV dans le pays. L'autre partenaire international important, le centre DREAM de

Depuis 2011 jusqu'en 2020, FMG a mis en place des approches innovantes en matière de lutte contre le VIH en Guinée. Nous retenons ici son approche pour le dépistage des populations clés et vulnérables.

Conakry, avait également ralenti sa cohorte en 2011.

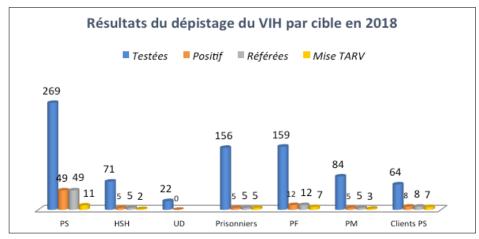
¹¹FMG. Rapport annuel d'activités 2011. Février 2012

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

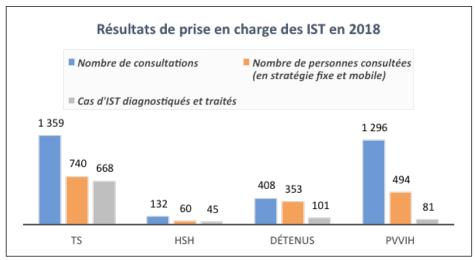
Dans le but d'apporter sa contribution à l'atteinte du premier objectif des « 90-90-90 », l'ONG Fraternité Médicale Guinée (FMG) a fait du dépistage, une activité phare avec une grande priorité accordée aux populations clés, notamment, les PS, les HSH, les usagers de drogues (UD) et les détenus. Aux côtés des populations susmentionnées viennent les clients des PS, les populations frontalières et les populations mobiles. Un développement sur l'approche innovante des populations transfrontalières et migrantes est consacré dans le prochain box (voir infra). Dans son approche, FMG met en œuvre ses activités de dépistage tant au niveau des structures de santé intégrées que dans la communauté. Elle utilise pour ce faire, deux stratégies de dépistage du VIH et des IST, à savoir :

- La stratégie fixe dans les cliniques: Elle est réalisée dans six (6) structures de santé: Hafia Minière (Conakry), Sabèndè (Fria), Kassopo et Dabiss (Boké), Tanènè (Dubréka) et Saréboïdo (Koundara). La prise en charge médicale des MSM se fait dans le Service adapté de Hafia Minière de FMG et le centre communautaire Fonds mondial.
- La stratégie mobile et avancée à travers les cliniques mobiles et les campagnes de masse : Elle se fait suivant 2 approches, à savoir la clinique mobile, les cliniques rapprochées (location de chambre d'hôtel dans un point chaud PS pendant le temps du dépistage) et les campagnes de masses.
- La clinique mobile: C'est un dispositif qui consiste à déployer dans les sites de commerce de sexe, une équipe multi disciplinaire afin de consulter et traiter les IST chez les PS et de distribuer les préservatifs. Cette activité se tient de façon régulière à Conakry et Kamsar. FMG estime que les cliniques mobiles ont toujours été mises à profit pour référer les nouvelles PS et celles porteuses d'IST pour le suivi, mais aussi le dépistage du VIH car l'équipe estime que le cadre n'est pas souvent adapté au counseling pré et post test. L'activité est aussi mise à profit pour la sensibilisation, la promotion et la distribution du préservatif.
- Les Campagnes de masse: A toutes les campagnes, il est mis en place un dispositif de consultation des femmes pour diagnostiquer et traiter les IST et le dépistage des IST chez les hommes à partir de la bandelette LED. Tous les cas d'IST diagnostiquées lors de ces activités sont traités sur la base de l'approche syndromique des IST. En plus du dépistage, les actions suivantes sont menées pour rendre la prise en charge holistique:
- La promotion et la distribution des **préservatifs** se fait dans l'ensemble des sites, lors des activités en stratégie fixe et mobile. Au total, 153 214 préservatifs masculin ont été distribués en 2018 pour la prévention contre les IST et le VIH lors des consultations médicales fixe et/ou mobile; lors des causeries éducatives sur site et des groupes de paroles; pendant le counseling post test et à chaque fois que les bénéficiaires viennent exprimer la demande.
- La **prise en charge psychosociale** est offerte aussi bien dans les centres de santé, les hôpitaux qu'au niveau communautaire lors du suivi médical, lors des causeries éducatives, les groupes de parole, des visites à domicile, de la recherche des perdus de vue et le suivi inter et intra-hospitalier. Les prestataires de santé et les acteurs communautaires interagissent régulièrement dans la mise en œuvre de cette activité. Elle est gage de l'acceptation du statut sérologique par le patient et d'une meilleure observance au traitement.
- Une étude sur l'état des lieux de la consommation des drogues à Conakry a permis de géo-référencer 326 sites dans la ville de Conakry pour une taille estimée de 899 UD la. Ainsi on dénombre respectivement 383 usagers de drogues à **Ratoma**, 149 à **Dixinn**, 148 à **Matoto**, 136 à **Matam** et 83 dans la commune de **Kaloum**.

Résultats



Données sur le dépistage du VIH par cible/ graphique tiré du rapport FMG 2018



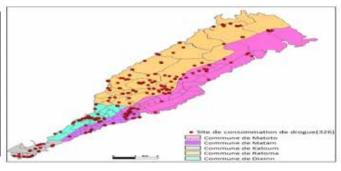
Données sur le dépistage des IST par cible/ Graphique fait à partir des données du rapport FMG 2018

Usagers de drogues

L'étude sur l'état des lieux de la consommation de drogue à Conakry entamé en consortium avec RAJ-GUI et PSI a été achevée courant 2018 a permi de géo référencer 326 sites dans les cinq communes qui composent la ville de Conakry. L'estimation brute de la taille a été faite en collaboration avec les leaders et gérants des points chauds.

Répartion des UD à Conakry

Commune	Nombre d'UD	
Ratoma	383	
Dixinn,	149	
Matoto	148	
Matam	136	
Kaloum	83	
Total Conakry	899	



Cartographie Sites de consommation de drogue à Conakry

Avantage pour les patients	■ Le projet FEVE permet d'augmenter les points d'entrée et services de dépistage et donc contribue à l'atteinte du 1 ^{er} 90 (augmentation du nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique). Cela permet la détection précoce des cas au niveau de la communauté et permet de référer les PVVIH pour une prise en charge médicale.
Avantage pour le système sanitaire	 Le projet FEV crée un lien entre les structures de santé et la communauté (via les stratégies mobiles et les outreach), garantissant ainsi la continuité des services de santé et l'accès aux services de dépistage, de soins et traitement du VIH et des IST. Il assure également les liens privilégiés avec les populations clés et à haut risque. Ce projet permet de réduire la charge de travail du personnel soignant. Les coûts de transport et de soins sont réduits quand les services de dépistage du VIH et de diagnostic et traitement des IST se déplacent vers le patient dans la communauté.
Leçons apprises	 L'implication des acteurs communautaires locaux qui connaissent le terrain et entretiennent de bons rapports avec les autorités est une approche qui facilite la réalisation des actions; L'adhésion de l'ensemble des acteurs et bénéficiaires (PS, tenanciers de bars) à la philosophie du projet FEVE est la base pour l'appropriation du projet; L'interaction entre le projet FEVE et d'autres projets partenaires ou services de santé pour rendre effective la prise en charge holistique du patient est un point fort non négligeable Le travail d'équipe entre les prestataires de soins et les acteurs communautaires est une opportunité à maintenir, L'existence d'associations de PVVIH impliquées et d'autres OBC dans la mise en œuvre des activités de lutte est une plus-value importante.

Nom de la structure ONG FMG (Fraternité Médicale Guinée)	
Nom de l'approche	(3) Prise en charge du VIH dans les populations transfrontalières :
	Projet : Frontières Et Vulnérabilité au VIH en Afrique de l'Ouest, (2011-2020)
Domaine de prestation de services	Populations clés (Travailleuses du sexe)

Contexte et justification de l'approche

Débuté en 2011 le projet FEVE (Frontières et Vulnérabilités au VIH en Afrique de l'Ouest) est à sa troisième phase (FEVE 3) depuis 2016. L'une des approches phares de FMG, ce sont les activités transfrontalières de dépistage du VIH. Le projet FEVE s'est retrouvé, depuis 2011, sur un terrain vierge où tout lui est attendu en particulier sur les groupes vulnérables¹². En dehors des actions ponctuelles que mènent les organismes relais appuyés par le PNUD, l'ONUSIDA et l'UNFPA dans le cadre des microprojets, rares sont les actions orientées vers les groupes vulnérables. En plus des populations clés, FMG intervient sur la frontière avec la Guinée Bissau pour le dépistage du VIH, le diagnostic et le traitement des IST. Quelle est sa stratégie de mise en œuvre ?

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Les activités frontalières se déroulent le long des frontières terrestres avec la Guinée Bissau et des frontières maritimes dans le débarcadère de Kamsar. Pour une meilleure coordination de la prise en charge des patients de part et d'autre des deux frontière, les campagnes de dépistage se font concomitamment avec le projet FEVE Guinée Bissau. Elle débute généralement par une prospection des lieux, la mobilisation communautaire et la préparation du terrain avant les campagnes. En 2018, Il a été réalisé deux campagnes frontalières de sensibilisation et dépistage du VIH et des IST de façon conjointe entre FEVE Guinée et FEVE Guinée Bissau dans la région de Tombali, secteur de Cacine. L'activité a été réalisée dans trois localité pour la première campagne à savoir : Kadico (zone de pêche), Berlin (marché hebdomadaire) et Cacine centre (zone de pêche). Les résultats sont présentés dans la partie résultats. La deuxième campagne de sensibilisation et de dépistage a été réalisée dans les zones de kandika (Koundara) et buruntuma (Guinée Bissau). Ces zones sont toutes frontalières avec d'importants facteurs de vulnérabilité tant géographique que comportemental. L'activité a été co-organisée avec l'équipe d'Enda Bissau, notamment le bureau régional de Bafata.

Un des défis en matière de lutte transfrontalière contre le VIH est la coordination des acteurs entre les pays frontaliers pour mieux gérés les références et contre références, les résultats des traitements, les perdus de vus, etc. FMG a participé aux actions de coordination transfrontalières suivantes pour surmonter ces défis :

- L'atelier de partage et d'harmonisation des approches d'intervention entre FEVE Guinée et Enda Bissau,
- Le forum social mondial au mois de Février 2011 à Dakar : Un panel a regroupé le chargé du VIH à l'OOAS, les représentants pays de FEVE, le CNLS Sénégal et l'équipe d'Enda Santé
- La participation au forum social tenu à Dakar en février 2011 où un panel avait regroupé plusieurs acteurs internationaux sur le VIH/SIDA,
- Le comité de pilotage du projet régional qui a regroupé en plus des 8 pays que couvre le projet FEVE, plusieurs partenaires publics, privés, nationaux et internationaux (ONUSIDA, CNLS, PNLS, OOAS...) tenu à M'Bour au mois de novembre 2011,
- L'atelier transfrontalier qui a réuni FEVE Guinée, FEVE Guinée Bissau, Cap Vert, Sénégal et Mali tenu à Praia au mois de décembre 2011
- et l'atelier de restitution des résultats de la campagne de prévention et de traitement des IST/VIH/Sida de Kamsar devant le secrétaire général du ministère de la santé et de plusieurs responsables préfectoraux et régionaux de la santé des sites d'intervention de FEVE;
- Le comité de pilotage régional du projet FEVE à M'Bour : La Guinée était représentée à cette importante rencontre par le secrétaire exécutif du CNLS et le coordinateur du projet FEVE Guinée. A l'image des autres pays, FEVE Guinée a présenté deux communications : les priorités nationales dans la lutte contre les IST/ VIH (prise en compte des groupes vulnérables et des situations transfrontalières) et les Forces, Défis et Menaces de FEVE Guinée.
- L'atelier de restitution des résultats de la campagne de dépistage et de traitement des IST/VIH à Kamsar. L'atelier
 a permis de présenter FMG et ses actions au niveau national mais aussi d'insister sur l'apport du projet FEVE dans
 la riposte au VIH en Guinée et dans la sous-région.
- Participation à l'atelier régional de mise à niveau sur le dispositif de suivi-évaluation du programme FEVE3. Après une période de test d'une année et demie (Juillet 2016- Décembre 2017) du dispositif de suivi-évaluation, la coordination régionale a procédé à une évaluation du système sur l'ensemble du réseau.

Résultats				
	Après la mise en œuvre de l'approche			
Avant la mise en œuvre de l'approche	[Plus-value]	[Plus-value]		
Absence d'activités de dépir tage transfrontalière en plu de la méconnaissance de l'ép démiologie des population telles que les pêcheurs et le populations mobiles	is La campagne a permis	La campagne a permis d'obtenir les résultats ci-dessous		
Nationalité	Testés au VIH	Positif	Pourcentage	
Guinéenne	57	3	5.26%	
Bissau Guinéenne	608	58	9,53%	
Autres	3	1	33.33%	
		I		
Profession des testés	Testés au VIH	Positif	Pourcentage	
Population Mobile	228	33	14,47%	
Population frontalière	440	29	6.59%	
Total	668	62	9.28%	
Avantage pour les patients	pistage et donc contrib précoce des cas au nive	Le projet FEVE permet d'augmenter les points d'entrée et services de dépistage et donc contribue à l'atteinte du 1 ^{er} 90 . Cela permet la détection précoce des cas au niveau de la communauté et de référer les PVVIH pour une prise en charge médicale.		
Avantage pour le sys- tème sanitaire	Le projet FEV crée un lien entre les structures de santé et la communauté, garantissant ainsi la continuité des services de santé et l'accès aux services de dépistage, de soins et traitement du VIH et des IST. Il assure également les liens privilégiés avec les populations clés et à haut risque. Ce projet permet de réduire la charge de travail du personnel soignant. Les coûts de transport et de soins sont réduits quand les services de dépistage du VIH et de diagnostic et traitement des IST se déplacent vers le			
Leçons apprises	 L'implication des respor deurs en matière de san Dans chacun des sites, l acteurs locaux et soute 	patient dans la communauté. L'implication des responsables des programmes nationaux et des décideurs en matière de santé a donné une grande visibilité au projet FEVE Dans chacun des sites, les activités sont réalisées avec l'implication des acteurs locaux et soutenues par la coordination du projet.		
		r niveau de satisfactior	onnaissances du projet per- n et de s'assurer de la péren-	

Source : Rapport annuel d'activité de FMG 2011 et 2019

Nom de la structure	MSF/Belgique	
Nom de l'approche	(4) Stratégie de l'espacement des RDV [R6M]	
Domaine de prestation de services	Espacement des RDV pour les patients stables	
Contexte et justification de l'approche		

En Guinée, le modèle de l'espacement des RDV a été adopté en 2013 comme solution face aux problèmes de rétention des patients sous ARV dans un contexte où le taux de dépistage et d'initiation au traitement étaient faibles. À cela s'ajoutait la nécessité de désengorger les centres de prise en charge des PVVIH, de réduire la charge du suivi de ces personnes pour le personnel de santé, mais également de réduire le fardeau pour ces patients en termes de coûts de transport, de fréquence des visites médicales et de temps d'attente pour la récupération des ARV. Face à l'épidémie d'Ébola en Guinée de Décembre 2014 à juin 2016 qui a occasionné l'interruption des soins et du traitement des PVVIH avec, notamment une augmentation sans précédent du nombre de perdus de vue, un projet pilote a été mis en place par MSF à Conakry au cours de 2014 et 2015 pour les patients qui étaient sous traitement ARV et stables (c'est- à-dire dont la charge virale était inferieure à 1.000 et au stade clinique 1 ou 2 de l'OMS).

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

La fréquence des visites à la clinique est réduite à des bilans semestriels (d'où l'acronyme « R6M » pour « rendez-vous tous les 6 mois). Les patients de la capitale pouvaient renouveler leur prescription en ARV chaque trimestre sans visite à la clinique nécessaire ; ceux venant de l'extérieur de Conakry recevaient des ARV pour six mois. La stratégie d'espacement des rendez-vous pour les patients stables permet de pallier l'éloignement des sites de traitement antirétroviral dans certaines régions du pays.

Critères de sélection pour le R6M : Pour être sélectionné, le/la patient-e doit :

- 1. Être âgé-e de plus de 15 ans
- 2. Être sous traitement de 1ère ligne depuis au moins 6 mois
- 3. Avoir une charge virale de moins de 1000 copies/ml;
- 4. Être au stade clinique 1 et 2 de la maladie (selon les critères de l'OMS)
- 5. Ne pas avoir d'infection opportuniste
- 6. Ne pas être une femme enceinte

Le R6M c'est



Conditions de réussite du R6M:

- Une chaine d'approvisionnement en ARV permettant la dispensation d'un traitement sur 6 mois;
- Une bonne couverture nationale de la mesure de la charge virale. À défaut, les critères cliniques et immunologiques peuvent être appliqués;
- Une intégration progressive et constante des patients éligibles à passer au R6M

Résultats				
Après 12 mois	Toujours sous TAR	Perdus de vue	Décédées	Transférés
Patients sous R6M (n= 630)	603	20	5	2
` ,	(95.7%)	(3.2%)	(0.8%)	(0.3%)
Patients n'étant pas sous R6M	403	57	4	3
(n= 467)	(86.3%)	(12.2%)	(0.9%)	(0.6%)

Source: MSF, rapport le prix de l'oubli, Avril 2016

Bien qu'ayant été confronté au départ à la résistance du personnel soignant, ce modèle a démontré son impact positif sur la rétention dans les soins. Les résultats ont été encourageants : 96 % des patients participant au projet pilote étaient encore sous TAR après six mois. La différence dans la rétention en traitement après 12 mois était également significative, avec 96 % et 95,8% après 24 mois contre 62% de la cohorte générale qui ne participait pas au R6M. De plus, il y a eu une réduction marquée de la charge de travail dans les établissements de santé.

Avantages pour les patients	 La réduction de la fréquence des visites, du coût de transport et du temps d'attente dans les centres de santé; La réduction de la stigmatisation grâce à une fréquentation réduite des centres de santé qui va entraîner une diminution des soupçons qui pèsent sur les patients assis devant le bureau du personnel médical de prise en charge des PVVIH 	
Avantages pour le système de santé	 La réduction du coût de prise en charge pour le système de santé La réduction de la charge de travail pour le personnel de santé qui peut se concentrer sur les patients présentant des complications et sur la mise sous ARV des nouveaux patients; Une amélioration du taux de rétention à 95.8% après 24 mois contre 62% de la cohorte générale non incluse dans le projet R6M; Une réduction du taux des perdus de vue de 60% sur 24 mois comparé au groupe contrôle. 	
Leçons apprises	Réduire la fréquence des visites de consultations et prescrire les renouvellements des médicaments sur de plus longues périodes aide à améliorer la rétention et l'observance du traitement ainsi que la charge de travail des professionnels de la santé. Cette approche aide également à freiner les interruptions de traitement dans une situation de crise, y compris les conflits et les déplacements quand l'accès aux services de santé est perturbé. Le gouvernement guinéen a adopté ce modèle sur la base de cette expérience dans son plan stratégique. L'expérience en Guinée confirme les résultats des études menées ailleur¹ et est conforme à la recommandation de l'OMS de réduire la fréquence des visites à la clinique et des renouvellements de prescription pour les patients stables sous TAR.	

Source : MSF. (2016). Le prix de l'oubli - Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte contre le VIH

Bemelmans, M., Baert, S., Goemaere, E., Wilkinson, L., Vandendyck, M., van Cutsem, G., . . . Ford, N. (2014, August). Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. https://doi.org/10.1111/tmi.12332. Tropical Medicine and International Health, 19 (8), 968 - 977.

Nom de la structure	PSI Guinée (Population Services International) puis PLAN International Guinée)		
Nom de l'approche	(5) Centres conviviaux [Drop In Centrer] pour les populations clés/ Centres de services adaptés		
Domaine de prestation de services	 Dépistage Prise en charge des populations clés Lutte contre la stigmatisation/discrimination et promotion des droits humains des populations clés. 		

Contexte et justification de l'approche¹⁴

Selon le cadre stratégique national VIH (2018-2022) de la Guinée, il y a une faible utilisation des services de prévention par les populations clés (HSH, TS, UDI,) et vulnérables (miniers, notamment). Suivant la taille estimée de la population des HSH (423 en 2017) et la prévalence du VIH dans ce groupe (11,4%), environ 162 HSH portent le VIH. Les HSH faisant eux aussi partie de la population générale, on peut estimer à 62% ceux qui connaissaient déjà leur statut PVVIH. Seulement un HSH sur trois (33%) a une connaissance exacte des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejette les principales idées fausses sur la transmission du virus. Toutefois, la connaissance globale est plus élevée chez les HSH âgés de 25 ans et plus (43,3% contre 29,1% chez ceux âgés de 15 à 24 ans). La proportion des HSH âgés de 18-24 ans qui utilisent systématiquement le préservatif est supérieure à celle des HSH de 25 ans et plus (37,7% contre 24%). En 2017 l'accès au programme s'est considérablement amélioré, 77,51% des HSH ont été touché, contre seulement 39% qui ont eu accès aux programmes de prévention du risque d'infection au VIH en 2012. Les facteurs explicatifs de l'accès limité des HSH aux services de prévention et de traitement restent la discrimination, l'insuffisance des services adaptés, l'existence d'une loi condamnant l'homosexualité et l'insuffisance d'acteurs communautaires.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

La mise en place des centres de services adaptés (Centres communautaires conviviaux (Drop-In Center) avec la stratégie « All-in » sert à offrir des services de santé adaptés aux populations clés, en particulier les HSH. Dans ces centres, l'offre de services est variée et peut couvrir le conseil et dépistage communautaire du VIH, la mise à disposition de préservatifs et de gel lubrifiants, la prise en charge des IST au niveau des populations clés et vulnérables, la prophylaxie Pré-exposition (PrEP) auprès des HSH, la promotion et la protection des droits humains (dans le cadre de l'ordonnance 056) à travers le concept «connaître mon droit» à travers les associations, ainsi que la fourniture d'abri lorsqu'un HSH est expulsé de sa résidence habituelle. Les centres communautaires pour HSH constituent un moyen efficace d'accès aux services de VIH adaptés aux populations clés

Résultats

Au total, au 31 Décembre 2019, ce sont 22 CSA qui ont été mis en place dont 6 à Conakry et au moins 1 CSA aux niveaux des 7 autres régions administratives du pays. Ces CSA ont été structurés au sein de centres de santé identifiés par le Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les Hépatites (PNLSH) du Ministère de la Santé. Parmi ces CSA, figure un centre communautaire HSH au niveau de la capitale qui intègre la clinique juridique.

Avantages pour les populations clés	 Augmentation de l'accès au test de dépistage du VIH Atteinte des personnes qui n'accèdent pas aux services et / ou celles qui sont à haut risque Réduction de la stigmatisation et la discrimination envers les populations clés. 	
Avantage pour le système de santé	 Le CSA permet d'offrir des services de santé adaptés aux populations clés, en particulier les HSH et les TS Le CSA contribue à l'atteinte du 1^{er} 90 ; 	
Leçons apprises	La diversité des activités développées en faveur des populations clés a favorisée leur accessibilité à l'information et l'éducation sur les IST et aux soin sans une crainte de discrimination ou de stigmatisation	

Source: CNLS Guinée. (2017). Cadre stratégique nationale VIH 2018-2022

¹⁴SE/CNLS, Cadre stratégique national VIH 2018-2022

Nom de la structure	PLAN International Guinée / ONG Health Focus Guinée		
Nom de l'approche	(6) Clinique mobile pour les populations clés		
Domaine de prestation de services	Prévention, traitement, soins et soutien des populations clés		

Contexte et justification de l'approche¹⁵

Dans le cadre de ces interventions inscrites au stratégique national VIH (2018-2022) et dans la perspective de renforcer ces activités de prévention principalement en direction des Populations clés, 22 centres de services adaptés (CSA) ont été structuré entre octobre 2016 et Décembre 2019, aux niveaux des centres de santé des 07 régions administratives plus la ville de Conakry. L'évaluation de la mise en œuvre, 6 mois après le démarrage des activités, a fait ressortir un niveau moyen de fréquentation des CSA par les bénéficiaires en raison principalement de la stigmatisation des agents de santé et du manque de ressources financières inhérentes aux frais de transport pour se rendre dans ces CSA, souvent distants. Ainsi pour pallier ces difficultés et faisant suite aux résultats de la cartographie des sites de fréquentations des populations clés qui a identifié des sites de haute (HF) et de moyenne (MF) fréquentation intégrant outre le lieu, les jours et heures optimaux, une activité de dépistage mobile : « Clinique Mobile » a été mise en place d'abord à Conakry dans le cadre d'un projet pilote puis aux vues des résultats obtenus, a été étendue à toutes les régions de la Guinée.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Des minibus aménagés pour permettre les activités de consultations médicales ont été acquis sur la subvention FM pour le VIH. Une équipe de 4 personnes (Médecin, agent psychosocial, infirmière et chauffeur) préalablement formés a été mis en place. En termes de stratégie, il s'est agi de faire des sorties nocturnes entre 20H et 02 heures du matin prioritairement les vendredi samedi et dimanche aux niveaux des sites HF et MF. En réalité les sorties s'effectuent tous les jours de la semaine. Les Pairs éducateurs HSH et PS sont chargés en amont de faire la mobilisation et les activités IEC. Notons que la mise à disposition des intrants et des produits de dépistage VIH/IST et la prise en charge des IST est effective via le Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites (PNLSH). Au cours des sorties de l'Unité Mobile médicalisée, le paquet d'activités consiste à faire le dépistage du VIH, le dépistage et la prise en charge syndromique des IST, la référence. Les outils de collectes des données nécessaires à la stratégie mobile sont remplis convenablement (registre de dépistage, registre de consultation IST, fiches de référence.



¹⁵SE/CNLS, Cadre stratégique national VIH 2018-2022

Résultats

Entre Septembre Octobre 2018 ce sont 13 sorties qui ont été réalisées les résultats présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau de synthèse des données UMM par de Septembre à Octobre 2018

CIBLE	Références	IST	Dépisté(e)s	Positifs	Taux de positivité VIH
PS	169	105	154	14	9%
HSH	32	11	32	4	13%
HFU	60	27	60	2	3%
PRISONIERS	78	35	78	1	1%
PECHEURS	18	9	18	0	0%
TOTAL	357	187	342	21	6%

Source : Health Focus, Rapport mensuel des mois de Septembre et Octobre 2018/ Calcul des auteurs

Avantages pour les populations clés	 Augmentation de l'accès au test de dépistage du VIH; Atteinte des personnes qui n'accèdent pas aux services et / ou celles qui sont à haut risque Réduire de la stigmatisation et la discrimination envers les populations clés.
Avantage pour le système de santé	 Offre des services de santé adaptés aux populations clés, en particulier les HSH et les TS Contribution à l'atteinte du 1er 90 et du 2e 90 ;
Leçons apprises	L'activité de dépistage mobile demeure pertinente dans le cadre de la prévention en direction des populations clés en complément des Centres de services adaptés

Nom de la structure	Plan International Guinée	
Nom de l'approche	(7) Dépistage sur site des populations clés à travers la stra- tégie "Dispensaire rapproché" (DR)	
Domaine de prestation de services	 Dépistage différencié des populations clés Lutte contre la stigmatisation/discrimination et promo- 	
	tion des droits humains des populations clés.	

Contexte et justification de l'approche¹⁶

Selon le cadre stratégique national VIH (2018-2022) de la Guinée, il y a une faible utilisation des services de prévention par les populations clés (HSH, TS, UDI,) et vulnérables (miniers, notamment). Suivant la taille estimée de la population des HSH (423 en 2017) et la prévalence du Virus dans ce groupe (11,4%), environ 162 HSH portent le VIH. Les HSH faisant eux aussi partie de la population générale, on peut estimer à 62 ceux qui connaissaient déjà leur statut PVVIH. Seulement un HSH sur trois (33%) a une connaissance exacte des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejette les principales idées fausses sur la transmission du virus. Toute fois la connaissance globale est plus enlevée chez les HSH âgés de 25 ans et plus (43,3% contre 29,1% chez ceux âgés de 15 à 24 ans). La proportion des HSH âgés de 18-24 ans qui utilisent systématiquement le préservatif est supérieure à celle des HSH de 25 ans et plus (37,7% contre 24%). En 2017 l'accès au programme s'est considérablement amélioré, 77,51% des HSH ont été touché, contre seulement 39% qui ont eu accès aux programmes de prévention du risque d'infection au VIH en 2012. Les facteurs explicatifs de l'accès limité des HSH aux services de prévention et de traitement restent la discrimination, l'insuffisance des services adaptés, l'existence d'une loi condamnant l'homosexualité et l'insuffisance d'acteurs communautaires.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

La stratégie mobile de prévention du VIH chez les populations clés et vulnérables entre dans le cadre des stratégies avancées visant à leur offrir les services adaptés.

Des équipes de professionnels médicaux issus des centres de services adaptés (médecin, conseiller (e), laborantin) ont effectué des sorties à travers les stratégies mobiles de dépistage.

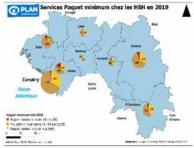
En plus de la stratégie fixe qui consiste à sensibiliser les populations clés et vulnérables dans les structures sanitaires, la stratégie mobile d'intervention est une approche consistant à rapprocher les services adaptés aux populations clés dans les sites de fréquentation de celles-ci à travers les dispensaires rapprochés (DR) qui consistent au déploiement d'une tente médicale, ou la location d'une chambre d'hôtel ou Motel dans laquelle les équipes de professionnels de santé offrent des services de conseils, dépistage et de prise en charge des IST pour les populations clés et vulnérables. Les sorties des dispensaires rapprochés viennent en complément des unités mobiles médicalisées dans les sites où ces dernières ne peuvent pas accéder ou accèdent difficilement.

¹⁵SE/CNLS, Cadre stratégique national VIH 2018-2022

Résultats

La stratégie mobile via les sorties des dispensaires rapprochés (DR) a débuté au mois de novembre 2019. Au cours de ces deux mois de mise en œuvre, il y a eu au total 65 sorties dans les sites de grande fréquentation des populations clés (56 sorties pour les PS et 9 sorties pour les HSH) qui ont permis de sensibiliser et de dépister 2007 PS et 107 HSH avec une séroprévalence respective de 5.9% et 15.9%.







Avantages pour les populations clés	 Augmentation de l'accès au test de dépistage du VIH Atteinte des personnes qui n'accèdent pas aux services et / ou celles qui sont à haut risque Réduction de la stigmatisation et la discrimination envers les populations clés. 	
Avantage pour le système de santé	 Offre de services de santé adaptés aux populations clés, en particulier les HSH et les PS Contribution à l'atteinte du 1^{er} 90; 	
Leçons apprises	Ces résultats ont été possible grâce à un meilleur ciblage, l'ider tification de nouveaux pairs via le réseautage, la réalisation de supervisions des activités de terrain et l'organisation des journée de plaidoyer vers les propriétaires des Motels, Hôtels dans les hu (08) régions administratives du pays.	

APPROCHES INNOVANTES AU NIVEAU DE LA TUBERCULOSE

Nom de la structure	PNLAT Guinée	
Nom de l'approche	(8) Dépistage actif de la tuberculose chez les clients des pharmacies et points de ventes de Conakry	
Domaine de prestation de services	Partenariat public-privé dans la lutte contre la tuberculose	

Contexte et justification de l'approche

Malgré les efforts de l'État Guinéen et des partenaires techniques et financiers, la détection des cas de tuberculose reste encore inférieure aux estimations de l'OMS selon lesquelles 22 000 cas de tuberculose devraient être notifiés chaque année en Guinée. L'incidence de la TB est estimée à 176 pour 100 000 habitants selon l'OMS. Le taux de notification du PNLAT 2018 pour toutes les formes confondues, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués (nouveaux cas et rechutes) est de 119/100 000 habitants. La situation est particulièrement préoccupante chez les enfants de 0-5 ans pour qui le sous diagnostic est estimé à 70%. En Guinée, comme dans de nombreux pays africains, l'automédication est le premier recours pour les patients qui achètent des médicaments, soit dans les pharmacies formelles ou informelles et ne se rendent à l'hôpital que dans les cas les plus extrêmes de progression de la maladie. D'où l'hypothèse selon laquelle le dépistage des patients venant acheter des antitussifs en pharmacie pourraient constituer une stratégie efficace.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Pour améliorer ces résultats du dépistage de la TB, le PNLAT a opté pour la mise en œuvre d'un projet pilote de recherche opérationnelle de 6 mois à travers l'utilisation de stratégies innovantes pour tester des démarches active innovantes de détection des cas manquants estimés à 35% pour le pays. Le PNLAT a bénéficié d'un financement de l'OMS-TDR pour la mise en place d'un projet de recherche sur le dépistage de la tuberculose pour trouver des cas de tuberculose dans la communauté. Le projet consiste dans le dépistage actif de la tuberculose chez les patients qui viennent acheter des antitussifs dans les pharmacies formelles et informelles de la ville Conakry. L'objectif du projet est d'évaluer l'efficacité, la faisabilité, les coûts de cette approche et l'acceptation par les patients afin d'obtenir des arguments documentés pour passer ou non à l'échelle de cette stratégie intégrée afin de réduire les cas manquants. La recherche des cas manquants est une approche qui permet au PNLAT, d'une part de réduire l'incidence et d'autre part de baisser la mortalité liée à la tuberculose, qui reste toutes deux élevées.

Stratégie de mise en œuvre du projet : La mise en œuvre du projet a commencé par une réunion de l'équipe de recherche qui a procédé à la planification de toutes les activités liées à ce projet et la distribution des rôles et responsabilités. À la suite de cette réunion deux séances de formation ont été organisées à l'intention des pharmaciens ciblés par le projet pour les orienter sur le screening du malade en pharmacie et les mécanismes de référence du patient vers un centre de prise en charge. Les agents de relance ont été aussi orientés sur les objectifs de l'étude et le mécanisme de la remontée des données à travers le logiciel ODK. Le paramétrage a été réalisé sur 6 téléphones Android achetés à cet effet. Les agents de relance avaient pour tâche de :

- Orienter les agents des pharmacies informelles et
- Organiser la référence à partir de ces pharmacies vers les CDT et
- Remonter les données de référence et le dépistage des patients qui sont inclus dans notre stratégie

En plus il a fallu faire les démarches suivantes :

- L'implication et le soutien de l'ordre des pharmacies de Guinée a été sollicité par courrier, le 23 juillet 2019 ;
- Une demande d'autorisation de l'autorité de régulation des postes et radiocommunication (ARPT) a été faite en Octobre 2019 après une réunion de travail entre l'ARPT et le PNLAT pour la mise en place d'un numéro vert;
- La mise en place d'un numéro vert de 5 postes simultanés avec la possibilité de rediriger les appels vers les numéros de téléphones des autres utilisateurs si un numéro est déjà en ligne.

Résultats

La collecte des données a démarré le 25 Novembre 2019 dans 50 pharmacies. La transmission des résultats est hebdomadaire après saisie exhaustive des résultats de laboratoire de tous les cas présumés. Sur 81 cas présumés de TB 13 ont été diagnostiqués positives (7 femmes et 6 hommes) à la microscopie parmi les patients référés par les pharmacies ciblées. Deux échantillons n'étaient pas de bonne qualité.

Continuer la collecte des données au niveau des pharmacies. Organiser une supervision dans ces pharmacies informelles Créer un cadre de collaboration avec elles dans le futur Le projet de dépistage de la TB dans les pharmacies a démarré avec succès Les données ont été transmises par les agents de relance de façon hebdomadaire à travers des téléphones Android. Après un mois de mise en œuvre, les résultats démontrent la pertinence du projet.

APPROCHES INNOVANTES AU NIVEAU DU PALUDISME

Nom de la structure	CRS [Catholic Relief Service]	
Nom de l'approche (9) La Prise en charge à domicile (PECADOM) du paludisme		
Domaine de prestation de services	Paludisme	
Contavto et justification de l'approche		

Contexte et justification de l'approche

Le paludisme est endémique en Guinée. La prévalence parasitaire en Guinée est de 15% avec 1 214 996 cas de paludisme pris en charge en 2018 dont 1300 décès¹⁷. Pour y faire face 3,1 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées. Avant la prise en charge communautaire, la prise en charge du paludisme se faisait seulement au niveau des formations sanitaires. L'accès aux services de prise en charge connaissait beaucoup de difficultés liées à la distance, aux facteurs économiques, à l'ignorance. Ce qui a engendré la faiblesse de demande de prise en charge du paludisme par les malades.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

La prise en charge à domicile [PECADOM] avec l'implication des ASC permet de relever tous ces défis et de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

Les ASC sont des bénévoles recrutés et formés pour aider les structures de santé dans les soins de santé primaire, en particulier dans la lutte contre le paludisme.

- Recrutement : Les AC sont recrutés au sein de leur communauté par les Directions préfectorales de Santé. Dans le souci d'améliorer la qualité des prestations, il est prévu l'utilisation des agents formés dans les écoles de santé communautaire.
- Formation: Renforcement des capacités des acteurs communautaires à travers la formation, le suivi post-formation, la supervision et la fourniture de matériels et équipements ;
- Nombre et rationnel habitant par ASC : La politique nationale de la santé communautaire prévoit en moyenne vingt (20) ASC au tour d'un Centre de Santé en 2020 avec un ratio d'un RECO pour 650 habitants qui seront utilisés, entre autres, dans la lutte contre le paludisme
- Rémunération: Conformément à la recommandation du document de politique de santé communautaire et en tenant compte de leur rendement, la motivation des ASC sera renforcée en leur payant le SMIG.
- Stratégies et rôles des ASC dans la communauté pour le paludisme: Dans le cadre de leurs interventions, les relais communautaires, les ASC, le ONG et les OBC effectuent les visites à domicile au cours desquels ils réalisent :
 - la sensibilisation pour le changement social et de comportement
 - la distribution de MILDA dans les ménages par les ASC, les OBC/ONG;
 - la communication sur l'utilisation des MILDA,
 - la production et distribution de carnets aux ménages pour le suivi de la disponibilité, de l'utilisation et le remplacement des MILDA usagées.
 - Le renouvellement des MILDA usées dans les ménages.
 - le TPI, le recours rapide aux soins et l'assainissement
 - le diagnostic et traitement communautaire des cas simples de paludisme (Prise en charge des cas, prévention, sensibilisation).
 - Le traitement préventif intermittent à la SP
 - la prise en charge des cas simples et la référence des cas graves après un traitement de préférence avec l'artésunate suppositoire.
 - Supervision des ASC pour la qualité de leurs services: Renforcement du suivi des activités communautaires par les Centre de santé en collaboration avec les ONG et les OCB.

¹⁵PMS.Rapport paludisme dans le monde 2019. Profil pays, consulté le 22 Décembre 2019

Résultats

En 2017

- 1) Sur les 1335 323 cas de paludisme confirmés au niveau national...
- 2) 238 550 ont confirmés positifs au niveau communautaire par les ASC;

En 2018

- 1) Sur les 1214 996 cas de paludisme en Guinée...
- 2) 299 800 ont été confirmés positifs, au niveau communautaire par les ASC;

Avantage pour le patient	 Réduction de la morbidité et de la mortalité du paludisme au niveau individuel et communautaire ; Bon santé
Avantage pour le système de santé	 Détection précoce des cas et traitement rapide Prise en charge au niveau communautaire ; ce qui empêche des décès évitables.
Leçons apprises	La prise charge du paludisme à domicile avec les ASC contribue à la performance du système de santé dans la lutte contre le paludisme.

APPROCHES INNOVANTES POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME COMMUNAUTAIRE/ PLAIDOYER/ DROITS HUMAINS

Nom de la structure	COFEL (Coalition des femmes leaders)
Nom de l'ap- proche	(10) Observatoire communautaire sur l'accès des populations aux services de santé et à la qualité des soins dans les structures sanitaires.
Domaines de prestation de services	 Observatoire/Accès aux soins de santé/ Droit à la santé (VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme)

Contexte et justification de l'approche¹⁸

En dépit des investissements colossaux effectués dans l'amélioration de la santé des populations par l'État Guinéen avec la contribution des partenaires techniques et financiers, les populations sont toujours confrontées à des difficultés majeures d'accès aux services de santé de qualité. Cette situation devient de plus en plus préoccupante, notamment au niveau des patients souffrants du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida qui nécessitent une prise en charge de longue durée. L'Observatoire Communautaire sur l'Accès aux Services de Santé (**OCASS**) a été mis en œuvre, à partir de 2015, par la Coalition des Femmes Leaders de Guinée (COFEL) en partenariat avec le Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME), pour apporter une contribution à la résolution substantielle des insuffisances et faciliter l'accès des communautés aux services de santé dans les structures de soins. L'OCASS est un dispositif indépendant de la société civile qui a pour objectif la collecte des données sur la disponibilité des services de santé au profit des malades de la tuberculose, du VIH et du paludisme, au Burkina Faso, au Niger et en Guinée. Ce dispositif est porté par le Réseau Accès aux médicaments essentiels (RAME), avec comme partenaires le REGAP+ et le COFEL en Guinée. La mise en œuvre des activités de cet observatoire a été progressive en Guinée d'avril à décembre 2015. 19

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Fonctionnement de l'OCASS : L'OCASS dispose de 54 collecteurs de données, soit un pour chacune des 54 formations sanitaires réparties sur les 28 districts sanitaires couverts par les activités de l'observatoire. Ces agents sont supervisés par 09 superviseurs régionaux, soit 1 par région et 2 pour la région (zone spéciale) de Conakry. L'OCASS collecte des données sur la disponibilité et la qualité des services de santé auprès des patients (enquête de satisfaction) et auprès des responsables des services de prise en charge concernant l'offre des soins (avec des questionnaires). Les informations recueillies servent de base à des recommandations et des plaidoyers auprès des autorités sanitaires et politiques en vue de résoudre ou lever les dysfonctionnements dans l'accès aux services de santé par les populations vulnérables et celles ayant difficilement accès aux services de santé. En pratique, les organisations points focaux identifiés par la COFEL mettent à la disposition de la structure de santé impliquée dans le projet, des agents collecteurs pour collecter les informations. Ces agents collecteurs, jouissant d'une reconnaissance par les formations sanitaires, ont accès facilement aux données, dans certains services notamment : le laboratoire, la pharmacie, les médecins responsables de la prise en charge du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme et le service de radiologie. Les collecteurs négocient un rendez-vous avec les responsables de sites dans le but de renseigner les fiches qui leurs sont destinées à travers un entretien. Le jour du rendez-vous le collecteur rempli 3 fiches adressées aux PVVIH, 3 fiches aux malades du paludisme, 3 fiches aux patients Tuberculeux, 3 fiches aux enfants moins de 5 ans, 3 fiches aux femmes enceintes et 3 aux autres patients 1 fiche aux premiers responsables des unités de prise en charge, 1 fiche sur la disponibilité des intrants, 1 fiche sur la disponibilité des médicaments traceurs, 1 fiche sur les pannes d'appareils, 1 fiche sur les causeries éducatives, 1 fiche sur la sensibilisation sur les droits et devoirs. Au total 24 fiches sont renseignées par chaque collecteur en fonction de la spécialité des sites d'interventions et du site couvert.

¹⁸OCASS. Rapport Trimestre 2, 2019

¹⁹Expertise France. Rapport d'activité 2015

Résultats19

- 30 membres d'associations points focaux formés
- 1090 personnes touchées par les causeries éducatives sur les droits des usagers aux services de santé
- 482 PVVIH interviewées lors de la collecte des données
- L'activité qui a le plus d'impact est la restitution régulière des rapports de collecte des données au travers du comité de pilotage. Les sessions des comités de pilotage sont devenues des espaces de dialogue de politique de santé entre les décideurs, les partenaires techniques, les associations intervenant dans la santé ainsi que des organisations citoyennes des droits de l'homme et de lutte contre la corruption²¹.

Résultats pour le 2^e trimestre 2019 :

- 88,86% de patients sont satisfaits de l'accueil
- 44,15 % de patients sont insatisfaits du temps d'attente
- 88,08 % de patients trouvent que leurs droits à la santé sont respectés
- Il est à noter que l'absence de formation des collecteurs et des superviseurs rend difficile la collecte des informations relatives aux droits Humains en matière de santé et à la discrimination et stigmatisation.
- Sur les cinquante-quatre (54) formations sanitaires, 41 ont connu au moins une rupture de médicaments/examens et de pannes d'appareils. La région de Conakry occupe la première place avec 9 cas, elle est suivie de Kankan avec 8 cas et les régions de Faranah et Boké qui ont 2 pour chacune. Il s'est agi de:
 - ⇒ 145 cas de rupture de médicaments pendant 30 jours en moyenne,
 - ⇒ 117 ruptures d'intrants et d'examen (CD4, charge virale, etc.) et
 - ⇒ 107 pannes d'appareil (CD4, charge virale, Stéthoscope, etc.) pendant 333 jours en moyenne dans l'ensemble des sites de collecte couvert par le projet.

dans l'ensemble des sites de collecte couvert par le projet.	
Avantage pour le sys- tème de santé	Des soins de santé de qualité;
	Moins de ruptures de stocks des traitements
	Amélioration de l'accueil des patients
Avantage pour les populations vulnérables	 Accès aux services de santé par les populations vulnérables et celles ayant difficilement accès aux services de santé;
	 Un système de veille et d'alerte sur les dysfonctionnements ;
	Réduction de la stigmatisation et la discrimination dans l'accès aux services de santé
Leçons ap- prises	 Des systèmes de veille et contrôle communautaires peuvent permettre d'améliorer la qualité des services de santé;
	 Les causeries éducatives sur les droits des usagers ouvrent la voie à une plus grande démocratie dans les décisions concernant les services de santé aux communautés des- servies

²⁰Tiré du rapport T2 2019 de l'OCASS et du rapport 2015 d'Expertise France (initiative 5%)

4.1.10. DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS

A. PLACE DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES ET DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DANS LA LUTTE CONTRE LES TROIS MALADIES

Forces:

- Une implication réelle et visible des acteurs communautaires (COSAH, ASC, RECO et ONG) dans le continuum des soins : Le renversement de l'évolution de l'épidémie du VIH, la couverture nationale en MILDA, le succès dans la lutte contre la tuberculose prouve à suffisance que la participation effective de la communauté constitue une condition essentielle au continuum des soins et une des clés pour atteindre la couverture santé universelle. Les acteurs communautaires et la société civile occupent une place primordiale et leur rôle est reconnu à travers différents documents nationaux de politique et de stratégie de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme en Guinée. L'ASC tout comme le relais fait partie du système de santé communautaire, participe dans la performance des soins de santé primaire, notamment la lutte contre la Tuberculose et le paludisme.
- Les ASC comme une solution à l'insuffisance des Ressources humaines de santé: 19000 RECO et 1900 ASC contribuent à l'atteinte des indicateurs de performance du paludisme et un réseau d'ONG, OBC développe des approches innovantes pour réduire le poids du VIH, la TB et le paludisme sur les populations vulnérables. Ces agents constituent aussi une ressource humaine de qualité lorsqu'ils sont formés, encadrés et supervisés pour la continuité des services de santé, en particulier la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose le paludisme et la SSR/PF dans les zones difficilement accessibles, dans les localités de faibles couvertures de personnel de santé ou de paramédicaux de santé.
- Les OBC, ASC, RECO et autres acteurs communautaires constituent un trait d'union entre les structures de santé et entre structures de santé et les communautés : Il n'est plus à démontrer que les ASC et les OBC constituent le cordon qui relie les structures de santé et la communauté mais de plus en plus, les agents communautaires constituent une solution coût efficace et pérenne pour la couverture universelle des examens biologiques. L'implication des agents associatifs du REGAP+ pour le convoyage des échantillons de sang des sites vers les laboratoires et l'acheminement des résultats des laboratoires vers les sites est en soi une innovation, à l'heure où la solution s'appuie sur des partenariats public-privé coûteux pour le transport de ces échantillons.

Insuffisances: Le système communautaire présente les lacunes suivantes :

- Faible capacité des agents de santé communautaires (ASC) et des acteurs communautaires (APS, pair éducateur, animateurs).
- La pérennité de la motivation de ces acteurs est problématique.
- Insuffisance de financement du système communautaire: sur 50 associations de PVVIH connues, seules 14 d'entre elles ont bénéficié des activités de renforcement institutionnel. Les autres restent faibles car les moyens pour les renforcer sont limités. Par conséquent tout le territoire national n'est pas couvert.
- L'environnement social et juridique restent peu favorable à l'accessibilité des services VIH et TB pour les populations clés et vulnérables : Les programmes en faveur des Populations clés sont réalisés par peu de structures communautaires.

B. RÔLES ET CONTRIBUTION DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES ET DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Forces : Au niveau du VIH : Les APS et les OBC jouent un rôle de premier plan pour l'atteinte des trois 90 du VIH.

- 1er 90 : 183 APS augmentent les points d'entrée et services de dépistage et, partant augmentent le nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique.
- 2e 90 : Le conseil à la mise sous traitement et l'éducation thérapeutique aide à contribuer à réduire le nombre de patients perdu de vue et assurer la rétention surtout quand le APS est un PVVIH, car le patient voit ses pairs vivre positivement avec la maladie
- 3e 90 : Les conseils donnés par les APS pour une meilleure permettent l'observance du TARV et la suppression de la charge virale. En cas de mauvais résultat de la charge virale, le APS peut intervenir pour comprendre et proposer des solutions au patient pour un meilleur résultat dans un futur proche.
- Faible utilisation du potentiel des acteurs communautaires: Les acteurs communautaires comme les ASC sont systématiquement utilisés dans la lutte contre le paludisme. Mais dans la lutte contre le VIH et la tuberculose, le plein potentiel de ces acteurs n'est pas utilisé. Par exemple, les acteurs communautaires constituent un bon véhicule efficace et efficient pour le succès du dépistage communautaire du VIH et de la tuberculose, les distributions des ARV et l'autotest du VIH.
- Au niveau du paludisme, les ASC et les relais communautaires ayant bénéficié de la formation font la chimio prophylaxie du paludisme simple (CPS), la prise en charge des cas de paludisme simple et font la référence précoce des cas graves. En plus du Fonds mondial à travers CRS, des partenaires comme Unicef, JHPIEGO, la Banque mondiale et GAVI appuient le ministère de la santé pour l'utilisation des ASC.
- S'agissant de la Tuberculose, dans la communauté les ASC font la recherche des cas présumés et les orientent vers les CDT pour le diagnostic, puis font le suivi communautaire des cas de tuberculose. Les ASC et les OBC sont une solution prouvée pour atteindre les cas manquants à travers le dépistage actif et pour augmenter le taux de notification.

Insuffisances : Les acteurs communautaires comme les ASC sont systématiquement utilisés dans la lutte contre le paludisme. Mais dans la lutte contre le VIH et la tuberculose, le plein potentiel de ces acteurs n'est pas utilisé.

Au niveau du VIH: Le dépistage démédicalisé n'est encore effectif malgré son adoption par Guinée. Alors que le document de Stratégie nationale des approches différencées des services de lutte contre le VIH a été validé en 2019, la mise en oeuvre du dépistage démédicalisé n'est pas encore effective sur le terrain. Seules les formations des acteurs ont été organisées.

Par exemple, les acteurs communautaires constituent un bon véhicule efficace et efficient pour le succès du dépistage communautaire l'autotest du VIH et la distribution des ARV (les PODI) en vue d'accroître la couverture ARV.

Au niveau de la TB: La stratégie communautaire actuelle est basée sur une approche passive du dépistage : En effet les activités communautaires se résument comme suit : Organisation des activités de sensibilisation par les agents de santé communautaire au sein de la communauté, visite à domicile, orientation des cas présumés vers les structures de santé et suivi des patients sous traitement antituberculeux.

C. OPPORTUNITÉS POUR L'ÉLARGISSEMENT /EXTENSION / DÉCENTRALISATION DES INTERVENTIONS ET POUR LA PERFORMANCE DES INTERVENTIONS (CE QUI EXISTE, CE QUI MANQUE ET AURAIT PU ÊTRE UTILISÉ

Au niveau du paludisme et du système de santé: Les perspectives sont favorables et vont dans le sens d'une reconnaissance officielle de ces volontaires communautaires. En effet, le Ministère de la santé dans son programme de développement des ressources humaines a décidé de faire un saut qualitatif pour produire des agents de santé communautaires polyvalents et professionnels. De ce fait, le Ministère de la santé en collaboration avec les partenaires, s'engage à réaliser la formation structurée et diplômante des Agents de santé communautaires dans les écoles de soins de santé communautaire du pays. En attendant d'observer les résultats issus de ce processus en moyen et long termes deux stratégies intermédiaires seront mises en application

- Une stratégie rapide d'optimisation des Agents Techniques de Santé (ATS). Cette stratégie se focalisera sur les ATS déjà formés prêts pour le marché du travail, ils bénéficieront d'une formation complémentaire pour être utilisés comme agents de santé communautaires mobilisables rapidement par le système de santé.
- La formation ou recyclage coordonné des relais communautaires par des formateurs reconnus et accrédités, continuera pour soutenir les besoins en couverture du territoire national. Cette formation utilisera les Modules de formation validés par le Ministère de la santé afin de les rendre polyvalents.
- Un projet pilote sera conduit dans un premier temps dans les 40 communes de convergence puis s'en suivront 60 autres communes pour atteindre 100 communes avant la fin de l'année 2019. Ces deux dynamiques sont soutenues par l'UNICEF à travers le programme national d'appui aux communes de convergence (PNACC) et par la subvention du Fonds mondial dédiée au renforcement du système de santé
- Pour la suite du processus, il est prévu une harmonisation des approches tant dans les dénominations, les approches que de la mise en œuvre. La formation structurée et diplômante des ASC sera assurée en partenariat avec le Ministère de l'enseignement Technique, de la formation professionnelle, de l'Emploi et du Travail. L'accent de la formation est mis sur la promotion de la santé. Un plan de passage à l'échelle pour l'introduction de la santé sera élaboré et progressivement ajusté en fonction des progrès et de la disponibilité des ressources financières et humaines

Au niveau du VIH: Implication des agents communautaires pour augmenter la couverture du dépistage précoce du VIH chez le nourrisson par la PCR (polymerase chain reaction): En 2013, 92% des enfants nés séropositifs en Guinée ne recevaient pas de traitement ARV du fait de la pénurie d'ARV pédiatrique et de l'absence dans les régions des tests PCR pour le diagnostic précoce chez le nourrisson²². La PCR était faite par l'ONG DREAM de la communauté Sant'Egidio à Conakry et le laboratoire national de référence. Ces 2 entités situées à Conakry n'ont pas de système de transport des échantillons. Sur la subvention VIH du Fonds mondial pour la période 2015-2017, il était prévu d'équiper six laboratoires régionaux pour mesurer la charge virale et effectuer la PCR à 10.000 enfants à l'hôpital national Ignace Deen de Conakry et cinq hôpitaux régionaux de Kindia, N'Nzérékoré, Boké, Labé, Faranah.

Une opportunité existe d'impliquer les agents communautaires pour augmenter la couverture de la PCR en utilisant les APS ou les ASC pour le transport de sang séché à motos depuis les centres de prise en charge ou les centres de prélèvements vers les laboratoires régionaux pour la PCR. Approches différenciées des services VIH:

²²ONUSIDA. Spectrum 2013 et Rapport PNSCSP

Dépistage communautaire démédicalisé : Depuis 2016, le dépistage mobile en stratégie avancée se fait dans plusieurs districts sanitaires avec l'appui des partenaires et certaines organisations non gouvernementales (FMG, MASF, CAM, COFEL, AGIL, AGBEF, etc.). Mais il reste à aller jusqu'au dépistage démédicalisé.

Poste de Distribution communautaire (PODI): La stratégie des postes de distribution communautaire des ARV a été validée et ne commencera qu'en 2020. Mais dans la pratique les APS font la distribution des ARV au domicile de certains patients PVVIH stables qui le souhaitent ainsi les Perdus de vue et les patients se trouvant dans l'impossibilité de se rendre à temps à leur RDV de renouvellement des ARV. On peut capitaliser sur cette initiative avec le RGAP+ **L'autotest du VIH:** L'autotest n'est pas commencé au niveau national. Cependant, MSF a fait une expérimentation auprès des conjoints des femmes suivi en PTME.

Au niveau de la tuberculose : Implication des ASC pour augmenter la notification de la TB : Actuellement le PNT fait le transport des crachats des cas présumés de TB vers les CDT par la mise à disposition des cartes des carburants (carte NIMBA) aux CS et aux CDT. La plan stratégique TB (2015-2019) a prévu former 1 100 agents communautaires dans 11 DS à raison de 100 agents par DS en techniques de communication d'animation et la stratégie Dots Communautaire. De plus, il est prévu de 80 pairs éducateurs pour la référence des suspects et le suivi des malades tuberculeux sous traitement auprès des nomades (éleveurs transhumance).

Il s'agit ici d'une occasion manquée d'utiliser ces agents communautaires pour le dépistage actif. Des ASC sont certes, formés pour sensibiliser, identifier les cas présumés dans la communauté et les référer (orienter) vers les centres de prise en charge de la TB, mais cela reste marginal comme contribution. Avec l'approche du PSN, cette démarche reste une stratégie passive de dépistage de la TB et ne peut suffire à trouver le maximum de cas manquants. La contribution des ASC dans les résultats de la lutte anti-tuberculose reste encore marginale. Ces ASC pourraient être utilisés plus efficacement pour faire le dépistage actif de la tuberculose en faisant, par exemple, la collecte du crachat dans la communauté et, le convoyage par la suite dans des glacières (avec des motos ou des vélos) vers le CDT le plus proche. Des expériences de réussite de cette approche se font dans des pays voisins comme la Côte d'Ivoire. Une autre stratégie pourrait être de les former à faire l'étalonnage des crachats sur des lames et les transporter par la suite au CDT le plus proche. Le pays pourra analyser et choisir l'approche la plus adaptée à son contexte. Dans le nouveau PSN 2021-2025, le pays envisage beaucoup d'autres innovations en matière de lutte contre la TB, notamment :

- Le passage à l'échelle d'ici 2025 du système de transport des échantillons des cas présumés de TB des structures de santé à partir de la communauté vers les centres de santé, des centres de santé vers les laboratoires des CDT, des CDT vers les sites Genexpert, puis vers les labos de culture (LNRM ou Macenta) et du LNRM vers le labo supra national.
- La formation et l'implication des tradipraticiens dans le dépistage des cas de TB par l'identification et l'orientation des cas présumés vers les CDT
- La création et formation des clubs de santé dans les établissements scolaires des 14 préfectures ayant des zones enclavées, qui à leur tour vont faire des sensibilisations des autres écoles de ces différentes localités
- L'organisation des séances de sensibilisation par les ASC dans les fumoirs
- L'organisation des séances de sensibilisation par les ASC auprès des personnes handicap (zone de promiscuité).

Intégration de la lutte contre la tuberculose dans le paquet des activités des associations qui travaillent dans la lutte contre le VIH/Sida ²³: Cela va contribuer à augmenter la couverture de la prise en charge communautaire de la TB et renforcera aussi la prise en charge de la co-infection TB/VIH.

²²PNLAT, PSN TB (2015-2019, page 65

4.1.11. RECOMMANDATIONS

L'étude sur les bonnes pratiques et les opportunités des acteurs communautaires au Mali a permis d'identifier les approches innovantes suivantes :

Faiblesses/ Défis	Recommandations	Destinataires				
Co	oordination au niveau communautaire					
Absence de coordination des intervenants communautaires	Créer un cadre fédérateur des plateformes des OSC intervenant en santé	Réseaux des OSC				
Faible capacité organisationnelle, administrative et de gestion finan- cière des OSC	Instituer une ligne de renforcement des capacités institutionnelles des OSC nationales en guinée,	Réseau des OSC				
Inexistence de suivi citoyen dans le domaine de la santé	Faire du suivi stratégique un levier dans les activités de de veille citoyenne dans la lutte contre les trois maladies et le renforcement du système de santé.	Réseaux des OSC				
	VIH	l				
Faiblesse de la couverture de la PCR	Impliquer les APS en leur dotant de moto pour le convoyage des échantillons de sang des sites vers les laboratoires de références et pour l'acheminement des résultats des laboratoires vers les sites.	Ministère de la santéPRREGAP+				
Non opérationnalisation des approches différenciées de services de VIH: L'autotest, le dépistage démédicalisé, la distribution communautaire des ARV	Rendre effectif la mise en œuvre du dépistage démédicalisé, l'autotest et la distribution communautaire des ARV (PODI)	Ministère de la santéREGAP+				
Faiblesse des programmes de prévention combinées en directions des populations clés surtout les UD	 Renforcer la couverture géographique des pro- grammes de prévention combinée en direction des populations clés 	Ministère de la santéRéseau des ONG				
Absence d'un statut professionnel ou un corps de métier légal des acteurs communautaires	Prendre un acte légal de reconnaissance du statut professionnel ou un corps de métier des acteurs communautaires					
Tuberculose						
Faiblesse de l'implication commu- nautaire des ASC et des OBC au dépistage et au suivi communau- taire dans la tuberculose	 Impliquer les ASC et des OBC dans le dépistage actif de la TB par le recueil des crachats, le convoyage vers les CDT et l'acheminement des résultats aux cas présumés; Renforcer les moyens et outils de travail des ASC et OBC 	PNLAT				
Faible implication des ONG qui travaillent dans le VIH dans les ac- tivités de lutte antituberculeuse et pour la coinfection VIH/TB	 Impliquer la lutte contre la Tuberculose dans le paquet des activités des ONG qui travaillent dans le VIH pour la coinfection VIH/TB 	PNLAT				

BIBLIOGRAPHIE

- Fonds mondial, 35e réunion du Conseil d'administration Politique relative aux contextes d'intervention difficiles (GF/B35/03), Avril 2016. https://www.theglobalfund.org/media/8164/bm35_03challengingoperatingenvironments policy fr.pdf?u=636917016100000000
- MSF (2016). « Le prix de l'oubli : des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH », Avril 2016. https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016 04 hiv report fr.pdf
- Institut National de la Statistique, 2017. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2016), Rapport final, Conakry, Guinée.
- 4. CDC. The 2014-2016 Ebola outbreak in West Africa has ended. Visit the Ebola Outbreak section for information on current Ebola outbreaks.: http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html
- 5. ONUSIDA. (2019). Où nous travaillons.Pays, Guinée. Consulté le 22 Décembre 2019, sur www.unaids.org: https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/guinea
- 6. OMS. Rapport paludisme dans le monde 2019. Profil pays, consulté le 22 Décembre 2019
- OMS (2019). Profil pays. Guinée. consulté le 22 Décembre 2019 [en ligne] https:// extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/ TBCountryProfile&ISO2=GN&outtype=html&LAN=FR
- 8. Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle Cartographie des ASC. Consulté le 19 Février 2020 [en lligne] http://communityhealth.sante.gov.gn/#7/11.636/-10.767
- MSF. (2016). Le prix de l'oubli Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte contre le VIH. Récupéré sur www.msf.org: https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_ fr.pdf
- 10. OMS. (2016). Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing hiv infection recommendations for a public health approach second edition 2016. Consulté le 22 Janvier 2020, sur https://apps. who.int: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1
- 11. FMG. Rapport annuel d'activités 2011. Février 2012
- 12. FMG. Rapport annuel d'activités 2011, Février 2012
- 13. Bemelmans, M., Baert, S., Goemaere, E., Wilkinson, L., Vandendyck, M., van Cutsem, G., . . . Ford, N. (2014, August). Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. https://doi.org/10.1111/tmi.12332. Tropical Medicine and International Health, 19 (8), 968 977.
- 14. SE/CNLS: Secrétariat Excécutif. (2017). Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2018- 2022.
- 15. SE/CNLS: Secrétariat Excécutif. (2017). Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2018-2022.
- 16. SE/CNLS: Secrétariat Excécutif. (2017). Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2018-2022.
- 17. OMS. Rapport paludisme dans le monde 2019. Profil pays, consulté le 22 Décembre 2019
- 18. OCASS. Rapport Trimestre 2, 2019
- 19. Expertise France. (2015). Rapport d'activité 2015.
- 20. OCASS. Rapport Trimestre 2, 2019
- 21. Expertise France. (2015). Rapport d'activité 2015.
- 22. ONUSIDA. Spectrum 2013
- 23. PNLAT. (2014). Plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2015-2019.

MAL



4.2. Mali

4.2.1. Contexte du pays

Le Mali est un pays à faible revenu qui abrite une population de 17,6 millions d'habitants³. Les femmes sont relativement plus nombreuses que les hommes, représentant 50,4% de la population soit un rapport de masculinité de 98 hommes pour 100 femmes. Le Mali se classe 175ème sur les 188 pays de l'Indice de développement humain 2016 du PNUD⁴.

Le Mali comprend huit régions administratives opérationnelles, 49 cercles, le district de Bamako (la capitale) et 703 communes. Ces dernières sont administrées par les collectivités territoriales. Le Mali est considéré comme présentant un risque élevé d'« État failli » selon l'Indice des États fragiles. La guerre civile touche les trois régions du Nord (Tombouctou, Kidal et Gao) qui couvrent environ 60 % du territoire national mais abritent moins de 10 % de sa population⁵. Dans les régions du Sud restantes, qui représentent 40 % du territoire national mais où vivent 90 % de sa population, la situation sécuritaire présente un risque élevé⁶

Selon le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) au Mali, on dénombrait en septembre 2017 59 000 déplacés internes, 142 386 réfugiés dans les pays voisins et 498 000 personnes retournées⁷. Ces chiffres ont peu évolué ces deux dernières années.

Selon les résultats provisoires de l'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP) 2015, la pauvreté monétaire est un phénomène réel au Mali car 47,2% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. On constate une légère augmentation de 0,3% par rapport à la valeur de 2014 qui était de 46,9%. Les résultats de l'enquête révèlent une incidence de la pauvreté estimée à 11,2% à Bamako contre 47,7% et 53,1% dans les autres villes et en milieu rural respectivement. Le taux d'alphabétisation est de 21% pour les femmes et 38% pour les hommes (l'EDSM 2012-2013).

Tous ces facteurs handicapent la prestation de services de santé. Le Mali est classé 42ème des 49 pays à faible revenu ayant été priorisés pour bénéficier d'améliorations dans le cadre de la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé des femmes et des enfants. Le pays affiche un ratio de personnels de santé très faible, avec une moyenne de trois agents de santé pour 10 000 habitants. L'insuffisance des capacités en personnel pénalise la fourniture de services de santé¹².

4.2.2. Contexte sanitaire

4.2.2.1. Organisation du système de santé

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (État et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations, mutuelles et fondations) et confessionnels ainsi que des ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Au Mali, le système de santé est de type pyramidal et structuré en trois niveaux.

Au niveau opérationnel, le district sanitaire constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion. On compte 65 CSRéf (2016) ; 1294 CSCom fonctionnels qui sont aussi des sites de traitement de la tuberculose ; 82 Centres de diagnostic et de traitement pour la tuberculose (CDT) qui sont intégrés dans les CSRéf ou CSCom et dix (10) CDT nouvellement créés au cours de 2016 et 85 sites de traitement ARV intégrés dans les hôpitaux ou les CSRéf ou CSCom.

Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont au nombre de 1038 structures (médicale, paramédicale, pharmaceutique et traditionnelle) selon les données de la carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 dont 07 laboratoires privés⁸. Selon la DPM, au 31 décembre 2008, le pays compte 44 officines de pharmacie, 53 établissements de pharmacie de vente en gros de médicaments, consommables et réactifs de laboratoire.

La déclaration de politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990 tire les leçons de soins de santé primaires pour renforcer la participation communautaire à travers une approche contractuelle entre l'État et les populations organisées en associations de santé communautaire (ASACO). A côté du secteur public, il existe au Mali le système communautaire qui est organisé autour des centres de santé communautaires (CSCom), des Agents de Santé de Communautaires (ASC) et des relais communautaires. Ils sont gérés par les associations de santé communautaires (ASACO) et interviennent dans plusieurs villages. Les ASC, à travers la stratégie de soins essentiels dans la communauté (SEC), assurent des activités curatives, préventives, promotionnelles et d'orientation des cas suspects vers les centres de santé pour les différentes maladies comme le paludisme et la tuberculose. Le site de l'ASC doit se situer à une distance supérieure à 5 km du centre de santé communautaire ou dans une zone d'accès géographique difficile. Il doit couvrir une population d'environ 1500 habitants dans un rayon de 3 kms autour du village site.

La santé communautaire connait un regain d'intérêt, ces dernières années. Ses actions sont plus élargies et diversifiées et la couverture est plus appréciable. En fin 2018, 2690 agents de santé communautaires sont fonctionnels sur 4928 prévu dans le plan stratégique SEC 2016-2020, (Soit 54,5%) et couvrent 5 régions : Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso. Ils interviennent principalement dans la prévention et la prise en charge des pathologies courantes telles que le paludisme, les diarrhées, les insuffisances respiratoires aiguës, les malnutritions modérées, auxquelles on peut ajouter la tuberculose, les accouchements assistés à domicile et les enregistrements de naissances au niveau communautaires

A côté du système moderne de santé, il existe au Mali une médecine traditionnelle présente dans tous les quartiers de villes et dans tous les villages et qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. Cette médecine est structurée en associations de tradithérapeutes qui collaborent avec la médecine moderne.

Le niveau régional est celui qui apporte l'appui technique au premier niveau. Le pays compte 8 Hôpitaux de 2ème référence (EPH de Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'hôpital mère enfant);

Le niveau central est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre il définit les critères d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards et mobilise des ressources auprès de l'Etat, des PTF et du secteur privé pour le financement des soins de qualité accessibles à tous. Il est compte 5 Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) dont 4 à vocation générale et 2 à vocation spécialisée, 1 Institut National de Recherche en Santé Publique (INSRP), 1 Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et 1 Laboratoire National de la Santé (LNS), 2 centres de recherche le Centre de Recherche, d'Études et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) et le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide constituent le 3ème niveau de référence.

4.2.2.2.Contexte spécifique au VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme et la santé communautaire

VIH/Sida : Le Mali a une épidémie de VIH de type généralisé au sein de la population générale de 1,4% (F=1,8% ; H=1,0%), mais celle-ci est plus concentrée parmi les populations clés (femmes enceintes, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et professionnelles du sexe). En 2018 . Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 150 000. Les nouvelles infections sont de 14 000 avec un taux d'incidence de 1,3 pour 1000 habitants.

Sur les 150 000 PVVIH, 33% connaissant leur statut sérologique parmi lesquelles seulement 31% sont sous traitement ARV. Les données sur la couverture de la suppression de la charge virale sont indisponibles. Le taux de couverture en ARV pour la PTM (e-TME est de 24%. Le pays a récemment adopté la politique « Tester et Traiter » dans le but de mettre sous traitement toutes les personnes dépistées séropositives au VIH. Le Fonds mondial est le plus important donateur de la lutte contre le VIH/sida au Mali et fournit environ 75 % des financements de riposte au VIH10.

Paludisme : Le paludisme continue d'être la première cause de morbidité (32%) au Mali avec des répercussions socio-économiques sur les populations. En 2016, le Mali a enregistré, 2 256 451 épisodes de paludisme dont 1 576 040 cas simples et 680 411 cas graves. Parmi les cas, 1 742 décès ont été enregistrés, soit un taux de létalité de 0,77 ‰ (Annuaire statistique, 2016). Le nombre et l'incidence du paludisme simple et grave, estimées sur la base de des données de routine, indiquent une tendance à la baisse en 2013 et 2017. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus affectées par le paludisme.

Les espèces plasmodiales les plus courantes au Mali sont les suivantes¹¹: (i) P. falciparum qui contribue pour 85 à 90% de la formule parasitaire. P. falciparum est responsable des formes létales, graves et compliquées du paludisme au Mali; (ii) P. malariae est rencontré dans 10-14% des infections plasmodiales; (iii) P. ovale, contribue pour 1% des cas d'infections plasmodiales. En 2011, une étude menée par le MRTC a confirmé la présence de P. vivax dans les régions du Nord (Gao, Tombouctou et Kidal).

Il y a une extrême variabilité de l'épidémiologie du paludisme qui est fonction des régions. Ainsi, en 2017¹², 8 districts dans la région sanitaire de Mopti constituaient les zones de haute transmission, soit 60% du niveau de transmission nationale avec une incidence de 156 708 (6‰) suivies de Sikasso (10 districts); Ségou (8 districts); Koulikoro (10 districts); Gao (4 districts); Tombouctou (5 districts); Kidal (4 districts); Taoudéni (4 districts) et Ménaka (4 districts) où la transmission est modérée. La transmission est faible dans le district de Bamako et 6 communes,

Tuberculose : La tuberculose qui demeure un problème de santé publique, fait partie des maladies prioritaires à éliminer au Mali. En 2018¹³, l'OMS estimait l'incidence de la tuberculose à 53 pour 100 000 habitants au Mali, soit 10 070 cas attendus. Le pays a notifié 7 084 toutes formes de Tuberculose en 2018 dont 6 889 nouveaux cas et rechutes avec un taux de TB-MDR estimé à 2%. La couverture sanitaire universelle et sociale est de 68% et le taux de succès au traitement est 78%.

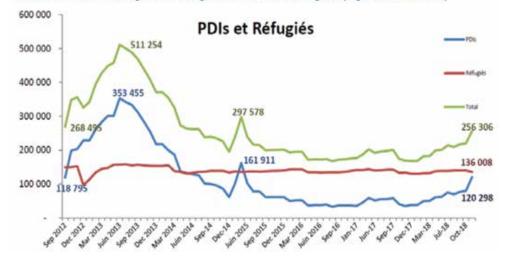
4.2.2.3. Contexte humanitaire : Déplacées et réfugiées du fait des conflits¹⁴ :

Le Mali continue d'être marqué par la crise complexe survenue depuis 2012, dont les conséquences multiformes sur les populations civiles, en particulier les ménages vulnérables et sur la stabilité du pays restent une préoccupation majeure pour les autorités nationales et la communauté internationale. Les conflits et l'insécurité continuent d'être des freins majeurs à la présence des services sociaux étatiques de base et leur accessibilité dans le nord et le centre du pays.

Des conflits de plus en plus localisés maintiennent une partie de la population dans une dynamique de déplacement pendulaire qui fragilise les moyens d'existence des personnes déplacées et des communautés qui les accueillent, surtout dans les régions de Ménaka et de Mopti (cercle de Koro notamment). Au 31 décembre 2018, plus de 120 00015 personnes déplacées (19 748 ménages) étaient recensées au Mali, soit plus du triple qu'en début d'année (38 172 PDI). Les moins de 17 ans représentent 53% de la population déplacée avec un total de 42 560 enfants enregistrés dont 24 091 filles et 18 469 garçons. Les régions du nord, notamment Tombouctou accueille 20 524 PDI, Gao 18 395 PDI, Mopti 52 650 PDI et Ménaka 12 543 PDI. Plus de 23 000 personnes nouvellement déplacées ont été enregistrées dans les régions de Tombouctou, Gao, Mopti, Ménaka, Ségou, Koulikoro et Sikasso, la majorité d'entre elles des enfants et des femmes, et 3 000 personnes ont cherché refuge au Burkina Faso.







GRAPHIQUE 5: NOMBRE DES DEPLACES INTERNES AU MALI AU 31 DECEMBRE 2018, EXTRAIT DU RAPPORT 2019 DE OCHA,

Les régions du Nord (Gao à Kidal) et à l'Est, celle de Mopti sont des zones de conflits. La région de Ségou aussi connait une plus grande insécurité. Les déplacés internes se retrouvent un peu partout à travers le pays. Dans la ville de Ségou et aux alentours il y a 9 sites de déplacés. A Bamako et ses environs il y a 5 camps de déplacés et de réfugiés.

4.2.3. La Revue documentaire

4.2.3.1. Les documents supports et sources de référence

Les documents consultés décrivaient notamment :

- Les stratégies et paquets de soins essentiels communautaires dans les documents nationaux de politiques de santé communautaire, dans le VIH, la Tuberculose, le paludisme et la santé sexuelle et reproductive.
- Les apports des acteurs communautaires dans l'accès aux soins des populations clés et vulnérables dans les contextes d'intervention difficiles, selon la définition du Fonds mondiale.
- Les situations ou problématiques relatives aux populations clés et les interventions en leur direction.
- La valeur ajoutée (en comparaison des résultats nationaux ou des stratégies en cours dans le pays) et les opportunités des acteurs communautaires et de la société civile pour atteindre les communautés vulnérables dans les contextes d'intervention difficiles.
- Les pratiques ou approches des acteurs communautaires considérées par les acteurs nationaux ou citées dans les publications scientifiques ou dans les rapports de conférences internationales dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme et en santé de la reproduction

Il s'agissait sans s'y limiter :

- Le Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté 2016-2020 et
- Soins Essentiels Dans la Communauté Guide National pour la mise en œuvre Décembre 2015
- Le Document normatif pour la stratégie communautaire de lutte contre la tuberculose
- Le plan stratégique du TB 2015-2019 (prolongé à 2020)
- Le cadre stratégique du VIH (2017-2021)
- Le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2019-2022.
- Les rapports d'activités des OBC et des ONG opérant dans le pays.
- Le rapport « Le prix de l'oubli Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte contre le VIH. De MSF paru en Avril 2016 https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016 04 hiv report fr.pdf
- L'article de Bemelmans, et collaborateurs, « Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa, paru en Août 2014 https://doi.org/10.1111/ tmi 12332
- Et plusieurs autres documents et publications scientifiques en lien avec les stratégies communautaires dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.

4.2.3.2. Analyse de la revue documentaire

Politique Nationale de Santé (PNS). La politique sectorielle de santé et de population actuelle adoptée par le gouvernement malien date de 1990 et définit les grandes orientations du développement sanitaire du Mali. Elle est fondée sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et de l'initiative de Bamako adoptée en 1987. Elle s'inscrit dans une approche sectorielle qui intègre l'organisation du système de santé, le développement social, et plus récemment, la promotion de la famille.

Elle est mise en œuvre à travers le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS – 2014-2024) qui présente la vision du Gouvernement malien en matière de santé et de développement social pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Sur la période 2014-2018, il est mis en œuvre dans le cadre du troisième Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS III).

Selon l'article 17 de la constitution malienne du 09 Juillet 2017, « la santé est un droit reconnu » mais les populations vulnérables et celles des zones éloignées de plus de 5 Km d'un centre de santé ont des accès difficiles aux services de santé, en plus de la grande discrimination dont se plaignent les populations clés (notamment, les PS, HSH) et les déplacés et réfugiés.

Riposte au VIH/Sida : Le cadre stratégique national VIH (CNS 2017-2021) constitue le référentiel en matière de lutte contre le VIH/sida au Mali. C'est pour ainsi dire le document qui matérialise les engagements nationaux et internationaux dans l'optique de favoriser la multisectorialité et l'accès des groupes les plus affectés par l'épidémie aux programmes existants de VIH. Il met l'accent sur l'implication des acteurs communautaire dans les suivis et la rétention des PVVIH, le dépistage communautaire du VIH, la prévention, etc. La réponse nationale est décrite dans le cadre stratégique national 2017-2021 (CSN 2017-2021) et s'articule autour de quatre axes prioritaires que sont (i) la prévention, (ii) la prise en charge et les soins, (iii) le soutien et les droits humains et (iv) la coordination, la gestion, la gouvernance, les informations stratégiques et le financement.

Les cibles prioritaires sont les PVVIH, les populations clés (TS, HSH, population carcérale,), mais aussi des populations vulnérables comme les déplacés internes, les réfugiés, les hommes en uniforme, les personnes avec handicap, les camionneurs, les jeunes et adolescents dans le contexte de vulnérabilité, les femmes enceintes et les enfants nés de mères séropositives. Les populations clés et les PVVIH se estiment qu'il y a la discrimination dans les sites de traitement public surtout les structures sanitaires qui n'ont pas d'USAC en leur sein. Pourtant l'article 2 « toute discrimination fondée sur l'origine, la couleur, la langue, la race, le sexe, le handicap, la religion et l'opinion politique est prohibée.

Lutte contre le paludisme : Le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2019-2022 met l'accent sur les relais communautaires au nombre de 3092 qui ont bénéficié de la formation sur la prise en charge des cas de paludisme simple et fait la référence précoce des cas graves. Actuellement, la prise en charge des cas au niveau communautaire est intégrée dans la stratégie de Soins Essentiels dans la Communauté (SEC). La prise en charge communautaire est actuellement effective dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti avec l'appui de Save the Children et l'UNICEF. Elle a été améliorée par la formation de 630 tradithérapeutes sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence.

Réponse nationale à la Tuberculose : Le plan stratégique du TB 2015-2019 (prolongé à 2020) met l'accent sur les interventions communautaires dans le cadre de sa mise en œuvre pour le renforcement de la notification de la tuberculose et l'amélioration du taux de succès de traitement des malades.

4.2.4. Interviews des informateurs clés et des bénéficiaires

4.2.4.1. Les informateurs clés et les bénéficiaires rencontrés

Les représentants des associations et organisations de la société civile rencontrés sont 13 directeurs et les présidents des associations et des réseaux et faîtières.

07 représentants des structures de santé ont été rencontrés :

- 1. Le Médecin Chef du Centre de santé de référence de la commune VI de Bamako,
- 2. Le Responsable médical de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la famille (AMPPF)
- 3. Le Coordinateur de la Clinique des Halles de Bamako (ARCAD/SIDA)
- 4. Le Superviseur de la Clinique de santé sexuelle, ARCAD/SIDA Ségou
- 5. Le Médecin Chef adjoint du Centre de Santé de Référence de Ségou
- 6. Le Coordinateur National du Réseau Malien des Associations de Personnes vivant avec le VIH
- 7. Et le Président Fédération Locale des associations de santé communautaire de Ségou (FELASCOM)

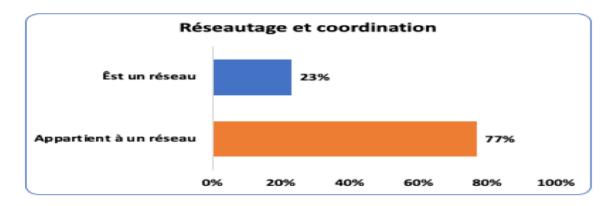
Les bénéficiaires des services de santé communautaires :

7 focus groups ont été organisés avec 64 participants composés de déplacés, réfugiés, PVVIH, populations clés (MSM, PS, victimes de VBG.

Les représentants des partenaires techniques et financiers et les institutions publiques suivantes ont été rencontrés :

- Le coordinateur de la Cellule intersectorielle de lutte contre le VIH, la Tuberculose et les Hépatites,
- Le point focal VIH et son collègue de la TB de la DRS ainsi que le SG du Haut Conseil Régional de Ségou,
- Le Secrétaire permanent et un vice-Président du CCM Mali,
- Le Responsable du suivi-évaluation de CRS,
- L'officier médical national de l'OIM,
- La conseillère VIH/TB du bureau de l'OMS Bamako,
- Le Responsable de programme de PSI,
- Le Coordonnateur de l'UGP FM du HCNLS,
- Le chargé de la prévention du PNLP,
- Le coordonnateur de zone de Ségou de l'ONG Terres des Hommes et
- Le Chef de Division de la santé communautaire de la DGS.
- Les membres des Associations de PVVIH : "KENEYATON" et "BADEYATON" de Ségou

Au total, 15 représentants des PTF ont été rencontrés. La majorité des PTF s'occupe du VIH, paludisme et la TB. Quelques-uns ont comme champ d'action la santé maternelle néo-natale et infantile, la nutrition et la santé sexuelle et reproductive, les Maladies Tropicale Négligée



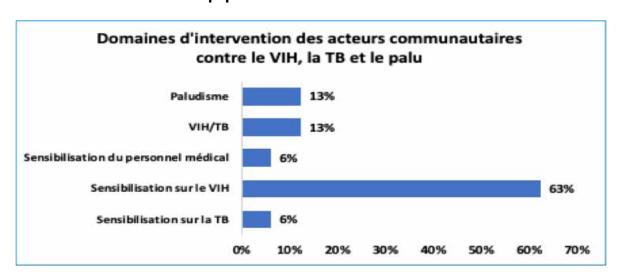
4.2.4.2. Synthèse des entretiens

Treize organisations et réseaux ont été interviewés. Les représentants des organisations rencontrés sont des directeurs ou présidents du Réseau National des Associations de populations (RENAPOC) composé de 5 associations, du Réseau Malien des Associations de personnes vivant avec le VIH (RMAP+) qui compte 62 associations membres, la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM) qui regroupe 1268 associations (ASACO) comptant environ 3 000 membres physiques.

• Coordination et réseautage :

Parmi celles-ci 77% appartiennent à un réseau et 23%, soit 3 sont des réseaux qui embrassent, en plus du VIH, la TB, le paludisme, d'autres thèmes de soins de santé primaires

• Domaines d'interventions et populations bénéficiaires des interventions des OSC



Près de 2/3 des organisations interviennent dans la lutte contre le VIH comme le montre la figure ci-contre. La majorité des organisations a comme cibles la PG, les femmes, les PVVIH, les PS, les HSH et les enfants. Une seule organisation fait des activités avec les déficients mentaux (Santé Sud) et une seule (Guamina) a affirmé avoir eu des activités en direction des réfugiés. Rares sont donc les OBC qui interviennent pour la santé des réfugiés et des déplacées internes.

• Mobilisation des ressources et principaux financiers des organisations

Le plus gros budget est de Guamina avec 610 061 862 FCFA en 2017, et le plus faible est 7 104 500 en 2018 avec Tilé Cora qui est une nouvelle association qui a commencé les activités ces dernières années. Walé et APPF arrivent à mobiliser une certaine somme entre 238 602 755 FCFA pour Walé en 2020 et 412 933 206 FCFA pour APPF en 2019.

Globalement, il y a une régression budgétaire de FCFA 12 millions en 2017/2018 à FCFA 4 à 5 millions en 2019/2020 pour certaines organisations communautaires. Plusieurs organisations de PVVIH qui ne sont pas des (sous) bénéficiaires des subventions du Fonds mondial n'ont pas de financements alors qu'ils appuis fortement les centres de santé dans le soutien psychologique des patients, en fonctionnant avec un fonds minime issus des cotisations des membres.

• Les bailleurs de fonds

Les bailleurs de fonds durant ces années pour ces structures ont été :Le Fonds Mondial, le Département Américain pour l'agriculture (à travers CRS), Le Fonds Climat avec le PNUD, l'Union Européenne (avec Save The Children), Aide et Action International, Projet De Développement Des Compétences et Emploi Des Jeunes (PROCEJ), USAID à travers Save The Children et FHI 360, GAVI/UNICEF, Université Johns Hopkins, la MINUSMA, Ministère de la solidarité et de lutte contre la pauvreté, Principauté de Monaco, AFD, Sanofi, UNFPA, Union européenne EIDHR/2017/388-46, NSWP global network of Sex Work Project, et VOICE/OXFAM.

• Stratégies de collaboration entre PTF et acteurs communautaires

Les agences et partenaires technique et financiers internationaux rencontrées sont toutes disposées à collaborer plus avec les organisations communautaires.

Pour une meilleure collaboration, les PTF proposent La mise en place d'un cadre de concertation avec tous les intervenants et faire une cartographie pour le VIH, la TB et le paludisme, comme cela se fait déjà pour la Santé de la reproduction à Ségou. Ces activités seront mises dans les Plans opérationnels des partenaires et voir si un partenaire peut financer. Par exemple Terre Des Hommes a travaillé avec les collectivités telles que les mairies avec des accords de partenariats pour l'utilisation des ASC. En 2018 ARCAD-SIDA a amélioré l'offre de services à travers un financement sous contrat de l'OMS.

D'autre part, L'OIM entend travailler avec l'Association Jeunesse et Développement (AJM) pour le séjour des migrants et le Centre Kanuya pour les mineurs non accompagné à travers un contrat de prise en charge annuel

• Stratégies de renforcements des liens entre acteurs communautaires et personnels de santé :

Les principales stratégies identifiées par les personnes clés interrogées se résument comme suit :

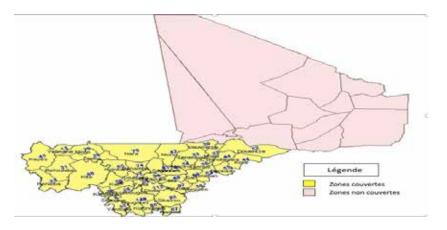
- La mobilisation des ressources locales et des responsables des collectivités décentralisées pour le financement de la motivation des ASC dans le contexte actuel où les principaux bailleurs de fonds (USAID et le Fonds mondial) se retire progressivement des du financement de la motivation des ASC
- L'organisation de rencontres régulières avec les équipes médicales, les membres de l'ASACO,
- La mise en place d'une plateforme communautaire et qui fera des rencontres régulières avec le personnel sanitaire
- La flexibilité des médecins qui doivent pouvoir accepter de renouveler l'ordonnance des patients de leurs collègues et permettre que les communautaires fasse le counseling avec les PVVIH dans la complémentarité.
- L'opérationnalisation de la distribution communautaire des ARV aux PVVIH stables ;
- La mise en place d'un programme communautaire commun pour le VIH et la Tuberculose et recruter les communautaires à mettre à la disposition des centres de santé pour mener la réponse communautaire.
- Le recyclage ou la formation et sensibilisation des agents de santé

4.2.5. Place de la réponse communautaire et de la société civile dans la lutte contre le VIH, la Tuberculose et le paludisme dans la politique de santé au Mali

Dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, les acteurs communautaires et la société civile occupent une place primordiale et leur rôle est de plus en plus reconnu et est devenu officiel à travers différents documents nationaux de politique et de stratégie de santé.

- Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté 2016-2020 et
- Soins Essentiels Dans la Communauté Guide National pour la mise en œuvre Décembre 2015
 : Ce guide est un référentiel des activités de santé communautaire qui renferme le paquet de soins essentiels des ASC, le processus de sélection des ASC et des sites d'implantation, de formation des ASC/ relais CCSC/GSAN, le mécanisme de pérennisation de la stratégie, le processus de suivi/évaluation des soins essentiels dans la communauté, etc.
- Document normatif pour la stratégie communautaire de lutte contre la tuberculose : Ce document vient en complément au guide national pour la mise en œuvre des soins essentiels dans la communauté et du Plan stratégique national des soins essentiels dans la communauté 2016-2020. Il décrit les politiques et programmes qui permettent d'aider les ONG/OSC à intégrer la lutte contre la tuberculose dans leurs activités en lien avec la stratégie End-TB. Il décrit également comment les responsables des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, les ONG et les OSC peuvent collaborer pour mettre en place des approches communautaires intégrées qui soutiennent le dépistage précoce des cas (identifier les personnes susceptibles d'avoir la tuberculose ou particulièrement vulnérables à la maladie et les référer aux centres de santé), l'appui au traitement tout en s'assurant que les personnes ayant besoin d'un traitement le reçoivent, le mènent à bien et se font régulièrement surveiller. Il englobe la prévention en apprenant aux malades comment réduire les facteurs de risque propices à la propagation de la maladie ainsi que la lutte contre la stigmatisation des malades tuberculeux.
- Le plan stratégique du TB 2015-2019 (prolongé à 2020) met l'accent sur les interventions communautaires dans le cadre de sa mise en œuvre pour le renforcement de la notification de la tuberculose et l'amélioration du taux de succès de traitement des malades.
- Le Cadre Stratégique du VIH (2017-2021) met l'accent sur l'implication des acteurs communautaire dans les suivis et la rétention des PVVIH, le dépistage communautaire du VIH, la prévention, etc.
- Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2019-2022 met l'accent sur les relais communautaires au nombre de 3092 qui ont bénéficié de la formation sur la prise en charge des cas de paludisme simple et fait la référence précoce des cas graves. Actuellement, la prise en charge des cas au niveau communautaire est intégrée dans la stratégie de Soins Essentiels dans la Communauté (SEC). Dans ce cadre, 11 formateurs nationaux ont bénéficié d'une orientation sur les SEC et 1800 ASC ont été formées dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti avec l'appui de Save the Children et l'UNICEF. La prise en charge communautaire est actuellement effective dans ces régions. Elle a été améliorée par la formation de 630 tradithérapeutes sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence.

• Couverture géographique des interventions communautaires au Mali



Un plan stratégique national des Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) a été élaboré et couvre la période 2017-2021. La mise en œuvre de ce plan permet de faire le bilan des activités des agents de santé communautaires en matière de santé primaire. À fin Août 2019, le tableau de la page suivante indique que le pays comptait 3 01116 ASC fonctionnels (soit 61%) sur 4928 prévu dans le plan stratégique SEC 2016-2020. Cependant, comme l'atteste la carte ci-dessus, la partie Nord du pays n'est pas couverte par les ASC depuis au moins l'année 2013.

GRAPHIQUE 6: CARTE DE LA SITUATION DES ASC FONCTIONNELS PAR DISTRICTS SANITAIRES, ANNEE 2013 (SOURCE DNS)

TABLEAU 5: REPARTITION DES ASC ET ONG NATIONALES PAR REGION EN AOUT 2019 (SOURCE DGS/MSAS)

	Bamako	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Kidal	Gao	Total
ASC 17	175	273	665	731	623	544	0	0	0	3 011
RECO										3 092
			Nombre d'a	associatio	ns par ré	gion				
PVVIH	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
MSM	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0
VIH	7	1	-	1	1	1	-	-	-	50
Paludisme	1	2	1		2	1	1	-	-	
Tuberculose	0	1	1	1	1	2	1	-	-	0

En Août 2019, pour l'ensemble des cinq régions, 3 011 ASC étaient fonctionnelles. Les zones Nord sont sans interventions des ASC. Il n'y a pas d'OBC d'UDI et de transgenre et les activités en direction des populations clés se limitent à Bamako.

Les ONG interviennent en majorité dans 5 premières régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti). Quelques rares organisations telles que RENAPOC, et RMAP (VIH) APPF (paludisme), ARCAD Sida (prise en charge du VIH) interviennent dans le Nord à Gao, Tombouctou et, dans une moindre mesure, à Taoudéni.

• La Répartition des associations par région est présentée ci-dessous :

VIH/SIDA:

- Bamako: RMAP+, Soutoura, ARCAD, ASDAP, AMPROD Sahel
- Ségou: Walé; Badeyaton, Keneyaton
- Sikasso: Association Kenedougou Solidarité
- FORSC;

Paludisme:

- APPF (Kayes, Ségou, Tombouctou, Taoudeni)
- AMCP (Koulikoro)
- ASG (Mopti)
- AMADECOM (Kayes)
- World Vison (Ségou)

Tuberculose

- Guamina (Sikasso, mais actuellement pas de financement)
- Santé Sud (Bamako, Kayes, Koulikoro, Ségou, Sikasso, Mopti, Tombouctou)
- Jigui (Mopti, était SSR du CRS en 2016)

4.2.6. Approches pour répondre aux besoins de santé des populations déplacées par les conflits au Mali.

Ce sont les organisations internationales humanitaires qui interviennent dans les zones de conflits pour apporter des soins de santé aux déplacés et réfugiés.

Les structures suivantes ont été identifiées comme prestataires de service de santé pour les déplacés au Mali.

TABLEAU 6: ACTIONS DE SANTE POUR REPONDRE AUX BESOINS DES POPULATIONS DEPLACEES PAR LES CONFLITS AU MALI

Acteurs	Partenaires	Domaines et moyens d'intervention	Zones (localités couvertes
OMS,	MSF ; COOPI, Walé	VIH pour les déplacés	 Bamako COOPI et Walé sont des ONG qui font la prise en charge VIH à Ségou
	Santé sud	Dépistage de la TB pour les déplacés	- Santé sud a fait des dépistages de la TB dans les sites de Bamako
	FM à travers CRS	Paludisme pour les dé- placés	- PSI sur le Fonds mondial fait le paludisme
ECHO (Bail- leur) Actions conduites par partenaires UN, UNGI et Croix- Rouge	ALIMA/AMCP, CICR, IRC, IMC; PU/AMI; Save The Children, AVSF; MDM-B; MDM-F	Accès aux soins de santé pour les populations affectées par le conflit	 Région de Tombouctou DS Dire, Goundam, Niafunke, Tombouctou, Gourma RHarous Région de Gao DS de Gao, Bourem, Menaka & Ansongo Région de Kidal DS de Kidal, Aghuelhoc, Tessalit Région de Mopti DS de Tenenkou & Youwarou Région de Gao, Tombouctou et Kidal (tous les cercles) Région de Tombouctou. Cercles de Tombouctou & Gourma Rharous. Région de Gao (Cercles d'Ansongo et de Menaka)
MSF	MSF, AMCP/ALI- MA, Solidarité Internationale ; Terre des Hommes ACTED, ASEF, UNICEF, Solidari- té International, MERCI COPS, IMC	Soins de santé	 cercle de Tominian (Ségou) Cercle de Niono (Ségou) Terre des hommes est à Ségou ville, et dans le cercle de Macina et Tominian
CICR	UNICEF CR Ma- lienne	Accès aux soins de santé pour les détenus	- Régions du Nord - Bamako, Sikasso, Koulikoro
OIM urgence	OIM	Assistance aux per- sonnes déplacées vul- nérables affectés par le conflit, notamment à travers moyens d'inter- vention dont la prise en charge médicale	- Bamako, Mopti, Tombouctou et Gao

4.2.7. Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société civile dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes

Les organisations de la société civile et les organisations communautaires participent activement dans plusieurs instances de planification stratégique et opérationnelle. Le tableau ci-dessous résume les instances ou processus dans lesquels participent les organisations communautaires et de la société civile.



Les organisations de la société civile et les organisations communautaires participent activement dans plusieurs instances de planification stratégique et opérationnelle. Le tableau ci-dessous résume les instances ou processus dans lesquels participent les organisations communautaires et de la société civile.

TABLEAU 7: SYNTHESE DE LA PARTICIPATION DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES DANS LES PROCESSUS NATIONAUX

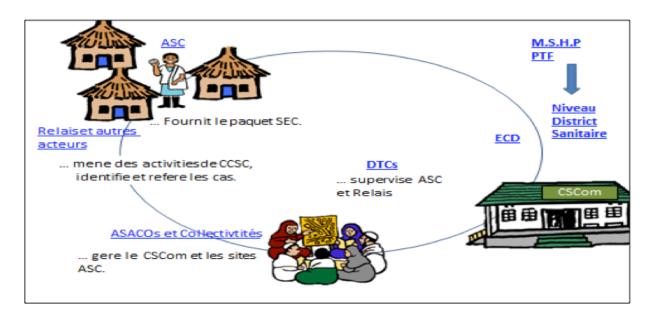
Domaines	Détails
Instances de coordination	 Participation aux instances du Haut Conseil National de de lutte contre le Sida (HCNLS) Participation aux organes de l'Instance de coordination (ICN) pour le suivi stratégique des subventions et l'accès aux ressources du Fonds mondial
Processus de planification stratégique	☐ Participation à la revue des programmes ☐ Participation au processus de planification stratégique et opérationnelle (VIH, Paludisme, Tuberculose, Santé communautaire)
Mobilisation des ressources	☐ Participation à la demande des financements du Fonds mondial ☐ Mobilisation des ressources auprès de leurs partenaires internationaux
Mise en œuvre des pro- grammes	☐ Participation aux activités de supervision☐ Mise en œuvre des activités (suivant les domaines de compétences
Suivi-évaluation	 Certaines données communautaires sont intégrées dans le système d'in- formation sanitaire sur le paludisme et dans une moindre mesure la tu- berculose et le VIH/Sida

Dans la politique de santé communautaire du Mali, le rôle des acteurs est clairement défini par pathologies. Deux acteurs principaux sont en ligne de front : les relais communautaires qui assurent les activités préventives et promotionnelles et les ASC qui assurent les activités de type préventif, promotionnel et curatif. Notons que depuis 2019, un processus d'implication d'un nouvel acteur, les superviseurs dédiés a été amorcée, leur rôle étant de superviser les ASC.

Le système communautaire au Mali est organisé autour des centres de santé communautaires (CSCom), des Agents de Santé de Communautaires (ASC) et des relais communautaires. Ils sont gérés par les associations de santé communautaires (ASACO). Les ASC à travers la stratégie de soins essentiels dans la communauté (SEC) assurent des activités curatives, préventives, promotionnelles et d'orientation pour les différentes maladies comme le paludisme.

Rôle dans le paludisme: Le site de l'ASC doit se situer à une distance supérieure à 5 km du centre de santé communautaire ou dans une zone d'accès géographique difficile. Il doit couvrir une population d'environ 1500 habitants dans un rayon de 3 kms autour du village site. En fin Août 2019, il existait 2830 ASC repartis entre les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti.

En plus des ASC, 3 092 relais communautaires choisis par et dans la communauté assurent les activités de communication pour le changement de comportement, le suivi de la continuité des soins et servent d'interface entre la communauté et les structures de soins. Les relais assurent aussi la mise en œuvre de la PCIME communautaire. Le rôle des ASC et des relais communautaires est décrit dans le schéma ci-dessous :



GRAPHIQUE 7: ROLE DES ASC ET DES RELAIS COMMUNAUTAIRES

Source: tiré du Plan stratégique national des Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) 2017-2021

Rôle dans la tuberculose: Dans le domaine de la tuberculose, les relais et ASC interviennent dans la prévention et la référence des cas suspects. C'est à partir du R10 TB, que les ONG ont commencé à s'impliquer dans la lutte contre la tuberculose. CRS avait recruté deux ONG pour renforcer l'approche de la lutte contre la tuberculose au niveau communautaire dans les régions de Sikasso et Mopti.

Mais dans le contexte difficile du pays, d'autres acteurs de la société civile apportent leur contribution à la réponse, dans le cadre des financements du Fonds Mondial et autres partenaires que sont les ONG constitués de différentes types d'entités : société civile (CAMM, ARCAD-SIDA, Groupe Pivot /Santé Population, Coalition du Secteur Privé, organisations confessionnelles, les syndicats), ONG Muso, FENASCOM, ONG (femmes et jeunes), Associations de PVVIH, les réseaux formels et informels (RMAP+, Réseau PC) dont les principales activités sont :

- 1. Activités de counseling pré post test,
- 2. Accompagnement psychologique, soutien social,
- 3. Aide à l'observance/ éducation thérapeutique,
- 4. Recherche de perdus de vue et maintien des patients dans le dispositif de soins
- 5. La supervision dédiée des ASC avec l'ONG Muso.

Rôle dans le VIH: L'implication communautaire dans la prise en charge du VIH au Mali est mise en œuvre par

- L'ONG ARCAD-SIDA, qui est l'une des premières associations de lutte contre le VIH au Mali¹² et dont l'objectif est de développer la prise en charge globale de l'infection par le VIH à travers l'accès aux soins et au traitement, la recherche et la communication. ARCAD-SIDA a mis en place le Centre d'Écoute, de Soins d'Animation et de Conseil (CESAC) des Personnes Vivant avec le VIH de Bamako en 1996, ainsi que les USAC implantées au niveau des CSRéf, appuyant ainsi au niveau communautaire, les actions publiques de santé. Les acteurs communautaires (Médiateur ou Conseiller Psychosocial, pairs éducateurs issus des populations clés) ont bénéficié de formations dans l'accompagnement psychosocial. Les activités réalisées par ces conseillers sur les sites de prise en charge ou au siège des associations de PVVIH sont : des entretiens individuels, des groupes de parole et d'auto-support, des causeries éducatives sur la PTME au cours de la CPN, des soutiens à l'observance des traitements ARV, des soutiens nutritionnels à travers les repas communautaires et les ateliers culinaires.
- L'ONG Muso (https://www.musohealth.org/supervision-des-asc-de-360/) a développé un modèle de supervision des ASC dédiée et mensuelle qui répond aux défis majeurs de la supervision caractérisés par la distance géographique entre les ASC et les superviseurs, l'insuffisance des outils de supervision, et la non maitrise de la supervision en terme d'importance.
- L'ONG internationale Solthis (ayant bénéficié d'un financement du Fonds Mondial sur le Round 8-VIH), a accompagné le Ministère de la Santé dans sa stratégie de décentralisation de la prise en charge des PVVIH à travers des appuis techniques en l'occurrence dans les régions de Mopti, Ségou et le district de Bamako. Ces appuis concernent la formation et l'accompagnement des équipes soignantes, l'aide à l'organisation de la prise en charge au sein des centres de santé incluant le dépistage de la tuberculose. Un programme d'éducation pour la santé visant les populations clés, jeunes et enseignants afin de favoriser la demande de soins a été aussi mis en place par Solthis.

- L'initiative ESTHER/Expertise France au Mali a aussi activement accompagné le processus de décentralisation de la prise en charge en soutenant en particulier les activités médicales, l'accompagnement psychologique, le soutien social, l'éducation thérapeutique et le maintien dans le dispositif de soins des patients, dans les régions de Kayes, Sikasso et dans le district de Bamako.
- S'agissant de la prévention, de sensibilisation et de la mobilisation sociale et communautaires, le tissu associatif s'est organisé autour du Groupe PIVOT/Santé Population qui a apporté le soutien et le renforcement des capacités aux associations communautaires et organisations de la société civile.

TABLEAU 8: ROLES DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES DANS LE VIH, LA TB, LE PALUDISME ET LA SSR/PF

	Acteurs	Rôle
	APS	Conseil au dépistage, aide à l'annonce du résultat au conjoint,
	• ONG	Conseil à la mise sous ARV et à l'observance du traitement,
VIH	 Observatoire 	 Suivi auprès des patients par des visites à domicile, la recherche des perdus de vue ou des patients qui manquent un rendez-vous.
	communautaire	Aident aussi à la rétention en traitement des PVVIH
		 Sensibilisation, identification et orientation des cas présumés vers les centres de prise en charge de TB
		Recherche des cas contacts;
Tuberculose	• ASC	Suivi communautaire des TB et TB/VIH
		Recherche des irréguliers au traitement TB
		Distribution de MILDA dans les ménages par les ASC, les OBC/ONG;
		Assurer le renouvellement des MILDA usées dans les ménages.
	• ASC	Traitement préventif intermittent à la SP
	• OBC	 Communication pour le changement social et de comportement /Mo- bilisation sociale par les ASC
Paludisme	• ONG	Si TDR positif : PEC du Palu simple et conseils adaptés à l'enfant ;
ratuuisiile		Référer si signes de gravités ou non amélioration du paludisme.
	Relais communau-	Référer à l'ASC
	taire	Suivi des enfants sous traitement, conseil sur l'utilisation des MILDA
		Conseils,
		Démonstrations,
		 Sensibilisation dans les ménages auprès des FAP et des hommes Pré- sentation des méthodes non prescriptibles disponibles
SSR/Planifica-	ASC	Aide au choix des méthodes,
tion Familiale		Suivi des acceptantes,
		Référence pour celles qui optent pour une méthode non disponible

4.2.8. Contribution des acteurs communautaires et de la société civile dans les résultats de la lutte contre le VIH, la TB et le paludisme

Tuberculose

Dans le cadre de la mise en œuvre de la subvention du Fonds Mondial, l'ONG Santé Sud qui est Sous Récipiendaire, assure l'orientation des cas suspects vers les CDT pour le diagnostic, le recueil des crachats, la fixation des lames pour leur envoi aux laboratoires des CDT mais aussi le suivi des malades en traitement. Ainsi, l'ONG Santé Sud, à travers les activités menées sur le terrain, a pu atteindre les résultats suivants :

TABLEAU 9: RESULTATS DES ACTIVITES REALISEES PAR LES ONG DANS LA LUTTE CONTRE LA TB

Nombre Pré- sumés référés	Nombre de cas de TB notifies par les agents commu- nautaires	Nombre de pa- tients en traite- ment suivi par la communauté	Nombre de séance de sensibilisation réalisées	I participante auv	Nombre d'ASC for- més
414	120	75	1260	29 921	885

Sur 414 tousseurs chroniques orientés par les agents communautaires 120 ont été retenus comme étant tuberculeux, soit 29%. Et sur 120 cas déclarés TB seuls 75 sont suivis. Le taux de positivité des cas référés par les communautaires est considérable et une forte implication de ceux pourraient permettre une forte notification des cas aussi. Ceci pourrait s'expliquer par une sélection trop spécifique des cas suspects par les communautaires. Pour le suivi des cas déclarés, on note un faible suivi des cas TB. Un accompagnement des acteurs communautaires et un partage d'expérience avec d'autres acteurs d'autres pays pourraient améliorer leur intervention en 2018.

VIH /SIDA

TABLEAU 10: RESULTATS DU PROJET ATLAS DE JUILLET A SEPTEMBRE 2019 DE SOLTHIS

	PVVIH et partenaires	MSM et parte- naires/clients	TS et par- tenaires/ clients	UDI/partenaires	IST et parte- naires	TOTAL
Mali	121	504	1146	0	44	1815
Sénégal	123	76	55	133	230	617
Total	244	580	1201	133	274	2432

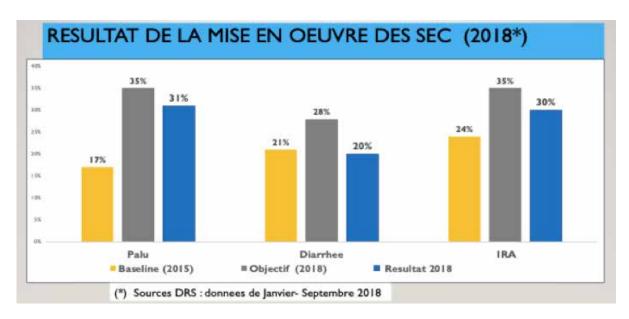
Source : ATLAS implementation update & M&E data collection November 13-14, 2019 Paris (France) NB : Ces chiffres ne sont pas la réalité du projet car plus de 500 000 autotests ont été distribués depuis le début du projet dans les 3 pays

TABLEAU 11: RESULTATS DES GROUPES DE PAROLES DES FEMMES ET D'ANNONCES DU RESULTAT VIH+ AU CONJOINT

	CESAC	CESAC Kati	USAC CV	USAC CVI	USAC CIV	USAC CI	Total
Nombre de femmes	86	85	161	91	88	80	591
Conjoint informé du statut VIH de la femme	54	31	80	42	54	39	300
Conjoints Conseillé et dépistés	83	18	59	38	48	30	276
Conjoints dépistés VIH positif	26	6	42	18	38	25	155
Pourcentage des conjoints dépis- tés VIH positif	31%	33%	71%	47%	79%	83%	56%

Source: ARCAD SIDA Mali, Rapport annuel 2018

Paludisme



GRAPHIQUE 8: RESULTATS ATTEINT PAR LES SEC DANS LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (ADULTES ET ENFANTS), LES DIARRHEES ET LES IRA (CHEZ LES ENFANTS) SOURCES DRS : DONNEES DE JANVIER- SEPTEMBRE 2018

4.2.9. Prise en compte du genre et des droits de l'homme dans les politiques de santé et la prestation des services communautaires

Selon l'article 17 de la constitution malienne du 09 Juillet 2017, « la santé est un droit reconnu ». Les documents de stratégies et de politiques nationales de santé, notamment les plans stratégiques de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme définissent les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les réfugiés et migrants, les MSM, les TS, les détenus, etc. comme des populations clés ou vulnérables.

Mais ces populations ont-elles accès aux services de santé adaptés à leurs conditions et sans discriminations ?

Pour se soigner, les déplacés vont dans les CSCOM et CSRef souvent à plus de 5 km de leur lieu de résidence. Les populations déplacés et réfugiés ont des difficultés d'accès aux soins de santé. « On n'a pas d'argent pour la santé. On est démuni financièrement », selon une déplacée. Souvent ils peuvent rester toute la journée sans soins et ils sont obligés de revenir dans les centres de santé privés et payés de leur poche ou avec l'aide de volontaires.

D'ailleurs à Bamako, ils se rendent le plus souvent dans des cliniques privées (comme à Faladié et Niamana) mais à leur frais. « On a les services difficilement, on prend le taxi avec les malades pour y aller. Une fois ils ont dit que le tour est loin jusqu'au lendemain avec un cas grave qui ne pouvait même pas marcher donc on est revenu à la clinique privée »

Ils ont accès aux médicaments qui sont disponibles dans la pharmacie de la structure de santé, sinon ils les achètent dans les pharmacies ordinaires à leur frais.

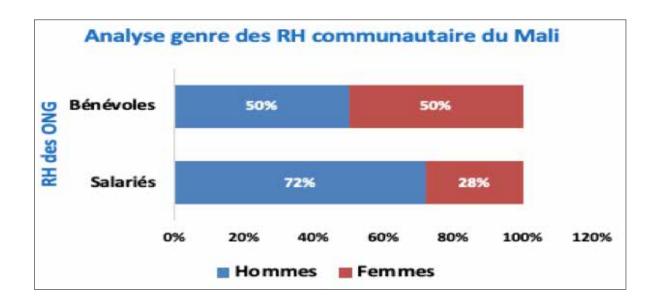
A Ségou, l'ONG Terre des Hommes passe à des intervalles réguliers pour des prestations sanitaires. Comme stratégies pour un meilleur accès des déplacés et réfugiés aux services de santé, ceux-ci ont préconisé aux partenaires techniques et financiers de « mettre en place des projets de développement pour les permettre de faire des activités rentables » et de « responsabiliser les CSCom pour s'occuper bien d'eux.

De son côté, l'OIM entend renforcer sa collaboration avec deux ONG nationales : L'Association Jeunesse et Développement (AJM) pour le séjour des migrants et le Centre Kanuya pour les mineurs non accompagnés à travers un contrat de prise en charge annuel

Les populations clés et les PVVIH se rendent généralement dans les centres communautaires en particulier à la Clinique des Halles et au CESAC de Bamako, deux cliniques d'ARCAD/SIDA ainsi que la clinique de Soutoura pour des soins gratuits. Ils estiment qu'il y a la discrimination dans les sites de traitement public surtout les structures sanitaires qui n'ont pas d'USAC en leur sein. Pourtant l'article 2 « toute discrimination fondée sur l'origine, la couleur, la langue, la race, le sexe, le handicap, la religion et l'opinion politique est prohibée.

Les personnels de santé doivent être sensibilisés ou formés sur les questions du droit à la santé et de la stigma, discrimination des déplacés et des populations clés.

Bien qu'il y ait une parfaite paritaire des sexes au niveau des bénévoles, on note une grande différence entre les hommes et les femmes salariés au dans les OBC et ONG interviewées au Mali. Le nombre des hommes est plus que le double des femmes. Une explication à cela a été que les femmes même si elles commencent à travailler après un moment elles démissionnent, souvent dû à leur mariage.



4.2.10. Bonnes pratiques ou approches innovantes des acteurs communautaires

APPROCHES INNOVANTES: VIH/SIDA

Nom de la structure	ARCAD SIDA Mali (Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à domicile des PVVIH)
Nom de l'approche	1) Groupe de parole des femmes et soutien pour l'annonce du statut VIH+ au conjoint (« Goudo so »)
Domaine de prestation de services	VIH/ PTME - Implication des conjoints
	Contexte et justification de l'approche

En 2014, la Mali comptait 2162 femmes (y compris les femmes enceintes) positives au VIH, soit 1,4% de prévalence¹⁹. Parmi celles qui sont ARV, on note un faible taux de rétention (42%) : la stigmatisation, la discrimination, l'absence de volet accompagnement psychosocial, la faible implication communautaire et des hommes expliquent ce fait. Devant ces difficultés, l'association ARCAD SIDA Mali a mis sur pied des groupes de parole des femmes enceintes pour renforcer l'ensemble des actions menées auprès des femmes enceintes afin de réduire la transmission du virus de la mère à l'enfant par l'aide des pairs.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Le groupe de parole des femmes y compris les femmes enceintes est un espace d'échange et d'information sur le VIH et la grossesse ainsi que toutes les difficultés que rencontrent ces femmes dans l'annonce de leur statut VIH au conjoint et l'alimentation du bébé.

Fonctionnement du groupe de parole: Le groupe de parole se réunit dans les sites de consultation prénatale et est animé généralement de préférence, par une femme qui est passée par les mêmes services. Un agent de santé peut être invité à animer un thème sur un sujet précis. Les thèmes abordés dans les discussions portent, entre autres sur, « l'intérêt de la CPN, le choix de l'alimentation pour avoir un enfant en bonne santé le partage du statut sérologique avec le conjoint (avantage et inconvénient), l'avantage de la planification familiale dans un couple de séropositif » etc. Cette stratégie appliquée dans cette catégorie des patients est connue au Mali sous le nom de « GOUNDO SO²⁰».

Fréquence et lieux des réunions : Le groupe de parole a eu lieu deux fois par mois à l'USAC CV et une fois par mois sur les sites : CESAC ; USAC CI ; USAC CIV ; USAC CV ; USAC Kati.

Résultats				
Après la mise en œuvre de l'approche				
Avant la mise en œuvre de l'approche	[Plus-value]			

Avant l'approche et dans les sites non bénéficiaires des groupes de parole, les femmes font face à un niveau élevé de la stigmatisation et discrimination, à une faible implication des conjoints et à une absence d'accompagnement psychosocial.

	CESAC	CESAC Kati	USAC CV	USAC CVI	USAC CIV	USAC CI	Total
Nombre de femmes aux GP	86	85	161	91	88	80	591
Conjoint informé du statut VIH de la femme	54	31	80	42	54	39	300
Conjoints Conseillé et dépistés	83	18	59	38	48	30	276
Conjoints dépistés VIH positif	26	6	42	18	38	25	155
Pourcentage des conjoints dépis- tés VIH positif	31%	33%	71%	47%	79%	83%	56%

Source: ARCAD SIDA Mali, Rapport annuel 2018

300	irce : ARCAD SIDA Maii, Rapport annuel 2018
Avantage pour les femmes	 Bonne observance du traitement ARV des femmes enceintes du fait de la gestion en couple du suivi du traitement; Meilleur suivi pour les enfants nés ou à naître des mères séropositives; Bon niveau d'implication des conjoints/maris, soit 51% (300/591); Environnement familial convivial et non stigmatisant de la part du conjoint informé.
Avantages pour le système sanitaire	 Augmentation des femmes vues en CPN Augmentation de la couverture ARV des femmes enceintes Réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant par le suivi des deux parents
Leçons apprises	 Une collaboration entre le système communautaire autonomisé et renforcé et le système de santé donné peut contribuer à l'implication des hommes dans la PTME et permettre d'atteindre les objectifs de l'élimination de la transmission mère-enfant. Les clubs d'observance aident également dans le renouvellement du traitement pour les patients stables.

Nom de la structure	RMAP+ (Réseau Malien des Associations des Personnes Vivant avec le VIH)	
Nom de l'approche	2) Implication communautaire pour le convoyage des échantillons (sang total, plasma, DBS) des sites vers les laboratoires de références et acheminement des résultats des laboratoires vers les sites.	
Domaine de prestation de services	Examen biologique du VIH/ Charge virale	
Contexte et justification de l'approche		

Les Ruptures de réactifs, la faiblesse de la qualité des examens biologiques, la faible couverture des examens de charge virale et les difficultés de collectes et d'acheminement des prélèvements des sites de prise en charge régionaux du VIH vers les laboratoires de référence et le rendu des résultats sont autant de causes qui expliquent la faible qualité de la prise en charge des PVVIH.

Le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2017 - 2021, a prévu dans l'axe prioritaire « prise en charge et soins » de renforcer la prise en charge globale des PVVIH adultes et enfants selon une approche holistique, en améliorant la qualité des services médicaux et de suivi biologique et virologique afin de mettre en œuvre l'initiative des 90-90-90. Pour s'assurer que 100% des PVVIH sous ARV ont accès aux examens biologiques de routine pour le suivi (y compris la charge virale), il est indispensable d'assurer de façon régulière l'offre de suivi biologique VIH ».

Pour y répondre le SE/HCNLS s'appuie sur les patients eux-mêmes, à travers les agents communautaires PVVIH.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Avec la subvention du Fonds mondial et l'appui du SEHCNLS le RMAP+ a été retenu pour assurer le transport quotidien des prélèvements (Sang total, plasma congelé, DBS) des sites d'offre de services VIH de Bamako et des capitales régionales (Kayes, Koulikoro*, Sikasso, Ségou et Mopti) vers les laboratoires de références et le rendu des résultats des laboratoires vers les dits sites. Le but est d'augmenter le niveau de réalisation de la charge virale.

Recrutement des agents communautaires : Le RMAP+, porteur du projet et sous récipiendaire du Fonds mondial, a recruté des PVVIH membre du réseau qui ont un niveau scolaire minimum du Certificat de Fin d'Étude Primaire de l'Enseignement Fondamental (CFEPEF)²¹. Pour être recruté l'agent communautaire doit être une personne vivant avec le VIH et avoir au moins 3 ans d'expérience dans la vie associative en plus d'une expérience dans l'accompagnement des patients VIH positifs.

Mode opératoire : La capitale Bamako a été divisée en 4 axes et un agent communautaire est recruté par axe. Pour l'intérieur du pays, un agent communautaire est recruté et défié à chacune des 5 capitales régionales.

Moyen de transport : Chaque agent communautaire recruté est doté d'une moto pour assurer le transport des échantillons.

Fréquence des transports : le transport des échantillons et des résultats se fait chaque jour sauf pour la capitale régionale de Koulikoro, qui est assuré deux fois par semaine vers le laboratoire national de référence l'INRSP

Résultats				
Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]			
Existence de difficultés d'accès au bilan biolo- gique avec 12% de couver- ture en charge virale en 2014 ¹	Avec l'implication active du Réseau malien des associations de PVV et ses agents communautaires, les examens biologiques de routine font régulièrement avec transport quotidien des prélèvements vers laboratoires de références et le rendu des résultats des laboratoires vers l dits sites. On note une augmentation de la couverture charge virale de 12 en 2014 à 33% ²³ en 2018, soit une augmentation de 21% de la couverture.			
Avantage pour le patient	 Réduction du coût du transport pour les examens dans les laboratoires de références et le temps d'attente pour faire les examens et revenir prendre les résultats 			
Avantages pour le sys- tème sanitaire	 Le circuit du diagnostic et des examens biologiques de routine est fonctionnel; Un rendu des résultats dans les délais impartis; Un système de santé et communautaire intégré à travers une bonne collaboration entre les centres de prise en charge et les associations aussi bien pour le bénéfice du patient que celui du centre de santé 			
Leçons apprises	 Cette approche est une preuve que les acteurs communautaires peuvent constituer une solution ayant un excellent rapport coûts/efficacité dans la prise en charge des PVVIH. Des acteurs communautaires impliqués avec des capacités renforcées peuvent constituer une solution pérenne et efficiente pour le transport des échantillons en vue des examens biologiques et le rendu des résultats. Contractualiser avec des entreprises privées pour le transport des échantillons et le rendu des résultats auraient occasionné non seulement des retards à l'intérieur du pays mais aussi des coûts récurrents plus élevés pour le système de santé que, seul le pays n'aurait pas pu pérenniser sans l'appui des bailleurs de fonds. 			

Nom de la structure	Solthis	
	(Solidarité Thérapeutique hospitalière et Initiative de Santé)	
Nom de l'approche	3) Autotest du VIH/ Projet ATLAS	
Domaine de prestation de services	Dépistage communautaire du VIH	
Contexto et justification de l'approche		

Contexte et justification de l'approche

À béchelle mondiale, environ 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH²⁴ Les deux régions qui abritent le plus grand nombre de PVVIH sont l'Afrique orientale et australe (avec 19,4 millions) et l'Afrique de l'Ouest et du centre (avec 6,1 millions). L'AOC a historiquement reçu moins d'attention que l'est et Afrique australe²⁵ et, selon les estimations de l'ONUSIDA à partir de 2017, les lacunes dans la riposte au VIH sont plus prononcées : seulement 42% des PVVIH étaient au courant de leur statut, 35% étaient sous traitement et 25% avaient une charge virale indétectable, contre 76%, 60% et 50%, respectivement, en Afrique orientale et australe²⁶ Les épidémies de VIH en AOC sont mixtes, avec une prévalence comprise entre 0,5% et 5% dans la population adulte générale et une concentration dans des sous-groupes spécifiques, y compris les populations clés (TS, MSM et UDI). Il est donc essentiel de travailler dans la région de l'AOC pour atteindre ceux qui n'ont pas encore été testés si les objectifs mondiaux 90-90-90 des Nations Unies en matière de VIH doivent être atteints. Malgré l'augmentation de la couverture des tests et de l'accès aux services pour un grand nombre de groupes de populations clés, certaines populations vulnérables sont plus difficiles à atteindre, c'est-à-dire des TS occasionnelles et des HSH non-auto-identifiés. Ces groupes sont moins susceptibles d'accéder au dépistage du VIH et de demander des soins dans des cliniques communautaires en raison de la stigmatisation socioculturelle, politique et parfois légale. Ces personnes sont également moins susceptibles d'accéder aux services de la population générale car elles ne se perçoivent généralement pas à risque.

En plus des populations clés, d'autres groupes ont une exposition accrue au VIH, soit directement, soit par l'intermédiaire de leurs partenaires. Ce sont les clients des TS qui jouent un rôle important dans la dynamique des épidémies de VIH en AOC, les partenaires des PVVIH qui courent également un risque important, les personnes atteintes d'IST, les adolescents et les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) continuent d'être très exposés au VIH infection, en particulier en Afrique subsaharienne.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Le projet ATLAS permet la promotion de l'autotest du VIH, un outil diagnostic approuvé par l'OMS. C'est un outil complémentaire de dépistage. L'autotest, c'est :



Objectifs du projet ATLAS pour l'autotest : Les trois principaux objectifs de prestation d'ATLAS sont les suivants :

- Atteindre les personnes qui n'accèdent pas aux services et / ou celles qui sont à haut risque et doivent effectuer des tests plus fréquemment;
- Permettre aux utilisateurs d'autotest d'effectuer le test d'autotest VIH dans des conditions qui satisferont leurs souhaits en termes de confidentialité et d'assistance,
- et leur permettre d'être liés aux tests de confirmation, à la prévention et aux soins.

L'objectif global du projet en termes de santé publique est de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et au SIDA.

Pays de mise œuvre du projet :

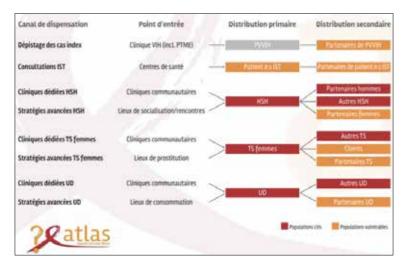
- Côte d'Ivoire, (Abidjan, Bouaké, San pedro et Soubré)
- Mali (Bamako, Kayes, Koulikoro, Segou, Sikasso)
- Sénégal (Dakar, Thiès, Ziguinchor)

Groupes cibles de l'autotest :

- les HSH (y compris les HSH jeunes et cachés);
- TS (y compris jeunes et TS occasionnelles),
- clients et partenaires TS;
- UDI et leurs partenaires, jeunes (16-24 ans);
- les partenaires des PVVIH,
- les patients IST et leurs partenaires.

Canaux de livraison et les populations cibles pour chaque pays :

La figure ci-dessous décrit la stratégie et les canaux de dispensation de l'autotest. Cette stratégie de livraison repose sur un mélange de méthodes de distribution primaire et secondaire. Les partenaires de prestation de services des OSC existants seront essentiels au projet. Les OSC qui sont déjà financées par le FM, le PEPFAR et l'USAID dans les trois pays ATLAS seront engagées par Solthis pour intégrer des kits VIH dans leur activité de dépistage du VIH existante avec des réseaux établis et des cohortes de populations clés. Cela facilitera la transition pendant le projet. La distribution des kits se fait en stratégie fixe et avancée. Fig Canaux de livraison et les populations cibles pour chaque pays



Résultats

Résultats du projet ATLAS de Juillet à Septembre 2019

	PVVIH et partenaires	MSM et parte- naires/clients	TS et par- tenaires/ clients	UDI/parte- naires	IST et parte- naires	TOTAL
Côte d'Ivoire	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Mali	121	504	1146	0	44	1815
Sénégal	123	76	55	133	230	617
Total	244	580	1201	133	274	2432

NB : Ces chiffres ne sont pas la réalité du projet car plus de 500 000 autotests ont été distribués depuis le début du projet dans les 3 pays

	Réduction du coût du transport pour les examens dans les labora- toires de références et le temps d'attente pour faire les examens et revenir prendre les résultats	
Avantage pour le patient	 Augmentation de l'accès au test de dépistage du VIH 	
	 Atteinte des personnes qui n'accèdent pas aux services et / ou celles qui sont à haut risque 	
Avantages pour le système	 Contribution à l'atteinte du 1er 90 ; 	
sanitaire	Collaboration avec le système communautaire.	
Leçons apprises	 Collaboration étroite avec les partenaires techniques et financiers, les autorités publiques nationales et les partenaires de la société civile pour la réussite du projet. 	

Nom de la structure	Solthis (Solidarité Thérapeutique hospitalière et Initiative de Santé)		
Nom de l'approche	4)Projet JADES (Jeunes et Adolescent-e-s En Santé)		
Domaine de prestation de services	SSRAJ/ VIH		
Contexte et justification de l'approche			

Selon l'ONUSIDA, les jeunes âgé(e)s de 15 à 24 ans représentent 39 % de l'ensemble des nouveaux cas d'infection par le VIH parmi les personnes adultes. La vulnérabilité spécifique des jeunes à l'épidémie est exacerbée par leur faible accès à des services de santé sexuelle et reproductive adaptés à leurs besoins. Si cette vulnérabilité spécifique relève en partie de facteurs biologiques, elle renvoie également aux déséquilibres du pouvoir décisionnel entre hommes et femmes qui se traduisent par des difficultés pour accéder à des services de prévention et de soins. Réduire les nouvelles infections de VIH/Sida parmi les jeunes implique donc nécessairement de travailler à l'évolution des normes sociales de genre. Pour être efficace, la prévention auprès des jeunes ne peut ainsi se limiter à une approche biomédicale de réduction des risques. Elle doit ainsi également se fonder sur une approche par les droits, visant la promotion de l'égalité des relations hommes-femmes et du droit à une vie sexuelle et affective satisfaisante. Ces évolutions doivent être portées en direction des jeunes, hommes et femmes, mais surtout en direction de leur environnement : familles, encadrants (enseignants, soignants), et plus largement les communautés.

Solthis a mis en œuvre au Mali et au Niger, en consortium avec Equilibres et Populations et ses partenaires locaux Wale et Asdap au Mali, ainsi que Lafia Matassa au Niger, de même que les autorités locales, une intervention pilote de promotion de la santé sexuelle chez les adolescents pour réduire les nouvelles infections et la mortalité liées au VIH/Sida. Le projet « Jeunes et ADolescent·e·s En Santé (JADES) » a démarré le 1er janvier 2016 pour une durée de 3 ans et demi.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Objectifs spécifiques du projet :

- ➡ Mettre en œuvre et évaluer des stratégies innovantes de promotion de la santé sexuelle pour les adolescent-e-s afin de réduire les comportements à risque et les nouvelles infections parmi les adolescent-e-s;
- Améliorer l'accès des adolescent-e-s infecté-e-s par le VIH à une prise en charge adaptée et de qualité au Mali.

Stratégies de mise en œuvre : La stratégie d'intervention repose sur le renforcement des capacités des acteur-rice-s locaux et nationaux qui sont impliqués dans la conception et la mise en œuvre des activités de promotion de la santé sexuelle des adolescentes et des jeunes. Au Mali, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le VIH et le Sida) a été étroitement associé. Afin de maximiser l'impact et de favoriser la pérennité des initiatives développées, le projet s'inscrit en synergie avec les structures et initiatives existantes pouvant permettre la promotion des Droits en Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) des jeunes.

Zones d'intervention du projet pilote avant son extension au niveau national

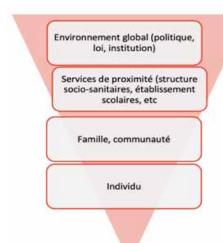
- ⇒ Bamako : 3 CEC : Commune II, commune V, commune VI ; 3 CSRef : Commune II, commune V, commune VI ; 3 CSCom : ANIANSCO, ASACOSAB 1, BENKADI
- Ségou : CSRef de Ségou ; 2 CSCom : Médina et Dar Salam

En vue de développer des interventions combinées et holistiques, les structures et groupes suivants ont été ciblés dans chaque zone d'intervention :

Structures d'accueil des jeunes : écoles, centres de santé offrant des services de SSR et de prise en charge du VIH/Sida, centres amis des jeunes et/ou centres d'écoute et de conseil ; Communautés : leaders communautaires, familles et communauté au sens large

Approche de mise en œuvre du projet : Afin de répondre aux enjeux et défis auxquels sont confrontés les jeunes, le projet JADES s'est attaché à proposer une réponse investie tant sur l'offre de services que sur la promotion de la demande en santé sexuelle et reproductive en intervenant à plusieurs niveaux :

LE MODÈLE JADES



Plaidoyer : contribution à un environnement favorable aux DSSR AJ

Mobilisation communautaire et offre : création d'un environnement habilitant à l'accès des AJ à des services adaptés et de qualité

Les AJ - PE

Les structures socio-sanitaires et leur personnel Les établissements scolaires et leurs personnels

Les parents d'élèves

Les leaders

Principales activités :

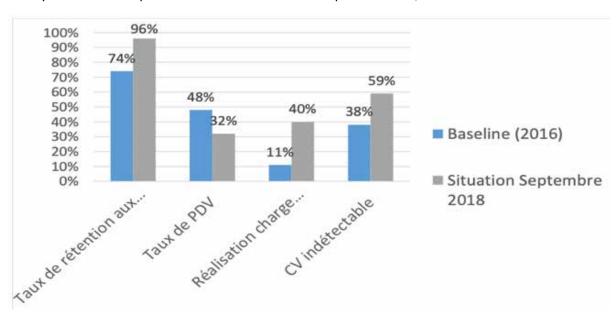
- 1. Enquêter et construire ensemble: Comprendre le contexte: diagnostiquer les déterminants de la santé Le diagnostic du contexte a commencé par une revue de la littérature et des études socio-anthropologiques sur les déterminants de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et de leur accès aux services de santé au Mali, suivi de la diffusion des résultats des études. Ensuite une seconde revue de la littérature des interventions existantes en matière de promotion des DSSR des adolescents a permis de faire l'état des lieux des interventions existantes dans les zones du projet. Suite au Diagnostic de l'offre de services en matière de SSR, il a été organisé un atelier de partage des résultats et de construction de la vision des enjeux de la SSR au Mali et un atelier de planification stratégique de l'objectif spécifique.
- 2. Identifier et former les acteur·rice·s pertinents dans l'ensemble des milieux fréquentés par les jeunes : structures scolaires, structures de santé, environnement social : Une série de formations ont permis de renforcer les compétences de 37 jeunes pair·e·s éducateur·rice·s, (18 filles et 19 garçons) pour travailler sur les droits en santé sexuelle et reproductive et sur les différentes représentations qui y sont liées. Une autre formation a permis d'identifier et former 45 leaders communautaires au Mali avec l'appui de Solthis pour stimuler des changements positifs en matière de santé sexuelle et reproductive. De plus 4 sessions de formation pour 54 enseignant.e.s leur a donné les outils de sensibilisation sur la SSR à l'endroit des leaders communautaires. Enfin 35 personnes qui ont été formées au Mali au sein des centres d'écoute communautaire et des centres amis des jeunes du Mali.
- 3. Partenariat avec les organisations de la société civile : Ce partenariat s'est matérialisé, en 2017, par le renforcement des capacités des PE et OSC identifiés sur les thématiques du leadership et des droits en santé sexuelle et reproductive avec l'appui d'Equilibres et Populations. Une formation « d'appui à l'intégration des problématiques de genre dans les associations de lutte contre le SIDA » a pu être réalisée au Mali avec l'appui de la plateforme ELSA. Ces formations les ont outillés pour l'organisation de groupes de paroles et séances de sensibilisation facilitées par les pairs dans les écoles et auprès des

jeunes déscolarisés ainsi que dans les centres amis des jeunes

Ce sont 1 141 personnes qui ont été touchés par les activités de mobilisation sociale au Mali. Par ailleurs, ces activités ont été croisées aux activités de dépistage en stratégie avancées en collaboration avec les ONG locales partenaires. Cela constituait par ailleurs des occasions de distribution de préservatifs aux jeunes, dans une volonté de créer un premier lien avec les jeunes au-delà de leur facilité l'accès à un moyen de prévention basique.

Résultats

4 086 jeunes ont été dépistés au Mali avec un taux de séropositivité de 0,83%.



Indicateurs de la file active en début et à la fin de l'intervention.

 Création d'un environnement habilitant à l'accès des adolescents et jeune à des services adaptés et de qualité. Réduction des comportements à risque et les nouvelles infections parmi l 	
 Réduction des comportements à risque et les nouvelles infections parmi l 	
Avantage pour les ado- adolescent-e-s.	~ .
 Amélioration de l'accès des adolescent-e-s infecté-e-s par le VIH à une pri en charge adaptée et de qualité au Niger. 	s et jeunes
 Le projet permet aux AJ de connaître leur statut sérologique au VIH 	
Contribution à l'atteinte du 1er 90 ;	
Avantages pour le système sanitaire Augmentation des services adaptés en SSR des adolescents et jeunes	
 Renforcement du système communautaire. 	
La réussite du projet est dû en grande partie à la collaboration étroite ave les autorités publiques nationales et les partenaires de la société civile er particulier les associations de jeunes.	·

4.2.11. Bonnes pratiques : Paludisme et soins de santé communautaire

Nom de la structure	MUSO			
Nom de l'approche	5) Supervision dédiée des ASC			
Domaine de prestation de services	Suivi des activités communautaires			
Contacts at instifaction to Vanna de				

Contexte et justification de l'approche

Le processus de mise en œuvre de la stratégie des Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) a été initié à la suite du forum de 2009 sur la santé communautaire dans le but de rapprocher les soins à la population, d'augmenter l'utilisation des services de santé, mais aussi d'offrir des soins de qualité. L'opérationnalisation de la stratégie SEC a commencé en 2011 dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti. L'évaluation externe du processus de mise en œuvre des SEC faite en 2013 a mis en évidence l'importance de la contribution des ASC à l'amélioration des indicateurs de santé. Cependant, il existe encore beaucoup de défis dans le processus de mise en œuvre des SEC, liés non seulement au retard de la prise en charge des ASC par le gouvernement mais aussi l'insuffisance du fonctionnement du système de gestion de la performance des ASC incluant la régularité de la supervision. La supervision faite par les DTC ou d'autres entités non dédiées exclusivement pour cette activité est irrégulière pour des raisons multiples qui sont liées à la surcharge des activités. En effet, le DTC et le reste de l'équipe du CSCOM sont le plus souvent au CSCOM pour fournir des soins ou sont en formation hors de l'aire de santé. Alors que la supervision des ASC nécessite que le superviseur soit disponible. Par conséquent une supervision se reposant sur le DTC aura certainement moins d'impact sur l'amélioration de la qualité des services offerts par les ASC.

C'est dans ce cadre que le Groupe Ad'hoc SEC dans sa réunion du 6 septembre 2018 au cabinet du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, a adopté la supervision dédiée des ASC comme partie intégrante de la stratégie SEC au Mali et prise en compte par la réforme du système de santé.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

L'ONG Muso Ladamunen a développé un modèle de supervision des ASC dédiée et mensuelle, qui répond aux défis majeurs de la supervision : la distance géographique entre les ASC et les superviseurs, l'insuffisance des outils de supervision, et la non-maitrise de la supervision en termes d'importance. Le modèle de supervision dédiée des ASC développé par Muso se résume en 4 points :

Réunion de groupe

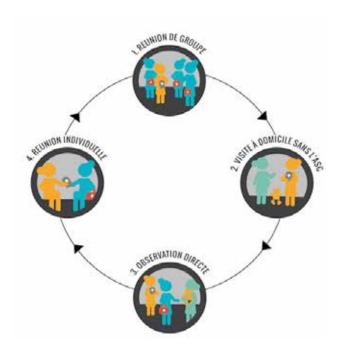
Le superviseur se réuni avec les ASC sous sa supervision dans le but de planifier les visites de supervision individuelles, de discuter des défis rencontrés et de partager les éventuelles solutions.

Visite à domicile sans l'ASC

Le superviseur rend visite à la communauté à l'absence de l'ASC pour susciter l'appréciation des membres de la communauté sur les services offerts par l'ASC et le CSCOM.

Observation directe: Le superviseur observe l'ASC au cours des visites à domicile.

Réunion individuelle : Le superviseur et l'ASC discutent des points forts et des points à améliorer, avec l'aide du Tableau de Bord.



Résultats

Après 6 mois de Supervision



Muso, Résultats préliminaires 2018

	Permet la détection rapide des cas de maladie dans la communauté
	 Un système pour accroître le taux d'utilisation des services de santé
Avantages pour le sys-	 Les ASC peuvent être un bon maillon du système de surveillance à base communautaire;
tème de santé	Augmentation de la vitesse et qualité des soins
	 Renforcement des liens entre système de santé et système commu- nautaire
Leçons apprises	 Des ASC formés et motivés peuvent contribuer efficacement aux indi- cateurs de santé primaire comme le paludisme, la SRR/FI, etc.

APPROCHE INNOVANTE: GESTION FINANCIÈRE

Nom de la structure	Le Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (SEHCNLS)
Nom de l'approche	6) Mise en place des solutions de transferts moné- taires électroniques dans le cadre de paiements sur l'étendue du territoire et en particulier dans des zones reculées et/ou à haut risque
Domaine de prestation de services	Gestion financière des subventions

Contexte et justification de l'approche

Le passage à échelle des programmes subventionnés par le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme pour l'atteinte de la couverture sanitaire universelle peut se heurter dans bien d'environnements difficiles de mise en œuvre, à l'image de celui du Mali, à des défis de justificatifs des dépenses et donc d'une bonne gestion financière.

Dans le cadre de leurs activités sur les subventions du Fonds Mondial au Mali, les récipiendaires contractualisent avec des partenaires comme par exemple, les acteurs communautaires (ONG, OBC, ASC, ADC, etc.) pour les activités de plaidoyer, mobilisation sociale, de prévention, traitement et soins et soutien des trois maladies. Ces activités se déroulent bien souvent dans des zones éloignées, dans des environnements sécuritaires délicats et dans des zones en (sortie de) conflits où il est difficile, voire quasiment impossible de trouver des justificatifs pour les dépenses liées aux activités mises en œuvre. C'est le cas au Mali alors que le pays n'est pas complétement sorti de la politique de garantie additionnelle, surtout celle dite « politique de zéro cash (ZCP) ». Dans ce casse-tête heureusement des solutions innovantes existent.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Afin d'assurer une saine gestion financière et payer à temps les bénéficiaires, le SEHCNLS et ses partenaires de mise en œuvre des subventions du Fonds mondial ont trouver une solution innovante, sûr et rapide pour assurer les paiements. : Les solutions de transferts monétaires électronique d'espèces sur l'étendue du territoire et en particulier dans des zones reculées et/ou à haut risque. Bénéficiaires : sont bénéficiaires des paiements électroniques, les prestataires de services, le personnel de santé, les agents communautaires et les patients.

Fonctionnement du système des paiements électroniques en 3 étapes au Mali

- 1. Lancement d'un appel d'offre pour sélectionner un opérateur de solutions de transferts électronique de paiements (cartes bancaires prépayées, avec ou sans compte bancaire,). Au Mali c'est une banque qui a été sélectionnée.
- Sélection, négociation et signature de contrat de prestation de service entre le SEHCLS avec la Banque qui a été retenue.
 Le contrat de prestation de service définir les conditions et les modalités selon lesquelles la Banque retenus exécutera au profit de SEHCNLS, des paiements et transferts de fonds aux bénéficiaires.
- 3. Options de solutions de payements retenues par activité
- a) Petty cash désigne le paiement direct fait par les agents de la banque sur les sites selon les besoins du HCLS. Au Mali ce système permet de payer les activités se déroulant à Bamako et dans les capitales régionales telles que : les activités des stagiaires du SEHCLS, les coaching, supervisions, les formations, les ateliers/réunions
- b) NGOPAY: Désigne un service de paiement électronique par mobile Banking pour toutes les activités et achats se déroulant dans les districts et les zones reculées. Pour que NGOPAY marche, Il faut au préalable qu'ECOBANK Mali ouvre au nom de chaque bénéficiaire, un « comptes Xpress » dont le fonctionnement opérationnel est similaire au « Comptes Wallet » sur mobile. Ces comptes sont activés sur la base d'un numéro de téléphone dont les cartes SIM sont mises à disposition par la banque du SEHCLS qui se charge de les distribuer aux bénéficiaires. Ensuite un code barre dit « voucher QR code NGOPAY » est remis au bénéficiaire. Cette méthode est utilisée pour générer un bon de payement électronique qui sera relié à chaque bénéficiaire et son compte Xpress. A travers un scanne du code par les détenteurs et/ou les marchands, ce Voucher permettra d'effectuer l'identification du bénéficiaire et du paiement. Ce système est fonctionnel en ligne en temps réel et en offline; ce qui permet de faire des transaction (achats) dans des zones où la connexion Internet n'est pas stable. La synchronisation se fait dès que le détenteur se trouve dans une zone couverte par Internet. L'une des plus-values, c'est que c'est le SEHCLS (ou la structure responsable des bénéficiaires) qui saisit, approuve et crédite en ligne les comptes des bénéficiaires
- C) Carte entreprise: Au niveau de Bamako et des capitales régionales, la carte Entreprise sert à faire le payement des fournisseurs/prestataires de services réguliers (pour les pauses café _pauses déjeuners, matériels bureautiques, reproductions/ impressions des outils) et aussi les prestataires ponctuels, ceci dans une perspective d'un payement rapide juste à la fin de la prestation de services
- d) Carte cash express Carte prépayée (avec ou sans compte bancaire): Pour la mise à disposition des salaires des personnels contractuels (payés sur la subvention du Fonds mondial) et qui sont soit au niveau des Sous Bénéficiaires (SR) ou au niveau des centres de santé
- e) Carte prépayée Visa pour les transferts internationaux : Afin de charger les frais de mission des participants du HCNLS et de ses partenaires à des séminaires/conférences internationaux. Cependant ils n'ont pas obligatoirement leur compte bancaire au niveau de FCOBANK

	Résultats				
	Après la mise en œuvre de l'approche				
Avant la mise en œuvre de l'approche	[Plus-value]				
La Mali est encore sous politique de garantie additionnelle allégée dans un contexte de dépenses difficilement justifiables comme, par exemple les activités communautaires, les activités dans les zones du Nord sous contrôle de groupes armées	 Transfert monétaire sécurisé Gestion financière en temps réelle Justificatifs électronique fiables et vérifiable en temps réelle Amélioration du taux d'absorption budgétaire 				
Avantage	 Permet d'éviter la lourdeur administrative pour des paiements à des bénéficiaires vivant dans des zones où il est difficile de trouver des justificatifs fiables des dépenses de la subvention; Permet de faire des virements sécurisés et rapide aux bénéficiaires et aux fournisseurs; Permet d'éviter la fraude et les coûts questionnées Bon partenariat public-privé pour la gestion financière des subventions du Fonds mondial; 				
Leçons apprises	Une bonne analyse des opportunités permet d'avoir des solutions de paiement électronique à moindre bon marché pour assurer une gestion financière sûre et fiable qui évite des coûts questionnés par le Fonds mondial. Les solutions de paiements électroniques permettent de surmonter les difficultés et la lenteur dans la procédure de paiements de la politique du Zéro Cash Policy (ZCP)				

Source: Contrat entre le SEHCLS et ECOBANK Mali, 2019

4.2.12. DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS

La revue documentaire et les entretiens avec les personnes clés ont permis de dégager quelques réflexions sur les forces, faibles, opportunités et des recommandations en vue de la performance de la réponse communautaire au Mali.

PLACE DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES ET DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DANS LA LUTTE CONTRE LES TROIS MALADIES

Forces:

- Une implication réelle et visible des acteurs communautaires (ASC, RECO et ONG) dans le continuum des soins: Les acteurs communautaires et la société civile occupent une place primordiale et leur rôle est reconnu à travers différents documents nationaux de politique et de stratégie de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme au mali. L'implication communautaire dans les soins de santé primaire est un acquis. L'ASC tout comme le relais fait partie du système de santé communautaire selon le niveau de palier du plateau technique du système. Le relais relève administrativement de l'ASACO, Techniquement il est sous la supervision de l'ASC et du DTC. Le relais est lié à la communauté par un contrat de performance au niveau village/fraction, contrat basé sur les objectifs de service28
- Une solution à l'insuffisance des Ressources humaines de santé : 2 337 ASC, 3 092 relais communautaires interviennent dans la lutte contre le paludisme et la tuberculose et environs 52 ONG, OBC VIH. Ces agents constituent une ressource humaine de qualité – lorsqu'ils sont formés, encadrés et supervisés – pour la continuité des services de santé, en particulier la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme dans les zones difficilement accessibles, dans les localités de faibles couvertures de personnel de santé ou de paramédicaux de santé.
- Un trait d'union entre les structures de santé et entre structures de santé et les communautés : Il n'est plus à démontrer que les ASC et les OBC constituent le cordon qui relie les structures de santé et la communauté mais de plus en plus, les agents communautaires constituent une solution coût efficace et pérenne pour la couverture universelle des examens biologiques. L'implication des agents associatifs du REMAP+ pour le convoyage des échantillons de sang des sites vers les laboratoires et l'acheminement des résultats des laboratoires vers les sites est en soi une innovation, à l'heure où la solution viennent s'appuie sur des partenariats public-privé coûteux pour le transport de ces échantillons.

Insuffisances: Le système communautaire présente les lacunes suivantes :

- Malgré une implication visible et un volontariat actif dans la prise en charge du VIH, de la tuberculose, du paludisme, etc. ces agents communautaires ne bénéficient pas d'une reconnaissance d'un statut professionnel ou un corps de métier légal. Ils sont relégués à un rôle de volontariat éternel.
- Une absence des ASC et une faible couverture par les OBC du VIH, de la TB et du paludisme, dans la partie septentrionale du Mali où vivent pourtant des populations vulnérables ayant un accès difficile aux services de santé, par exemple les femmes, les enfants, les réfugiés et les déplacés. ARCAD SIA a une unité de prise en charge intégré du VIH dans le CSRéf de Gao. APPF intervient sur le paludisme à Taoudeni

- Faible capacité organisationnelle, administrative et financière: Ces organisations font face à de réels défis liés au manque de capacités organisationnelles et de gestion, avec un manque de cadre solide de concertation entre elles ce qui ne favorise pas le renforcement de leurs capacités.
- Faible accès aux financements pour les activités communautaires : On note une régression budgétaire de 12 millions de FCFA en 2017/2018 à 4-5 million FCFA en 2019/2020 pour certaines organisations communautaires locales.
- Difficultés de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des activités communautaires dans le contexte du Zéro Cash Policy (ZCP).
- Faible capacité des agents de santé communautaires (ASC) et des acteurs communautaires (Conseillers psychosociaux, pair éducateur, animateurs.
- La pérennité de la motivation de ces acteurs est problématique.
- Insuffisance de financement du système communautaire : sur 50 associations de PVVIH connues, seules 14 d'entre elles ont bénéficié des activités de renforcement institutionnel. Les autres restent faibles car les moyens pour les renforcer sont limités. Par conséquent tout le territoire national n'est pas couvert.
- L'environnement social et juridique reste peu favorable à l'accessibilité des services VIH et TB pour les populations clés et les populations vulnérables : Les programmes en faveur des Populations clés sont réalisés par peu de structures communautaires.

RÔLES ET CONTRIBUTION DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES ET DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Forces:

Les APS et les OBC joue un rôle de premier plan pour l'atteinte des trois 90 du VIH.

- 1er 90: Les conseillers Psycho sociaux (CPS) et animateurs font la sensibilisation pour le dépistage dans les CSRéf, dans la communauté augmentant ainsi le nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique. Cela permet de réduire la charge de travail du personnel soignant, permet la détection précoce des cas au niveau de la communauté et la prise en charge médicale.
- 2e 90 : Le conseil à la mise sous traitement et l'éducation thérapeutique aide à contribuer à réduire le nombre de patients perdu de vue et assurer la rétention surtout quand le CPS est un PVVIH, car le patient voit ses pairs vivre positivement avec la maladie
- 3e 90: Les conseils donnés par les CPS pour une meilleure permettent l'observance du TARV et la suppression de la charge virale. En cas de mauvais résultat de la charge virale, le médiateur peut intervenir pour comprendre et proposer des solutions au patient pour un meilleur résultat dans un futur proche.

Au niveau du paludisme, 3092 relais communautaires ayant bénéficié de la formation font la prise en charge des cas de paludisme simple et font la référence précoce des cas graves. La prise en charge des cas au niveau communautaire est intégrée dans la stratégie de Soins Essentiels dans la Communauté (SEC). Dans ce cadre, 1800 ASC ont été formées et dispensent les soins essentiels communautaires dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti où la prise en charge est effective, avec l'appui de Save the Children et l'UNICEF. De plus 630 tradithérapeutes ont été formés sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence.

S'agissant de la TB, dans la communauté les ASC font la recherche des cas présumés et les orientent vers les CDT pour le diagnostic.

Insuffisances:

Les acteurs communautaires comme les ASC sont systématiquement utilisés dans la lutte contre le paludisme. Mais dans la lutte contre le VIH et la tuberculose, le plein potentiel de ces acteurs n'est pas utilisé.

Au niveau du VIH: Le dépistage démédicalisé n'est encore effectif malgré son adoption par le Mali. Alors que le document de Stratégie nationale des approches différencées des services de lutte contre le VIH a été validé en 2019, la mise en ouevre du dépistage démédicalisé n'est pas encore effective sur le terrain. Seules les formations des acteurs ont été organisées.

Par exemple, les acteurs communautaires constituent un bon véhicule efficace et efficient pour le succès du dépistage communautaire l'autotest du VIH et la distribution des ARV (les PODI) en vue d'accroître la couverture ARV. Au niveau de la tuberculose, les ASC et les OBC sont une solution prouvée pour atteindre les cas manquants et augmenter le taux de notification.

Au niveau de la TB: La stratégie communautaire actuelle est basée sur une approche passive du dépistage: En effet les activités communautaires se résument comme suit: Organisation des activités de sensibilisation par les agents de santé communautaire au sein de la communauté, visite à domicile, orientation des cas présumés vers les structures de santé et suivi des patients sous traitement antituberculeux. La supervision des ASC par les agents de développement communautaire (ADC).

Au niveau du paludisme : Les ASC font le travail remarquable d'appui aux PNLP et aux districts sanitaires mais leur implication n'est pas encore maximisée pour inverser la courbe du paludisme au Mali.

OPPORTUNITÉS POUR L'ÉLARGISSEMENT, L'EXTENSION OU LA DÉCENTRALISATION DES INTERVENTIONS ET POUR LA PERFORMANCE DES INTERVENTIONS

Plusieurs occasions existent dans un environnement de volonté politique favorable, pour élargir et décentraliser les activités communautaires de continuité des services de santé aux populations vulnérables, particulièrement les déplacés et les réfugiés au Mali. Le plein potentiel de ces acteurs n'est pas utilisé.

Au niveau du VIH : Approches différenciées des services VIH :

Dépistage communautaire démédicalisé: Le profil épidémiologique du Mali montre que la prévalence au sein des populations clés est deux fois plus élevée que celle de la population générale. Alors que le document de Stratégie nationale des approches différenciées des services de lutte contre le VIH a été validé en 2019, la mise en oeuvre du dépistage démédicalisé n'est pas encore effective sur le terrain. En effet, seules les formations des acteurs ont été organisées. ARCAD Sida a fait un projet pilote de dépistage démédicalisé communautaire il y a 2 ans chez les HSH, PS et UDI. C'est une opportunité de se servir de cette expérience d'ARCAD comme base pour tirer les leçons apprises pour ensuite impliquer les populations clés pour la réussite du dépistage démédicalisé.

Distribution communautaire : La stratégie des postes de distribution communautaire des ARV a été validée. Trente (30) formateurs (communautaires et prestataires) et 153 PVVIH membres de RMAP+ ont été formées depuis Février 2019. Cependant l'opérationnalisation n'est pas encore effective. Mais dans la pratique les CPS font la distribution des ARV au domicile de certains patients PVVIH stables qui le souhaite ainsi les Perdus de vue et les patients se trouvant dans l'impossibilité de se rendre à temps à leur RDV de renouvellement des ARV.

Un programme d'addictologie et de traitement de substitution aux opiacés (TSO) et autres drogues de dépendance pour les UDI : Il n'y a pas de programme d'addictologie et de TSO pour UDI au Mali.

Avec l'adoption des approches différenciées des services de lutte contre le VIH, les acteurs communautaires doivent saisir l'opportunité des financements du Fonds mondial pour rendre toutes ces stratégies opérationnelles sur le terrain pour espérer l'atteinte des trois 90 et le renforcement de la qualité des soins et soutiens aux PVVIH.

Au niveau de la TB:

Dépistage actif de la TB dans la communauté :

- Envisager la collecte des crachats en communauté par les ASC suivi du convoyage au CDT le plus proche :
- Implication des tradithérapeutes dans l'identification et la référence des cas présumés TB reçus lors des consultations vers les centres de santé
- Implication des officines de pharmacie: En Afrique, l'automédication est le premier recours pour les patients qui achètent des médicaments, soit dans les pharmacies formelles ou informelles et ne se rend à l'hôpital que dans les cas les plus extrêmes de progression de la maladie. D'où l'hypothèse selon laquelle le dépistage des patients venant acheter des antitussifs en pharmacie pourraient constituer une stratégie efficace

La subvention du Fonds Mondial de lutte contre la tuberculose accordée au Mali dont CRS est le récipiendaire principal travaille avec les officines de pharmacie. En effet, des sessions de formation ont été organisées à l'endroit des vendeurs de certaines pharmacies pour renforcer leurs connaissances dans la reconnaissance et la référence des cas présumés de tuberculose vers les structures sanitaires afin d'améliorer la détection précoce. Cette stratégie doit être renforcée pour une meilleure collaboration avec le PNLT, l'ordre des pharmacies et les agents communautaires et s'assurer que les patients TB issus des références des pharmacies soient suivis. Dans ce cas l'implication des ONG dans les zones d'intervention des pharmacies doit être instituée et renforcer pour le suivi des patients.

Au niveau du paludisme :

Le dispositif communautaire avec l'implication des ASC et des relais est pertinent mais ces derniers sont démotivés et abandonnent vite leur travail. Sur l'ensemble des districts où ils interviennent actuellement, il y a des zones en besoins d'ASC. De plus il faut étendre la couverture des ASC aux régions nord du pays, dès que possible, pour la mise en œuvre des services essentiels communautaires. Le paysage communautaire du Mali regorge une diversité d'acteurs. Cette pluralité d'acteurs est un atout indéniable pour le pays. Cependant, la mutualisation des acteurs serait louable.

Aussi Il existe au Mali une médecine traditionnelle qui constitue le premier recours aux soins pour une partie considérable de la population.

Dans le domaine de la santé publique, plusieurs expériences positives ont été réalisées dans le cadre de la référence et la contre référence avec le tradihérapeutes concernant le paludisme, l'épilepsie, la tuberculose, la traumatologie etc. Au cours de ces dernières années, une dynamique associative très importante s'est développée entre les Tradithérapeutes des différentes régions du Mali pour aboutir à la création en 2002 de la Fédération Malienne des Associations des Tradithérapeutes et Herboristes (FEMATH).

Au cours de la période du plan 2013-2017, il y a eu l'orientation des Tradithérapeutes concernant la référence précoce des cas de fièvre vers les prestataires de soins conventionnels.

Alors pourquoi ne pas les utiliser comme acteurs communautaires dans la réponse contre le VIH, la TB et le paludisme ?

4.2.13. RECOMMANDATIONS

Faiblesses/ Défis	Recommandations	Destinataires
P		
Faible implication des OBC nationaux dans la prise en charge des déplacés et des réfugiées	Renforcer la collaboration avec l'Association Jeunesse et Développement (AJM) pour le séjour des migrants et le Centre Kanuya pour les mineurs non accompagnés à travers un contrat de prise en charge annuel	 Ministère malien en charge des migrants OIM
	VIII	
Non opérationnalisation des approches dif- férenciées de services de VIH : Le R6M et la distribution communautaire des ARV se font de façon informelle par Solthis pour le R6M et le CPS pour la distribution. Le dépistage démédicalisé n'est pas encore opérationnel	Rendre effectif la mise en œuvre du dépistage démédicalisé, l'espacement des RDV (R6M) et la distribution communautaire des ARV (PODI)	SEHCNLS/PRRMAP+
Absence ou faible couverture des camps/sites de déplacés et de réfugiés et des zones du Nord par les ONG nationales	Signer des partenariats avec les Organisations internationales pour impliquer les ONG nationales dans la prise en charge des patients du VIH dans les zones Nord et surtout dans les camps de déplacés/réfugiés, en particulier à Kidal, Gao et Taoudeni	Ministère de la santéSEHCNLS/PRRMAP+
Faiblesse des programmes de prévention combinées en directions des populations clés surtout les UD	 Renforcer la couverture géographique des programmes de prévention combinée en direction des populations clés Instituer un programme de TSO pour les UDI au Mali 	Ministère de la santéSEHCNLS/PR
Faible capacités organisationnelles, administratives et financières des OSC	Renforcer les capacités organisationnelles, administratives et financières des OSC	Réseau des ONG
Absence d'un statut professionnel ou un corps de métier légal des acteurs communautaires	Prendre un acte légal de reconnaissance du statut professionnel ou un corps de métier des acteurs communautaires	Ministère de la santé

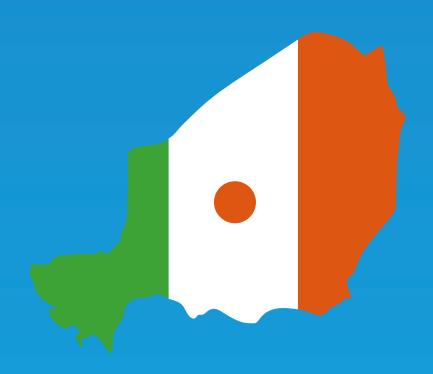


Tuberculose					
Faiblesse de l'implication communautaire des ASC au dépistage et au suivi communautaire dans la tuberculose	 Augmenter le nombre d'ASC et d'ONG impliqués dans la TB et leur répartition géographique; Impliquer les ASC dans le dépistage actif de la TB par le recueil des crachats, le convoyage vers les CDT et l'acheminement des résultats aux cas présumés; Renforcer les moyens et outils de travail des ASC 	PNLT			
Absence ou faible mise en œuvre des interventions TB dans les sites de déplacés/réfugiés	Impliquer les ASC pour le dépis- tage de la TB dans les zones Nord et surtout dans les camps de dé- placés/réfugiés	PNLT			
Faible capacité des agents de santé communautaires (ASC	Renforcer les capacités des agents de santé communautaires	MSASONG			
Absence de mécanismes pour la pérennité des motivations des ASC	Harmoniser les motivations des ASC entre tous les programmes (VIH, TB, paludisme)	UnicefFonds mondialPNLTPNLPSEHCLS			
Pa	aludisme				
	Recruter les ASC et les relais dans les sites des déplacés et réfugiés	PNLP			
Absence ou faible mise en œuvre des interventions de paludisme dans les sites de déplacés/réfugiés	Recruter les ASC et relais dans les districts sanitaires où leur nombre est insuffisant.	PNLP			
La PECADOM et la chimio prophylaxie du paludisme simple 9CPS) par les ASC: Pendant les périodes de grande endémicité le rôle joué par les ASC est capital et pourrait être capitalisé dans le cas de la PECADOM avec traitement à domicile par la SP pour la CPS. Cependant l'absence de motivation occasionne un grand niveau de turn-over des ASC dont les nouveaux recrus sont souvent malgré eux incapables de fournir des services de qualité	 Harmoniser les motivations des ASC entre tous les programmes (VIH, TB, paludisme) L'État doit rendre effectif son l'engagement de prendre en charge les salaires/primes des ASC Payer le minimum de 75\$ comme MUSO en espèce avec un système de motivation en nature 	GouvernementHCNCLSProgrammes nationaux			

BIBLIOGRAPHIE

- Fonds mondial, 35e réunion du Conseil d'administration Politique relative aux contextes d'intervention difficiles (GF/ B35/03), Avril 2016. https://www.theglobalfund.org/media/8164/bm35_03-challengingoperatingenvironments_policy_ fr.pdf?u=636917016100000000
- 2. Médecins Sans Frontières, « Le prix de l'oubli : des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH », Avril 2016. https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_fr.pdf
- 3. Banque Mondiale. Profil de pays de la Banque mondiale, consulté en Janvier 2020 [en ligne] http://data.worldbank.org/country/Mali Banque Mondiale. (2018). Profil de pays de la Banque mondiale,. Récupéré sur http://data.worldbank.org: http://povertydata.worldbank.org/poverty/country/MLI
- PNUD. (2016). human_development_report.pdf. Récupéré sur http://hdr.undp.org/: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_ human development report.pdf
- 5. INS. Quatrième recensement général de la population et du logement du Mali de 2009
- 6. Bureau de la Sécurité diplomatique du Département d'État des États-Unis (OSAC) attribue une notation élevée au risque sécuritaire au Mali (https://www.osac.gov/Pages/Home.aspx). 12 http://www.who.int/hrh/workforce mdgs/en/
- 7. OCHA. Bulletin humanitaire produit, novembre 2017
- 8. DPM. Carte sanitaire mise à jour de 2011
- 9. ONUSIDA. (2018). aidsinfo. Consulté le 05 Février 2020, sur www.unaids.org: https://aidsinfo.unaids.org
- 10. CCM Mali. Note conceptuelle du Mali pour le VIH et la tuberculose, 2016-2017.
- 11. Doumbo et al. 1991, 1992, cité dans PNLP, PSN Paludisme 2018-2022, page 33
- 12. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Mali). Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIPM) 2015
- 13. OMS. (2019). Profil sanitaire du pays (Guinée). Consulté le 19 Décembre 2019, sur www.who.int: https://www.who.int/countries/gin/fr/
- 14. OCHA. (2018). Plan de réponde Humanitaire Mali Janvier à décembre 2019.
- 15. OCHA. (2018). Plan de réponde Humanitaire Mali Janvier à décembre 2019.
- 16. Chiffres basés sur les calculs des auteurs
- 17. SEHCLS. Stratégie nationale des approches différencées des services de lutte contre le VIH, version du 1erFévrier 2019
- 18. SEHCLS. Stratégie nationale des approches différencées des services de lutte contre le VIH, version du 1er Février 2019
- 19. CCM Mali. Note conceptuelle conjointe TB/VIH du Mali, 2016-2017, page 22
- 20. HCNLS Mali. Stratégie Nationale des approches différenciées des services de lutte contre le VIH, 2019
- 21. RMAP+, TDR pour le recrutement des agents communautaires pour l'acheminement des échantillons des sites vers les laboratoires de références et le transport des résultats des laboratoires vers les sites, Juillet 2019.
- 22. CCM Mali. Note conceptuelle conjointe TB/VIH du Mali, 2016-2017, page 55
- 23. ONUSIDA. (2018). AIDSinfo. Consulté le 29 janvier 2020, sur http://aidsinfo.unaids.org/
- 24. ONUSIDA. (2019). Où travaillons-nous.Pays, Guinée. Consulté le 22 Décembre 2019, sur www.unaids.org: https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/guinea
- 25. The Lancet HIV. Initiatives to fill the gaps in Africa's AIDS response. Lancet HIV. 2017; 4: e321
- 26. UNAIDS. Ending AIDS, progress towards the 90-90-90 targets: global AIDS update 2017. UNAIDS, Geneva; 2017
- 27. MUSO. Supervision des ASC de 360°. (2018). Consulté le 14 Février 2020, sur https://www.musohealth.org/supervision-des-asc-de-360/
- 28. Direction Nationale de la Santé. Guide National pour la mise en œuvre des soins essentiels dans la communauté, Décembre 2015

NIGER





4.3. Niger

4.3.1. Contexte Pays

Le Niger est situé en Afrique de l'Ouest, avec une superficie de 1.267.000 Km. C'est un pays enclavé, qui est limité à l'Est par le Tchad, à l'Ouest par le Mali et le Burkina Faso, au Nord par l'Algérie et la Libye et au Sud par le Nigéria et le Bénin. Les trois quarts du pays sont désertiques et le quart restant est constitué d'une zone sahélo-soudanienne dans sa partie sud1. Il compte 8 régions administratives : Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéri, Zinder et Niamey la capitale. Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2012), la population du Niger a été estimée à 18.501.594 habitants en 2013 dont 80% réside en milieu rural. Les femmes représentent 50,6% de la population. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer représentent respectivement 20,79% et 20,51% de la population générale.

Selon l'EDSN-MICS IV 2012, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est de 7.6 enfants par femme, le plus élevé au monde et l'espérance de vie à la naissance est de 59 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes. Le taux global d'alphabétisation est de 29 % en 2012. Le taux brut de scolarisation est de 70,7% chez les filles et 87,6% chez les garçons. La fécondité des adolescentes demeure élevée. Dans le groupe d'âges15-19 ans, 40 % des jeunes filles ont déjà commencé leur vie procréative. Près de 40 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde : un tiers (33 %) ont déjà eu, au moins, un enfant et 8 % sont enceintes d'un premier enfant. Ces adolescentes (15-19 ans) qui constituent 16 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer contribuent pour 10 % à la fécondité totale des femmes. (L'EDSN-MICS IV 2012, page 60).

Le Rapport sur le Développement Humain 2014 estime que 82% de la population se trouve dans l'extrême pauvreté avec un Indice de Développement humain (IDH) estimé à 0,337 pour le Niger. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans était estimé à 326 enfants pour 1000 naissances vivantes en 1990 et s'est progressivement amélioré atteignant 127 pour 1000 naissances vivantes en 2012. Le taux de mortalité infantile de 121‰ en 1992 est passé à 51‰ naissances vivantes en 2012. Quant à la mortalité néonatale, estimée à 33‰ en 2006, elle est passée à 24‰ pour 1000 naissances vivantes en 2012 et représente plus du quart de la mortalité infantile. La situation de la mortalité maternelle reste préoccupante au Niger, en effet de 1990 à 2012 le ratio de mortalité a connu une timide régression. Cet indicateur est passé à 652 en 1992 puis 648 en 2006, et 535 en 2012.

Bien que les stratégies soient efficaces, la couverture de mise en œuvre ainsi que les indicateurs de performance restent encore insuffisantes : la couverture de contraception moderne est de 12,2% (dont 27,0% en milieu urbain et 9,7% en milieu rural), 1,4% de césarienne, 29% de couverture en SONU, 29% des accouchements assistés par un personnel qualifié.

4.3.2. Contexte sanitaire (général et spécifique au VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme)

4.3.2.1. Contexte et organisation du système de santé

Système public de santé : Le système de santé du Niger comprend trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central comprend trois (03) Hôpitaux Nationaux, Un (01) Hôpital Militaire, Une (01) maternité de référence nationale

Le niveau intermédiaire est composé de six (06) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et deux (02) Maternités régionales de référence,

Le niveau périphérique des soins est celui des districts sanitaires (DS). Il a la responsabilité de l'encadrement de trois types de formations sanitaires : l'Hôpital du District (HD), les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les Cases de Santé. Il comprend trente-six (36) Hôpitaux de district, Huit cent soixante-seize (876) Centres de Santé Intégrés (CSI) dont 639 de type I et 237 de type II, 2420 Cases de santé fonctionnelles et plusieurs relais communautaires. Le taux de couverture sanitaire en fixe est de 47,80 % en 2013 variant de 37,66% à Zinder à 97,92% à Niamey (Annuaire statistique 2013) contre 47,53% en 2012 (Annuaire statistique 2012). Le ratio habitant/CSI est de 21.013 hbts/CSI, celui du personnel de santé est de 1infirmier pour 3 765 habitants, 1 médecin pour 16 307 habitants et 1 sage-femme pour 3 710 femmes en âge de procréer (INS 2012).

Les chiffres se rapportant aux infirmiers et aux sages-femmes sont au-delà des normes de l'OMS (1 infirmier/5000 hbts, 1 Sage-femme/5000 Femmes en âge de procréer), celui des médecins se trouve en deçà (le ratio médecin/habitants est de 1 médecin/10000 hbts). Toutefois, Il convient de noter que seulement 23,89% de ce personnel exerce en milieu rural contre 76,11% en milieu urbain et semi urbain (SNIS 2012).

Le profil épidémiologique est marqué par la persistance d'une forte morbidité due aux maladies endémo-épidémiques comme le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida, les maladies tropicales négligées ainsi que les maladies à potentiel épidémique.

En matière de politique d'approvisionnement et de distribution de médicaments, l'accès des populations aux médicaments essentiels repose sur une unité d'approvisionnement (l'Office National des Produits Pharmaceutiques Chimiques : ONPPC), seize (16) centrales d'achats et d'un réseau de pharmacies publiques et privées (150) complété par des dépôts communautaires et villageois (89).

Malgré la présence de ces structures d'approvisionnement et de distribution, le pays est confronté à l'existence d'un réseau important de vendeurs illicites de médicaments de qualité douteuse qui pullulent dans les marchés des villages, de certaines villes et aussi dans les rues de grandes agglomérations.

Secteur privé de santé : L'offre publique de services de santé est soutenue par un secteur privé encore faiblement représenté au Niger. Il s'agit du secteur privé qui peut être lucratif (cliniques, cabinets médicaux et infirmeries privées), associatif (ONG, associations à but non lucratif), ou confessionnel (CSI musulmans ou chrétiens).

Le secteur privé lucratif est composé par les cabinets et cliniques privées, essentiellement implantés dans les grandes villes. Ils sont peu impliqués dans la mise en œuvre du PDS. Le secteur non lucratif est représenté par les ONG, les structures sanitaires confessionnelles. Leur apport dans la réalisation des objectifs de santé est mal maîtrisé. De façon générale, les agents du secteur privé (du moins le secteur lucratif) de la santé ne se sentent pas concernés par les objectifs de santé publique ; les autorités sanitaires peinent souvent à les voir appliquer les normes et standards qu'elles ont défini.

Système communautaire : Les agents de santé communautaire par contre, doivent leur existence au système public. Ils travaillent étroitement avec les agents de santé publique. Ils constituent des relais de l'action de santé publique, dans les localités où les agents qualifiés ne sont pas suffisamment déployés. Il en est de même des agents des secteurs privés associatif et confessionnel, qui, sous réserve d'une bonne coopération avec les responsables des services de santé (MCD, DRSP) appliquent les programmes de santé.

4.3.2.2. Contexte spécifique au VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme et la santé communautaire La situation de l'épidémie du VIH au Niger est caractérisée par une prévalence faible au sein de la population générale estimée à 0.4% (EDSN-MICS IV- 2012).

Le profil épidémiologique est de type concentré avec d'importantes disparités entre les groupes de populations et les zones géographiques. Ces disparités amènent à parler de sous épidémies VIH dont chacune mérite d'être spécifiquement étudiée. Selon les rapports des enquêtes SSG (2015 et 2019), la prévalence du VIH a diminué chez les PS de 16,6% en 2015 à 9,6% en 2019 et chez les détenus de 1,9% en 2015 à 1% en 2019. Pour les HSH, elle est passée de 17,2% en 2015 à 4,5% en 2019. La prévalence dans les groupes de PS et de HSH (les plus touchés) est respectivement de plus de plus de 24 fois et 11 fois celle de la population générale. Ensuite, arrivent la population carcérale avec une prévalence de 1%, soit 2,5 fois la prévalence dans la population générale2. Cependant cette baisse cache des inégalités entre les régions et les tranches d'âge. Chez les HSH, la prévalence demeure encore très élevée à Niamey (14%), soit plus de 45 fois la moyenne nationale et dans la région de Maradi (2,2%), Elle est plus élevée chez les HSH âgés de 25 ans et plus (6,7%) au niveau national contre 3,1% pour les moins de 25 ans avec un pic de 23,3% pour cette même tranche d'âge à Niamey. Au niveau des TS, la prévalence reste encore élevée aussi bien dans les régions de Maradi (15,38%), Zinder (14,63%), Tahoua (7,9%) et Agadez (5%) que dans les tranches d'âge de plus de 25 ans (12,69% en moyenne) sauf à Maradi et Zinder où cette prévalence est élevée autant parmi les jeunes TS de 18-24 ans (respectivement 12,57% et 10%) que chez les 25 ans et plus (18,94% et 17,39%).

De 2011 à 2019, les populations passerelles ont fait l'objet de surveillance et les différentes études réalisées ont montré une prévalence presque nulle chez les miniers /Orpailleurs, les travailleurs migrants et les enseignants. Par contre chez les routiers/camionneurs la prévalence est passée de, 9% en 2015 à 0,65% en 2019 et chez les Forces de Défense et de Sécurité (FDS) elle est passée de 1% en 2015 à 0,3% en 2019 toujours selon la SSG 2019.

Les données de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes (Rapport surveillance sentinelle 2014) font état d'une séroprévalence de 0.6% pour le niveau national et confirment que Diffa (1.7%) constitue un réservoir important du VIH au Niger suivi de Tahoua (0.7%), Agadez (0.5%) et Dosso (0.5%). On note également une disparité entre les milieux de résidence et les régions. Ainsi, le milieu urbain avec une prévalence de 0.8% est plus touché que le milieu rural dont la prévalence est de l'ordre de 0.2% (EDSN, 2012). La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes que chez les hommes en zone urbaine avec respectivement des taux de 1.1% et 0.5%. Par contre, en milieu rural, la situation inverse est remarquée avec une prévalence plus élevée de 0.3% chez les hommes et de 0,2% chez les femmes.

Ce qu'il faut retenir : bien que la prévalence du VIH au sein de la population générale soit faible, elle reste cependant très élevée chez les populations clés et au niveau de certaines régions particulièrement Niamey. Il y a donc lieu d'investiguer et de se focaliser sur les facteurs qui entretiennent l'épidémie chez certains groupes particuliers et dans certaines régions et aussi de prêter une attention particulière à la transmission mère enfant.

TABLEAU 12: REPARTITION DE LA PREVALENCE DU VIH PAR GROUPE ET PAR REGION

Régions	Population générale	Femmes enceintes	PS	HSH	Détenus	Réfugiés
Agadez	0.5%	0.5%	15.7%	0%	3.6%	
Diffa	0.7%	0.7%	76.9%*		1.5%	1%
Dosso	0.5%	0.5%	11.8%	0%	1.6%	
Maradi	0.2%	0.3%	23.7%	5%	0,9%	
Niamey	1.1%	0.2%	11.5%	28.6%	2,9%	
Tahoua	0.3%	0.7%	4.9%		2,4%	0.5%
Tillabéri	0.2%	0.4%	6.6%	0%	0%	0.2%
Zinder	0.2%	0.4%	22%	0%	0,6%	
Niger	0.4%	0.6%	16.6%	17.2%	1,9%	0.8%

Le paludisme³ représente 27,31% des morbidités enregistrées en 2011 contre 27,92% en 2015. Le rapport 2019 de l'OMS indique 2 638 580 cas confirmés en 2017 au Niger. L'espèce plasmodiale responsable du paludisme au Niger est presque exclusivement le Plasmodium falciparum. Les résultats montrent une proportion des infections à P. falciparum de 99% à Agadez, 88,5% à Tessaoua et 90% à Gaya. La mortalité spécifique du paludisme passe de 58,07% à 50,47% sur la même période. Chez les moins de 5 ans, elle reste plus élevée avec 63,90% en 2015 contre 66,37% en 2011 et représente en 2011, 74,41% du total des décès dus au paludisme contre 79,39% en 2015. Agadez et Tahoua au nord-est sont à risque épidémique. Les annuaires statistiques (2011-2015) donnent une moyenne annuelle de 3.913.006 cas présumés de paludisme. La proportion des cas testés passe de 60% à 84% et la confirmation biologique de 55% à 67% sur la même période. La maladie touche toutes les tranches d'âge mais les plus vulnérables sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Quant à la tuberculose⁴, avec un taux d'incidence estimé à 87 nouveaux cas pour 100,000 habitants par l'OMS le Niger représente un pays à haute endémicité tuberculeuse. Le rapport annuel sur le dépistage de la TB (PNLT, 2018) révèle que 10 838 cas de TB (toutes formes) ont été déclarés au Niger. Parmi eux, il y a 10 639 cas incidents (nouveaux cas et rechutes) dont 92% confirmés bactériologiquement, seulement 81% connaissant leur statut VIH. La couverture universelle (55%) du traitement de la tuberculose est encore faible au Niger. Le taux de coïnfection TB/VIH est de 4% (357 dont 303 sous TARV) et le taux de mortalité lié à la tuberculose est de 23%. Pour le traitement préventif, seulement 36% des enfants de moins de 5 ans qui sont des contacts familiaux des patients tuberculeux adultes sont mis sous chimio-prophylaxie, en 2018.

4.3.3. Revue documentaire

4.3.3.1. Les documents supports et sources de référence

Les documents consultés décrivaient :

- Les stratégies et paquets de soins essentiels communautaires dans les documents nationaux de politiques de santé communautaire, dans le VIH, la Tuberculose, le paludisme et la santé sexuelle et reproductive.
- Les apports des acteurs communautaires dans l'accès aux soins des populations clés et vulnérables dans les contextes d'intervention difficiles, selon la définition du Fonds mondiale.

- Les situations ou problématiques relatives aux populations clés et les interventions en leur direction.
- La valeur ajoutée (en comparaison des résultats nationaux ou des stratégies en cours dans le pays) et les opportunités des acteurs communautaires et de la société civile pour atteindre les communautés vulnérables dans les contextes d'intervention difficiles.
- Les pratiques ou approches des acteurs communautaires considérées par les acteurs nationaux ou citées dans les publications scientifiques ou dans les rapports de conférences internationales dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme et en santé de la reproduction

Il s'agissait, notamment, sans s'y limiter :

- Le Plan de Développement Sanitaire (2017-2021) :
- Le document de la Stratégie Nationale de Participation communautaire en matière de santé (2016-2020) adopté par décret NO 2017-541/PRN/MSP du 30 Juin 2017
- Directives nationales de mise en œuvre des interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé, MSP, Niamey, Niger, Mai 2016 :
- Le plan stratégique du VIH/SIDA
- Plan de passage à l'échelle pour l'accélération du Dépistage, le Traitement antirétroviral (TARV) et la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) au Niger
- Plan Stratégique National de lutte contre la tuberculose (2015-2018),
- Rapport de la revue du programme de lutte contre la tuberculose du Niger 19 30 juin
- Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2018-2023)
- Prise en charge des cas de paludisme à domicile (PECADOM)
- Stratégie nationale de prévention de la grossesse des adolescentes 2015-2020
- Directives nationales de mise en œuvre des interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé.
- Et plusieurs autres documents et publications scientifiques en lien avec les stratégies communautaires dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.

4.3.3.2. Analyse de la revue documentaire

Politique de santé : Parmi les réformes engagées, on notera l'adoption en 2015 d'un nouveau document de Politique sanitaire nationale et d'un nouveau Plan de développement sanitaire 2017-2021. L'objectif général de ce plan est de « contribuer à la promotion du bien-être social de la population en vue de l'atteinte des ODD liés à la santé » à travers 6 axes stratégiques: (1) Amélioration de la gouvernance et du leadership; (2) Accroissement des prestations de soins et services de qualité ; (3) Développement des Ressources Humaines; (4) Financement durable du secteur de la santé ; (5) Gestion adéquate, maintenance, et entretien des équipements et intrants ; (6) Développement de l'information sanitaire et de la recherche.

Santé communautaire: La santé communautaire tire sa légitimité du document de la Stratégie Nationale de Participation communautaire en matière de santé (2016-2020) adopté par décret NO 2017-541/PRN/MSP du 30 Juin 2017. Le document de « Directives nationales de mise en œuvre des interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé » demeurant le référentiel des activités de santé au niveau communautaire décrit le paquet de soins essentiels retenu, les Critères et le processus de sélection du relais communautaire, les sites de leur implantation et le processus de formation des relais communautaires.

Riposte nationale au VIH/Sida: Le plan stratégique du VIH/SIDA 2018-2022 et la plan de passage à l'échelle pour l'accélération du Dépistage, le Traitement antirétroviral (TARV) et la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) sont les documents de stratégies qi guident la réponse nationale au VIH/Sida au Niger. Le but du PSN 2018-2022 est d'apporter une réponse à l'analyse de la situation de la riposte au Niger d'une part et aux objectifs de la politique de santé du Niger d'autre part. Cette réponse s'articule sur les interventions prioritaires pour l'atteinte des ODD. De ce fait, il doit concourir à la réduction de 75% des nouvelles infections et 75% des décès d'ici 2022 à travers des paquets de services complets de prévention, de traitement, de soins et soutien qui tiennent compte des besoins, des PVVIH, de leur aspiration, leur environnement et leur droit.

Riposte contre le paludisme : Le plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2017-2021) met en exergue la prise en charge communautaire à domicile (PECADOM) des cas et définit la charge de travail du relais, les critères de choix du relais communautaire et les paquets d'activités des relais communautaires.

Réponse nationale contre la Tuberculose : Conformément aux directives de l'OMS, le PSN (2015 -2018) met l'accent sur les trois (3) piliers de la réponse contre la tuberculose :

4.3.4. Interviews des informateurs clés et des bénéficiaires

4.3.4.1. Les informateurs clés et les bénéficiaires rencontrés

Les représentants des associations et organisations de la société civile rencontrés sont 12 présidents, Coordonnateurs, chargés de programmes/projets, chargés de suivi-évaluation, Directeurs et les des associations et des réseaux et faîtières.

06 représentants des structures de santé ont été rencontrés :

- 1. La Directrice du CNR IST de Niamey;
- 2. Le Major du District sanitaire de la région de Dosso ;
- 3. L'infirmière du CSI de Koira Tagui;
- 4. Le Conseiller du CEDAV de MVS à Niamey

Les bénéficiaires des services de santé communautaires :

4 focus groups ont été organisés avec 22 participants composés de PVVIH et de populations clés de Niamey (HSH, PS) et des anciens malades de tuberculose regroupées au sein de l'association des anciens malades de TB.

Les représentants des partenaires techniques et financiers et les institutions publiques suivantes ont été rencontrés :

11 représentants du CILS et des PTF ont été rencontrés. Il s'agit du Coordonnateur Adjoint et du SCE du CILS, du Chef de division et du Chargé de communication de la DSME, du Coordonnateur Adjoint du PNLT, du Chargé de programme du PNLP, du Point focal communautaire de la DRSP de Dosso, du Chargé de la planification du PNLHS, du SP du CCM, du Directeur Pays et du Chargé de l'information stratégique de l'ONUSIDA.

Les Organisations et ONG internationales dont certaines sont des PRs du Fonds mondial n'ont pas participé à cette étude.

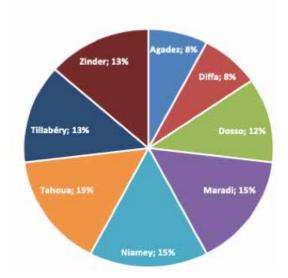
4.3.4.2. Synthèse des entretiens

• Profil des organisations rencontrées :

La figure ci-contre montre que toutes les régions du pays sont couvertes par les interventions des ONG de façon équilibrée avec une présence moyenne entre 12% et 15%, sauf à Agadez et Diffa où la présence des organisations communautaire est de 8%.

En moyenne ces organisons couvrent plus d'une région. Certaines ONG comme SongES et RENIP+ interviennent dans toutes les régions et aussi bien les chefs-lieux des régions que les districts.





•Coordination et réseautage :

Plus de huit organisations sur 10 (83%) interrogées appartiennent à un réseau national ou international.

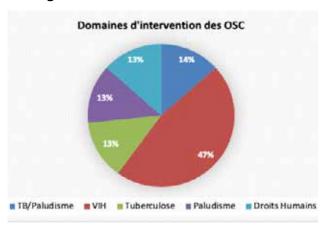
Les organisations nationales sont toutes membres de la Démocratie Sanitaire et Implication Citoyenne (Des-ICI)

Les ONG se retrouvent aussi au niveau des autres regroupements nationaux (RAIL/IST, ROASSN, CONISIC-TB, RENIPOC)



• Domaines d'interventions et populations bénéficiaires des interventions des OSC

Près de 47% des organisations interviennent dans la lutte contre le VIH comme le montre la figure ci-contre. La majorité des organisations a comme cibles la population générale, les femmes, les PVVIH, les PS et clients, les HSH, les détenus, les miniers/orpailleurs, les travailleurs migrants et les jeunes et les enfants ainsi que la population générale. Deux organisations (AJJN et OCASS) agissent pour les éliminer les obstacles liés aux droits Humains et à la qualité. Rares sont donc les OBC qui interviennent en direction des usagers de drogues.



• Mobilisation des ressources et principaux partenaires financiers des organisations

Les organisations communautaires actives dans le domaine de la santé sont appuyées par plusieurs partenaires. Par année, chaque organisation a un minimum de trois partenaires financiers. Les principaux bailleurs qui financent les activités de santé aux profits des organisations sont :

- Fonds mondial
- L'Initiative 5% de FEI
- La Coopération luxembourgeoise
- Fondation de France
- ONUSIDA
- SIDACTION
- Solidarité SIDA
- Fondation Stromme

Le Fonds mondial reste le principal partenaire. Actuellement le RENIP+, MVS, SongES, ONEN sont des Sous-bénéficiaires du Fonds mondial. On constate aussi que toutes les organisations ne bénéficient ni de l'aide direct de l'État, ni de fonds mobilisés au niveau national.

• Stratégies de collaboration entre PTF et acteurs communautaires

Les agences et partenaires techniques et financiers internationaux rencontrées sont toutes disposées à collaborer plus avec les organisations communautaires.

Pour une meilleure collaboration, les PTF proposent de renforcer le partenariat avec les différents réseaux pour la mise en œuvre des activités avec un Suivi rapproché.

• Stratégies de renforcements des liens entre acteurs communautaires et personnels de santé :

Afin de renforcer le lien entre les agents communautaires et le personnel de santé, les acteurs communautaires proposent les stratégies suivantes :

- Le renforcement des cadres de concertation entre agents communautaires et personnels de santé;
- L'implication des agents de santé lors de l'identification et le choix des relais Communautaires ;
- La planification concertée des activités des agents communautaires (Agents communautaires et agents de Santé) ;
- La prise en compte des agents de santé dans les sessions de formation des agents communautaires surtout au niveau périphérique ;
- Le partage des résultats des activités communautaires avec les agents de santé.

4.3.5. Opportunités et les défis dans le cadre de l'engagement communautaire au travers de de l'OCASS.

- Prise en charge sanitaire des populations clés et vulnérables

• Les populations clés (HSH, PS et PVVIH)

L'accès aux services de santé adaptés est différent en fonction des groupes. Les PS, MSM et PVVIH ont des difficultés d'accès aux services de santé du fait de la stigmatisation faite par les agents de santé. Les autres problèmes sont liés aux moyens de déplacement et à la prise en charge de certaines ordonnances.

Les MSM et les PS se rendre au CEDAV, seul centre de santé communautaire qui offre un service adapté. À Niamey, en plus du CEDAV les PS se rendent au CNR (pour le traitement des IST). Au niveau des autres centres de santé, il y a beaucoup de stigmatisation car le personnel n'est pas encore bien préparé pour accueillir ce groupe. L'accès aux préservatifs, aux gels lubrifiants et au dépistage se fait principalement par les organisations communautaires sans grande difficulté.

- Stigmatisation au sein des communautés pour l'accès aux services de santé

La plupart des groupes vulnérables (PS, MSM et PVVIH) ont affirmé avoir évité d'aller dans un centre de santé public en raison d'un risque de discrimination. Ils ont expliqué cela à cause de certaines situations déjà vécues. Voici témoignages pour illustrer ces faits.

- « J'ai été dans un centre de santé et dès qu'il m'a vu, l'agent de santé a commencé par dire que c'est nous qui amenons tout le malheur dans ce pays. Je suis sorti du centre et je n'y suis plus retourné » Témoignage d'un MSM lors du focus group à Niamey ».
- « Nous ne fréquentons les centres de santé publics que pour les autres maladies, et même dans ce cas, si un agent de santé te reconnait, tu vas le sentir dans son regard et sa manière de te parler ». Témoignage d'une PS lors du focus group des PS
- « J'étais enceinte et comme toutes les femmes enceintes je m'étais présentée dans un centre de santé pour le suivi de ma grossesse. La sage-femme qui m'a prise en charge m'avais proposé le dépistage et sachant mon statut je lui avais dit que le suis séropositive. Mais quelle fut ma surprise de voir que la dame écrit avec un bic rouge « séropositive ». J'ai vécu comme une stigmatisation et j'ai même détruit le carnet. Je suis repartie dans le centre pour la suite des consultations. Et là où j'ai fait la suite de mes consultations au moment d'accoucher j'ai remarqué que les sagesfemmes doublaient, triplaient même les gants avant de me toucher certainement parce que je suis séropositive » témoignage d'une PVVIH lors du focus group de Dosso.

• Les patients TB

S'agissant des patients TB, la stigmatisation est rare au niveau des centres de soins. Le personnel est bien formé pour assurer un bon accueil eu une prise en charge. Toutefois, La stigmatisation est plus au niveau communautaire. Les malades sont obligés de cacher leur maladie au sein de la communauté.

• Les réfugiés

Les régions où il y a les plus de réfugiés et déplacées sont les régions de Tillabery, Diffa, Maradi et Niamey. Le Niger reconnait aux requérants d'asile et réfugiés le droit à la santé dans les mêmes conditions que pour ses propres citoyens (Art 10 Loi 97- 016). Par conséquent, le réfugié ou requérant d'asile paie les mêmes frais que le Nigérien dans tout établissement sanitaire public. Toutefois, en raison de sa vulnérabilité, il peut bénéficier d'une assistance médicale. Ce qui est le cas actuellement pour tous les réfugiés recensés par le UNHCR. Actuellement les actions en faveurs des populations réfugiées et déplacées sont en majorité menées par le système des nations unies et certaines ONG internationales.

Dans son plan de réponse à l'afflux des réfugiés au Niger, l'UNHCR a retenu comme axe fondamental, le renforcement de la protection communautaire par la mise en place des structures communautaires en les outillant pour une meilleure implication dans les activités de prévention et réponse aux risques de protection identifiés

Mais l'accès aux populations réfugiées surtout dans les régions de Tillabéry et Diffa demeure problématique à cause de la situation d'insécurité. Les interventions sur les sites de réfugiés sont soumises à des consignes de sécurité assez rigoureuses. Ce qui ne permet pas aux organisations nationales d'offrir leurs prestations. Le projet FEVE a pu exécuter une seul fois une caravane de sensibilisation sur le VIH couplée avec le dépistage.

Seuls les réfugiés au niveau de la communauté urbaine de Niamey, bénéficient de prestations pour le dépistage et la mise sous ARV.

Par contre dans les régions de Maradi et Tahoua, les réfugiés bénéficient des appuis des acteurs communautaires à travers des séances de sensibilisation sur l'utilisation des moustiquaires et la référence pour le dépistage de la TB.

4.3.6. Place de la réponse communautaire et de la société civile dans la lutte contre le VIH, la Tuberculose et le paludisme dans la politique de santé au Niger

Dans sa politique sectorielle 2016-2035, le gouvernement du Niger a réaffirmé son attachement à un développement de la participation communautaire qui vise la responsabilisation des populations. Une stratégie nationale de participation communautaire et des textes subséquents, assortie des directives nationales de la santé communautaire, où le relais communautaire occupe une place centrale, ont été élaborés et validés⁵.

Dans la lutte contre les trois pathologies (VIH/Sida, paludisme et tuberculose, la place de la société civile est illustrée dans plusieurs documentas de politique et de stratégies en santé :

- Le Plan de Développement Sanitaire (2017-2021): Selon le PDS, la participation communautaire sera basée sur trois stratégies d'interventions : (i) Poursuite de l'implication effective des communautés dans la gestion des services de santé à travers la consolidation des acquis d'une part et à la mise en place des organes de participation communautaire à tous les niveaux du système de santé ; (ii) mise en œuvre de la stratégie de prise en charge au niveau communautaire qui se fera à travers le renforcement des acteurs communautaires comité de gestion (COGES) et comité santé (COSAN), autres groupements associatifs, partenaires techniques et financiers et la mise en place d'un réseau d'au moins un relais communautaire pour cinq cent habitants offrant un paquet complet de soins curatif préventif et promotionnel aux populations cibles vivant dans un rayon de plus de 5 km de formation sanitaire encadré par la case de santé/CSI avec l'appui des ONG locales. (iii) L'approvisionnement en intrants/médicaments des Relais Communautaires intégrera le schéma local d'approvisionnement au niveau district sanitaire à partir du CSI/CS.
- Le document de la Stratégie Nationale de Participation communautaire en matière de santé (2016-2020) adopté par décret NO 2017-541/PRN/MSP du 30 Juin 2017: Ce document précise les rôles et responsabilités des différents acteurs de la participation communautaire, la dynamisation des organes de la participation communautaire à tous les niveaux du système de santé et l'accroissement de l'efficience de la gestion des services de santé;
- Directives nationales de mise en œuvre des interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé, MSP, Niamey, Niger, Mai 2016 : Ce guide référentiel des activités de santé au niveau communautaire décrit le paquet de soins essentiels retenu, les Critères et le processus de sélection du relais communautaire, les sites de leur implantation et le processus de formation des relais communautaires.

• Réponse communautaire au VIH/SIDA

- o Le plan stratégique du VIH/SIDA met l'accent sur le développement de la participation communautaire, la promotion du dépistage à base communautaire et par les pairs, la redynamisation du système de veille communautaire (observatoire communautaire), l'accompagnement psychosocial et communautaire aux PVVIH pour s'assurer de l'observance du traitement etc.-
- o Plan de passage à l'échelle pour l'accélération du Dépistage, le Traitement antirétroviral (TARV) et la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) au Niger met l'accent sur Renforcement des capacités des acteurs communautaires en matière de PEC des PVVIH, Mise en place de l'approche PTME communautaire par la formation des médiatrices par région dans quatre régions (Agadez, Tillaberi, Niamey et Diffa) dans le cadre de l'accompagnement; et le renforcement des capacités des agents de santé et des acteurs communautaires en techniques de dépistage des PS et des HSH et dans la lutte contre la discrimination

• Réponse communautaire à la tuberculose

- o Plan Stratégique National de lutte contre la tuberculose (2015-2018), PNLT, Niamey, Avril 2015 met l'accent sur les acteurs communautaires afin d'améliorer la prise en charge des malades, pour obtenir un taux de perdu de vue et de décès de moins de 5%. Il recommande que, les activités communautaires pour les références des cas présumés TB et le suivi du traitement devront être réorganisées;
- o Rapport de la revue du programme de lutte contre la tuberculose du Niger 19 30 juin recommande de capitaliser le plus possible la présence des relais communautaires pour assurer le TDO; envisager un projet pilote d'utilisation des nouvelles technologies6 (sms, vidéo par exemple) pour le TDO (innovations!) en milieu urbain; Impliquer d'avantage les relais communautaires dans le suivi du traitement et étudier un système de récompense à la fin du traitement; rétablir l'utilisation de la flotte de téléphone pour le suivi des malades et des relais communautaires

• Réponse communautaire contre le paludisme

- o Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2018-2023) met en exergue la prise en charge communautaire à domicile (PECADOM) des cas.
- o Prise en charge des cas de paludisme à domicile (PECADOM) définit la charge de travail du relais, les critères de choix du relais communautaire et les paquets d'activités des relais communautaires.

• Santé maternelle et infantile et santé de la reproduction

- o Stratégie nationale de prévention de la grossesse des adolescentes 2015-2020 met en exergue la participation des acteurs communautaires à travers l'identification et la formation de 860 relais communautaires sur la prévention des grossesses des adolescents dans les 8 régions et l'offre communautaire de contraceptifs (DBC)
- o Directives nationales de mise en œuvre des interventions intégrées à assise communautaire en matière de sante mettent en exergue la participation communautaire dans l'amélioration de l'état de santé des nigériens.

• Cartographie des acteurs communautaires au Niger

TABLEAU 13: REPARTITION DES ONG SELON LES ZONES GEOGRAPHIQUES DU NIGER

Région	ASC Palu	ASC/Relais (TB)	Nombre d'APS	Nombre OSC	OSC intervenant dans chaque région
Agadez		199	4	4	Animas Sutura – Humanité & Inclusion – RENIP+ - SongES
Diffa		199	7	4	Ballal - Humanité & Inclusion - RENIP+ - SongES
Dosso		199	8	6	Ballal - Espoir Niger - Humanité & Inclusion - MVS - RENIP+ - SongES - Doubani
Maradi		199	8	8	Animas Sutura – Ballal - Espoir Niger - Lafia Matassa – Humanité & Inclusion – MVS – RENIP+ - SongES
Niamey		199	44	8	Animas Sutura – Ballal - Espoir Niger - Lafia Matassa – Humanité & Inclusion – MVS – RENIP+ - SongES
Tahoua		199	10	8	Animas Sutura – Ballal - Espoir Niger - Lafia Matassa – Humanité & Inclusion – MVS – RENIP+ - SongES
Tillabéry		199	7	7	Animas Sutura – Espoir Niger - Lafia Matassa – Huma- nité & Inclusion – MVS – RENIP+ - SongES
Zinder		199	7	7	Ballal - Espoir Niger - Lafia Matassa – Humanité & Inclusion – MVS – RENIP+ - SongES
Total	9 682		96	52	NB : En raison de l'utilisation des mêmes relais pour plusieurs maladies nous avons comptabilisé le chiffre de 9 682 comme probable effectif de relais communautaires au Niger en 2018

Source : ICI Santé. Cartographie des OSC VIH du Niger : Évaluation de la contribution des OSC a l'accélération de la réponse au VIH 21 Mai 2019.

TABLEAU 14: REPARTITION DES ONG DU VIH PAR CIBLES.

	PS	HSH	PC	Réfugiés	PTME	PVVIH	Autres Bénéficiaires
ANIMAS SUTURA	Х	Х	Х				Jeunes, pop. gen. FDS, routiers
BALLAL	Χ	Х					Jeunes
ESPOIR NIGER	Х	Х				x	Routiers, jeunes
HUMANITE & INCLUSION							PH
LAFIA MATASSA	Х	X				Х	Jeunes, migrants
MVS	Χ	Х			Х	Х	Orpailleurs
RENIP+					X	х	
SongES	Χ	Х	Х		Х		Orpailleurs, PH,
FONDATION GURI				X	Х	Х	
ONG SOLTHIS	Х	Х					
ONG DOUBANI	Χ		Χ				

Source : ICI Santé. Cartographie des OSC VIH du Niger : Évaluation de la contribution des OSC a l'accélération de la réponse au VIH 21 Mai 2019

TABLEAU 15: TYPOLOGIE DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES PAR PROGRAMME

Acteur	Implication dans la maladie
OSC/ ONG	VIH, Paludisme, TB
ASC : Agent de santé communautaire	Paludisme, TB
AC : Animateurs communautaires	Paludisme, VIH
APS	VIH

4.3.7. Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société civile dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes.

TABLEAU 16: SYNTHESE DE LA PARTICIPATION DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES DANS LES PROCESSUS NATIONAUX

Domaines	Détails
Instances de coordina- tion	 Participation aux instances de la Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/Sida (CISLS); Participation aux organes de l'Instance de coordination (CCM) pour le suivi stratégique des subventions et l'accès aux ressources du Fonds mondial
Processus de planifica- tion stratégique	 Participation à la revue des programmes Participation au processus de planification stratégique et opérationnelle (VIH, Paludisme, Tuberculose, Santé communautaire)
Mobilisation des res- sources	☐ Participation à la demande des financements du Fonds mondial ☐ Mobilisation des ressources auprès de leurs partenaires internationaux
Mise en œuvre des pro- grammes	☐ Participation aux activités de supervision ☐ Mise en œuvre des activités (suivant les domaines de compétences
Suivi-évaluation	 Certaines données communautaires sont intégrées dans le système d'information sanitaire sur le paludisme et dans une moindre mesure la tuberculose et le VIH/Sida

TABLEAU 17: ROLES DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES DANS LE VIH, LA TB, LE PALUDISME ET LA SSR

	Acteurs	Rôle		
	APSONGObservatoireCommunautaire	Conseil au dépistage, aide à l'annonce du résultat au conjoint,		
		Conseil à la mise sous ARV et à l'observance du traitement,		
		Suivi auprès des patients par des visites à domicile, la recherche des perdus de vue ou des patients qui manquent un rendez-vous.		
		• Éducation thérapeutique pour la rétention en TARV des PVVIH;		
VIH		Mobilisation communautaire, Réseautage		
		Conseils juridiques,		
		Microcrédits, Activités génératrices de revenus, etc.		
		Renforcement de capacités des ONG/OBC ;		
		 Plaidoyer pour un accès gratuit aux médicaments au profit des ma- lades; 		
		 Sensibilisation, identification et orientation des cas présumés vers les centres de prise en charge de TB 		
Tuberculose		Recherche des cas contacts ;		
	ASC	Suivi communautaire des TB et TB/VIH		
		Recherche des irréguliers au traitement TB		
		 Distribution de MILDA dans les ménages par les ASC, les OBC/ ONG; 		
Paludisme	ASCOBC	 Assurer le renouvellement des MILDA usées dans les ménages. Distribution des carnets seront produits et distribués aux ménages pour le suivi de la disponibilité, de l'utilisation et le remplacement des MILDAs usagées. 		
	• ONG	Traitement préventif intermittent à la SP		
		Communication pour le changement social et de comportement / Mobilisation sociale par les ASC, les ONG		
		 École des maris : soutien des maris à l'utilisation de la PF par les femmes, 		
SSR/PF	ONG	 Accouchement assisté ainsi que les soins prénataux). L'école des maris a permis de renforcer la connaissance des maris et de leurs épouses sur l'importance de l'utilisation des services SR Organisa- tion de campagnes de sensibilisation concernant la PF, impliquant les communautaires 		
	Maris modèles	Organisation de séances de dialogue communautaire		

4.3.8. Contribution des acteurs communautaires et de la société civile dans les résultats de la lutte contre les maladies concernées.

VIH

• Contribution des OSC sur le 1er 90 durant la période 2017-2018

De façon générale, les données permettant de documenter la participation des OSC à la première cascade ne sont pas disponibles et complètes. La cartographie a eu du mal à obtenir des informations précises de la plupart des OSC qui ont annoncé qu'elles intervenaient dans le domaine du dépistage. Le tableau ci-dessous donne les résultats du dépistage sur les deux ans en fonction de leur disponibilité :

TABLEAU 18: CONTRIBUTION DES OG VIH DANS LE 1ER 90 AU NIGER

Structures associatives	Nombre total de personnes dépistées en 2017-2018	Nombre total de dépistés positifs au VIH	
ONG MVS	4395	470	
ONG SongES	3082	100	
ONG Animas Sutura	2100	ND	
Humanité et inclusion	554	ND	
Total	10 131	570	

Le nombre de personnes dépistées par les OBC serait d'environ 10 130 personnes. Parmi elles, on peut noter : 2216 PS, 476 HSH, 1813 personnes détenues, 2671 personnes réfugiées, 554 personnes vivant avec un handicap, 124 usagers de drogue et enfin 65 orpailleurs. Les informations sur le nombre de personnes dépistées séropositives sont incomplètes et les 570 personnes fournies ne reflètent sans doute pas la réalité. Dans ces conditions il n'est pas possible d'évaluer la contribution exacte de la société civile dans l'atteinte du 1er 90 évalué à 61,5%.

• Contributions des OSC à l'accélération de la PTME

Sur la période 2017-2018, seules quatre (4) OSC étaient actives sur la PTME. Au total les actions des OSC ont permis de mobiliser 20 médiatrices communautaires à Niamey et de dépister 151 femmes enceintes séropositives, ce qui représente 13% des femmes enceintes séropositives dépistées en 2018.

Contribution des OSC sur le 2ème 90

Bien qu'une seule association offre des soins par les ARV dans le pays, le nombre de PVVIH au niveau de cette ONG est de 1 378 PVVIH, faisant de ce site communautaire le 4ème plus grand site de prise en charge du pays. Ce site permet à la société civile de contribuer au 2ème 90 de 7 points.

• Contribution des OSC au 3ème 90

Malheureusement le seul site de prise en charge géré par une association ne dispose pas d'équipements pour le suivi biologique de ses patients qui sont obligés de se référer à d'autres centres. Cela fait que près de 500 patients suivis par ce centre de MVS n'ont pas accès aux examens de suivi biologique, ce qui diminue la capacité contributive des OSC à l'atteinte du 3ème 90.

Paludisme

Pour assurer une lutte effective contre le paludisme (subvention paludisme 2015-2017, dans un contexte de faible couverture sanitaire, le MSP a procédé à l'extension progressive de la prise en charge intégrée au niveau communautaire (PECADOM intégrant la PCIME Communautaire), dans 22 districts sanitaires d'ici 2018. La mise en œuvre a consisté au recrutement de 9 682 relais communautaires, à leur formation et à leur recyclage en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, au paiement de leurs salaires et primes, au paiement des frais de leur supervision par les agents de santé et les agents de santé communautaires et leur formation et équipement en matériels de gestion des données. Cette intervention a permis de couvrir 65,76% des populations rurales des zones d'intervention et d'offrir l'accès aux soins communautaires à plus de 939 167 enfants dont 55,98% des enfants de moins de 5 ans des zones rurales du pays.

Les résultats⁷ de la prise en charge au niveau communautaire du paludisme se présentent comme suit :

- Taux brut de réalisation 60% et taux de performance ajustée 43%;
- Diagnostic au niveau communautaire : taux brut de réalisation 80% et taux de Performance ajustée 64% ;
- Traitement au niveau communautaire : taux brut de réalisation 46% et taux de Performance ajustée 23%.

Tuberculose⁸

La mise en œuvre des activités communautaires de la tuberculose a été confiée à deux Sous Récipiendaires : Plan-Niger et l'ONG ONEN, qui sont également des SR communautaires de la subvention paludisme (avec CRS comme PR). Pour une couverture nationale, les huit régions ont été réparties entre les 2 SR. - Plan Niger couvre cinq régions : Agadez, Diffa, Dosso, Tillabéry et Zinder (soit 112 CDT) et ONEN intervient dans trois régions : Niamey, Tahoua et Maradi (soit 87 CDT).

La stratégie d'implication communautaire est basée sur l'approche district. A la base, 8 relais communautaires interviennent dans l'aire sanitaire et sont rattachés à un CDT. Ils sont supervisés par un « superviseur de proximité » qui interagit avec le personnel du CDT, distribue les malades TB aux relais selon leur zone d'intervention et fait le rapport de synthèse communautaire. Audessus des superviseurs se trouvent les « points focaux communautaires » de district. Ces derniers, en collaboration avec les points focaux de districts du PNLT, coordonnent la prise en charge communautaire dans le district, supervisent les superviseurs de proximité des CDT et élaborent le rapport communautaire du district. Enfin au niveau régional, se trouvent les coordinateurs régionaux qui assurent la coordination de l'action communautaire et apportent l'appui technique nécessaire en matière de prise en charge communautaire dans la région. La coordination générale est assurée par le SR et le PR. Au total, Plan-Niger et ONEN utilisent 1592 relais communautaires recrutés au sein de 4 groupements à base communautaire (Groupement des jeunes (2 relais); Groupement des femmes (2 relais); Groupe des scouts (2 relais) ; Groups des populations à risques (2 relais). Le rôle des ASC est de faire des sensibilisations sur la tuberculose et effectuer des visites à domicile (pour rechercher, orienter les cas présumés et faire le suivi des patients TB, rechercher les absents au traitement et rechercher et orienter les enfants-contacts familiaux de moins de 5 ans avec les adultes tuberculeux TPB+).

TABLEAU 19: ACTIVITES DE SENSIBILISATION DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LA TB REALISEES PAR ONEN ENTRE 2017 ET 2019

	ONEN	
	2017	2019
Nombre de personnes sensibilisées à la TB	17 312	2 136
Nombre de cas suspects orientés au CDT		
Nombre de cas suspects orientés arrivés au CDT		ND
Nombre de malades tuberculeux orientés par les acteurs communautaires		545
Nombre d'enfants de < 5 ans contact familiaux des cas de tuberculose adultes TPB+ recensés et orientés par les acteurs communautaires pour le dépistage de la TB		1 185

4.3.9. LISTE DES bonnes pratiques ou approches innovantes des acteurs communautaires AU NIGER

Malgré des progrès toujours plus importants, certains services de santé vitaux ne sont pas encore accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin. Que ce soit au niveau du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme, les anciens modèles de soins, en milieu hospitalier, ont abouti à des prises en charge indifférenciées ne correspondant pas aux besoins particuliers des individus, et n'ont souvent pas pris ces facteurs suffisamment en compte. Cependant, certaines ONG ont mis au point des méthodes prometteuses visant à optimiser la prestation des services et à adapter la prise en charge aux besoins et aux contraintes des patients. Comme le montrent les exemples cités dans les lignes qui suivent, le recours à ces méthodes a contribué à améliorer la santé des patients ainsi que la couverture et la qualité des services, tout en optimisant l'utilisation des ressources.

	 SongES (Soutien aux ONG, Empowerement, Stratégies) 	
Nom de la structure	Espoir Niger	
	MVS [Mieux Vivre avec le Sida]	

APPROCHES INNOVANTES AU NIVEAU DU VIH/SIDA

	Contexte et justification de l'approche
Domaine de prestation de services	Populations clés (Travailleuses du sexe, HSH, UDI) et populations vulnérables (pêcheurs, routiers,)
Nom de l'approche	chez les populations clés et transfrontalières ? Projet : Frontières Et Vulnérabilité au VIH en Afrique de l'Ouest, (2012-2015 et 2018)
	(1) Dépistage et prise en charge globale communautaire du VIH

Le projet Frontières et Vulnérabilités au VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest (FEVE) intervient dans huit (8) pays d'Afrique de l'ouest à savoir : le Cap Vert, le Burkina Faso, la Gambie, la Guinée Biseau, la Guinée, le Mali, le Sénégal et le Niger. Au Niger, Malgré une prévalence du VIH de 0,4%, dans la population générale (EDSN 2017), la dynamique de l'épidémie montre que les PS sont de loin les plus touchés avec une prévalence plus élevée de 9,6% (selon la SSG 2019), suivie HSH (4,5% selon la SSG 2019). En effet, les données de la même enquête indiquent des taux de prévalence largement au-dessus de la moyenne nationale chez la population carcérale (1%, SSG 2019). Bien que la prévalence observée au sein des autres sous-groupes (FDS, routiers/camionneurs, miniers/orpailleurs) également en interaction avec les PS soit plus faible que la moyenne nationale, l'enquête SSG 2019 a montré que le niveau des connaissances chez ces sousgroupes reste faible et les facteurs de risque demeurent, en particulier les rapports sexuels non protégés. La réponse nationale est caractérisée par une faiblesse du ciblage et des interventions auprès des groupes des populations clés¹⁰ et transfrontaliers et pourtant ces populations souffrent d'une forte stigmatisation et discrimination, parfois même dans les structures de santé. Le projet a débuté au Niger en 2012 et vise globalement à réduire la vulnérabilité, la transmission et l'impact du VIH/SIDA au sein des populations les plus vulnérables à l'épidémie dans les zones à grande mobilité et dans les espaces transfrontaliers, ainsi qu'à renforcer la coopération transfrontalière pour une meilleure riposte à l'épidémie. Nous nous intéressons aux stratégies en direction des populations clés et vulnérables et celles des zones transfrontalières au Niger.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Stratégies du projet au Niger : La stratégie globale du projet repose principalement sur :

- La mise en place d'activités de prévention, prise en charge et accès aux soins pour les personnes infectées et les groupes les plus vulnérables au VIH/SIDA;
- La formation du personnel de santé et le renforcement de structures sanitaires et communautaires pour améliorer les services de soins et de prévention dans les zones frontalières;
- La dynamisation de la coopération inter-pays pour la lutte contre le Sida et le développement d'une réponse transfrontalière;
- Le renforcement du système communautaire et du système de santé public dans les zones transfrontalières et dans les grandes villes ou villes carrefours pour le dépistage du VIH, le TARV, la prise en charge des IST.
- Consortium de mise en œuvre et couverture géographique du projet avec SongEs, MVS et Espoir Niger: Le projet est axé sur le renforcement de la coopération inter-pays et de la dynamique régionale de réponse au VIH/Sida (y compris la santé maternelle et infantile) et intervient dans les espaces transfrontaliers et certains centres urbains des pays. Au Niger, le projet FEVE est mis en œuvre conjointement par un consortium de trois ONG (MVS, Espoir Niger et SongES Niger). Il intervient dans les régions de Dosso et Tillabéry (frontalières avec le Bénin), le Nigéria, le Burkina et le Mali. Dans ces zones, il y a une grande la circulation de personnes et d'intenses flux de marchandises et d'importantes activités aurifères (surtout la région de Tillabéry). La complémentarité entre les ONG de mise en œuvre se décrit comme suit:
 - ⇒ **Espoir Niger**, forte de son expérience dans le domaine de la lutte contre le VIH, s'est chargée de mener des activités de prévention et de mobilisation sociale et communautaire ;
 - MVS quant à elle, dispose d'une solide expérience dans la délivrance des soins, traitement et prise en charge des PVVIH. MVS a exécuté les activités de dépistage et de PEC;
 - Quant à SongES, elle a développé de l'expertise dans le domaine de renforcement des capacités des struc-

Le consortium ainsi créé est devenu la référence pour les interventions au niveau des populations clés au Niger particulièrement pour les interventions au niveau des HSH.

Groupes cibles du projet : Le projet cible prioritairement : les Travailleuses du sexe, les HSH, les Personnes Vivant avec le VIH, les Orphelins et Enfants Vulnérables, les routiers, commerçants, et migrants, les jeunes filles et garçons en situation de vulnérabilité, les populations des zones frontalières. En outre, le projet s'est focalisé dans des zones qui bénéficiaient de peu d'interventions sur le VIH/Sida du fait d'un accès difficile et, sur des groupes cibles qui n'étaient pas touchés (HSH, orpailleurs, populations des villages frontaliers et refugiés). La mise en œuvre du projet a été faite à travers un dispositif de suivi impliquant les principaux acteurs de la lutte (CISLS, ONUSIDA, les ONG, les FDS et les populations clés).

Paquets d'activités du projet FEVE: Dans le cadre du projet FEV, un paquet minimum harmonisé est défini et comprend les activités de : sensibilisation, dépistage du VIH, distribution gratuite de préservatifs, consultation médicale des IST (diagnostic, traitement et suivi). S'ajoutent à ce paquet optimal, des services complémentaires dont l'accompagnement psychosocial, la santé sexuelle et reproductive, l'appui juridique, l'appui à l'autonomisation (formation professionnelle, appui en AGR).

Activités de renforcement du système de santé et système communautaire: Partant de l'idée qu'il faut au préalable un bon renforcement des capacités des acteurs et des partenaires pour atteindre de bons résultats, le projet FEVE-Niger dès au démarrage a mis l'accent sur la formation de plusieurs intervenants (16 ONG, 56 prestataires de santé pour la prise en charge médicale du VIH, des IST, de la coïnfection TB/VIH, la SR, etc.) et 64 pairs-éducateurs (60 PS et 40 HSH) afin d'améliorer la qualité des interventions. Dans le cadre du projet, le renforcement des capacités du système de santé inclue l'appui aux structures de santé. Ces appuis peuvent être sous formes d'appui en médicaments ou en équipements, ou de réhabilitation du bâti, ou de renforcement des plateaux techniques. Au Niger, les centres de santé intégrés (CSI) de Makolondi, de Komabangou et le Centre de Dépistage Anonyme et Volontaire (CEDAV) de MVS ont été appuyés en médicaments pour faciliter la prise en charge des IST et du VIH chez les populations clés bénéficiaires du projet. Le CEDAV qui est habilité à dispenser les ARV, contribue en somme, à la prise en charge et au traitement des PVVIH suivies par le projet

<u>Activités de dépistage du VIH et des IST :</u> Dans son approche innovante, FEVE met en œuvre ses activités de dépistage tant au niveau des structures de santé intégrées que dans la communauté. Elle utilise pour ce faire, deux stratégies de dépistage différenciées du VIH et des IST :

- La stratégie fixe dans les cliniques: Au Niger, les centres de santé intégrés (CSI) de Makolondi, de Komabangou et le Centre de Dépistage Anonyme et Volontaire (CEDAV) de MVS ont été appuyés en médicaments pour faciliter la prise en charge des IST et du VIH chez les populations clés bénéficiaires du projet. Ces trois structures polarisent la majorité des bénéficiaires référés pour la prise en charge médicale en stratégie fixe.
- La stratégie mobile et avancée à travers les cliniques mobiles et les campagnes de masse : Elle se fait suivant deux (2) approches, à savoir la clinique mobile et les campagnes de sensibilisation et de dépistage.

<u>Les cliniques mobiles</u>: C'est un dispositif qui consiste à déployer une équipe pluridisciplinaire dans les sites de commerce de sexe afin de faire le test du VIH et de référer vers les centres de prise en charge pour le TARV, de consulter et traiter les IST chez les PS et de distribuer les préservatifs. Cette activité se tient de façon régulière à Niamey, Dosso, Gaya, Doutchi. Dans la région de Tillabéry les interventions sont en direction des PS et des orpailleurs des sites aurifères. L'activité est aussi mise à profit pour la sensibilisation, la promotion et la distribution du préservatif.

<u>Les Campagnes de masse</u>: Quatre (4) caravanes couplées au dépistage volontaire du VIH ont eu lieu en 2018, en direction des PS et des HSH, à Niamey et Dosso. A toutes les campagnes, il est mis en place un dispositif de consultation des femmes pour diagnostiquer et traiter les IST ainsi que chez les hommes à partir de la bandelette LED. Tous les cas d'IST diagnostiquées lors de ces activités sont traités sur la base de l'approche syndromique des IST. En plus du dépistage, la promotion et la distribution des préservatifs se fait dans l'ensemble des sites, lors des activités en stratégie fixe et mobile.

Activités de prévention de proximité: Les activités de prévention sont déroulées par les pairs éducateurs supervisés par les responsables du suivi au niveau des 3 ONG formant le consortium. Elles peuvent prendre la forme d'activités de prévention de proximité (causerie éducatives, séances de conseils individuels durant les consultations, séance de prévention/conseils sur site (spot counseling). Pour les HSH, ces activités se tiennent dans les régions de Niamey et Dosso et pour les PS, dans les régions de Dosso, Tillabéry et Niamey. La région de Tillabéry est privilégiée pour la sensibilisation des orpailleurs dans les sites aurifères. 860¹¹ séances de sensibilisation ont permis de toucher 706 personnes dont 235 PS, 231 HSH, 180 UD, 1073 Personnes handicapées et 61 orpailleurs.



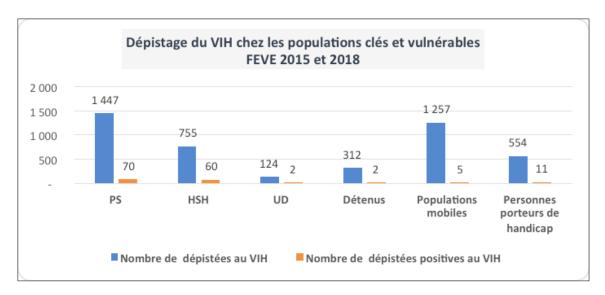


Résultats

Dépistage du VIH chez les populations clés et vulnérables projet FEVE 2015 et 2028

Groupes cibles	Nombre de personnes sensibilisées (activités de prévention combi- née)	Nombre de personnes dé- pistées au VIH	Nombre dé- pistées posi- tives au VIH	Taux de positivité
PS	1746	1 447	70	4,8%
HSH	922	755	60	7,9%
UD	234	124	2	1,6%
Détenus	574	312	2	0,6%
Populations mobiles	1 257	1 257	5	0,4%
Personnes porteuses de handicap	1073	554	11	2,0%
Orpailleurs	76	65	0	0,0%

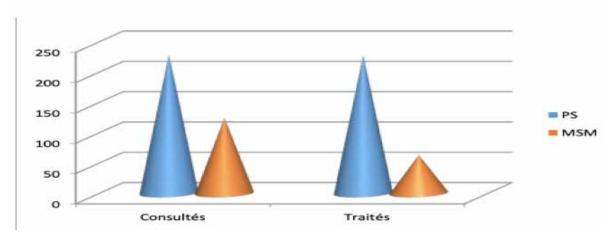
 $Sources: Song ES, \, MVS, \, Espoir \, Niger. \, Rapport \, capitalisation \, FEVE \, 2015 \, et \, rapport \, annuel \, FEVE \, 2018$



Sources: SongES, MVS, Espoir Niger. Rapport capitalisation FEVE 2015 et rapport annuel FEVE 2018

Données sur les IST, projet FEVE 2018

Cibles	Consultés	Traités
PS	228	227
MSM	124	63
Total	352	290



Sources : SongES, MVS, Espoir Niger. Rapport annuel FEVE 2018

Avantage pour les patients	 Le projet FEVE permet d'augmenter les points d'entrée et services de dépistage et donc contribue à l'atteinte du 1^{er} 90 (augmentation du nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique). Cela permet la détection précoce des cas au niveau de la communauté et de référer les PVVIH pour une prise en charge médicale. Il permet de réduire au Niger, la stigmatisation et la discrimination des MSM et des PS dans l'Accès aux services de soins publics
Avantage pour le système sani- taire	 Le projet FEV crée un lien entre les structures de santé et la communauté (via les cliniques mobiles et les outreach), garantissant ainsi la continuité des services de santé et l'accès aux services de dépistage, de soins et traitement du VIH et des IST. Il assure également les liens privilégiés avec les populations clés et à haut risque. Ce projet permet de réduire la charge de travail du personnel soignant. Les coûts de transport et de soins sont réduits quand les services de dépistage du VIH et de diagnostic et traitement des IST se déplacent vers le patient dans la communauté.
Leçons apprises	 Le consortium des 3 ONG rend la prise en charge holistique complémentaire et constitue une force du projet au Niger L'interaction entre le projet FEVE et d'autres projets partenaires ou services de santé pour rendre effective la prise en charge holistique du patient est un point fort non négligeable Le travail d'équipe entre les prestataires de soins et les acteurs communautaires est une opportunité à maintenir, La confiance établie entre les populations clés notamment les HSH et le PS est un gage de réussite du projet.

Nom de la structure	SongEs
Nom de la structure	- MVS
Nom de l'approche	(1)Stratégies de Dépistage différencié pour les populations clés
Domaine de prestation de services Dépistage différencié des populations clés	
Contexte et justification de l'approche ¹²	

La situation de l'épidémie du VIH au Niger est caractérisée par un contexte à faible prévalence au sein de la population générale estimée à 0.4% (EDSN-MICS IV- 2012) mais concentré avec au sein des populations clés et vulnérables avec d'importantes disparités entre les groupes de populations et les zones géographiques. En effet, les données des enquêtes successives indiquent des taux de prévalence largement au-dessus de la moyenne nationale chez les populations clés. Selon les rapports des enquêtes SSG 2019, la prévalence du VIH est plus élevée chez les PS avec 9,6% (selon la SSG 2019), suivie HSH (4,5% selon la SSG 2019) et des détenus (1%, SSG 2019).

La réponse nationale est caractérisée par une faiblesse du ciblage et des interventions auprès des groupes des populations clés¹³ alors que ces dernières souffrent pourtant d'une forte stigmatisation et discrimination, parfois même dans les structures de santé, ont un accès limité aux services de santé adaptés à leurs besoins. C'est pour combler ces insuffisances que les ONG nationales SongEs et MVS conjuguent leurs efforts pour offrir un paquet de prévention combinée et de stratégies innovantes de dépistage différenciées pour mieux atteindre les populations clés et vulnérables au Niger.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Groupes Cibles: En général les populations clés avec un focus sur les HSH et les PS et leurs clients (orpailleurs).

Stratégies de dépistage : Plusieurs approches combinées et complémentaires mises en œuvre

- Dépistage en stratégie fixe au CEDAV : se fait uniquement au CEDAV. Récemment le, RENIP+ (le réseau des PVVIH du Niger) a ouvert un deuxième centre de dépistage; ce qui porte à deux les centres communautaires adaptés aux populations clés et PVVIH mais ces centres sont situés dans la capitale Niamey. L'équipe du CEDAV est composée de médecins, de lobarantins, de conseillers communautaires et de psychologues). Le CEDAV offre le dépistage à la population générale mais les HSH, PS et UDI y sont orientés lors des dépistages en stratégie mobile pour faire le test de confirmation. D'ailleurs les HSH ne veulent plus se faire soigner ailleurs si ce n'est au CEDAV.
- Dépistage en stratégies mobiles : Avec une équipe composée du Laboratin et de l'infirmier, l'activité consiste en des sorties des ONG sur les sites des populations clés pour des sensibilisations couplées au dépistage. La caravane touche les zones difficiles d'accès et loin des centres de santé, comme les zones d'orpaillage
 - Caravane touche les zones difficiles d'accès et loin des centres de santé, surtout sur les sites aurifères « l'or en dessous, le Sida en surface »
 - Dépistage en cliniques mobiles (mais pas avec de bus médicalisés comme au Mali et en Guinée). Ce qui se fait ici les PS donnent une chambre où le médecin s'installe (on parle de « clinique rapprochée »). Il s'agit d'offrir un dépistage IST et un traitement aux PS, ensuite d'offrir des préservatifs et gels lubrifiants en plus des conseils sur l'utilisation du préservatif aux PS dépistées. Enfin le dépistage VIH est systématiquement proposé aux personnes ayant une IST
 - Stratégie de dépistage démédicalisé (adopté par le Niger): Par regroupement de 4 à 5 PS, les agents communautaires dépisteurs (non-agents de santé) formés pour offrir le dépistage aux populations clés se déplacent à la demande de la cible ou sur proposition des acteurs eux-mêmes.
 - Dépistage avancé avec les agents de santé se fait par l'organisation d'une sortie conjointe des agents communautaires et des agents de santé du centre de santé le plus proche du site des populations clés, pour offrir le dépistage en communauté.

Résultats

Tableau des résultats d'Avril à Décembre 2019

Groupes cibles	Nombre de personnes sensibilisées	Nombre de Dépis- té(e) s	Nombre de VIH Positifs	Taux de positivi- té VIH	Sous TARV
PS	3 242	2 156	136	6,3%	120 (88%)
HSH	1555	882	32	3,6%	31 (97%)
UDI	800	389	9	2,3%	9 (100%)
Détenus	330	339	5	1,5%	5 (100%)
Total	5 927	3 757	182	4,8%	165 (91%)

Nom de la structure	AJJN
Hom de la structure	[Association des Jeunes Juristes du Niger]
Nom de l'approche	(1)Mise en place d'une clinique juridique pour les PVVIH
Domaine de prestation de ser-	Assistance juridique aux PVVIH et Populations clés
vices	 Communautés Genre et Droits Humaines (CRG) et VIH

Contexte et justification de l'approche

En 2015, au début du projet des cliniques juridiques, il existait au Niger plusieurs obstacles juridiques à l'accès aux services de santé qui affectent les PVVIH, les populations clés et les populations vulnérables au VIH. Le Niger a adopté la Loi N°2015-30 du 26 mai 2015 spécifique au VIH/sida qui semble être méconnue. Du fait de leur statut, les PVVIH subissent beaucoup de stigmatisation et de discrimination dans leur vie quotidienne, notamment dans les services de santé. Certaines normes liées au genre féminin contribuent à accroitre la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles face au VIH/Sida. Il s'agit (i) du mariage précoce (37% des femmes de 20-49 ans se marient avant 15 ans et 78% avant 18 ans), fréquent dans certaines régions (Zinder, Maradi et Diffa); (ii) des mutilations génitales féminines, dont l'excision (2% au niveau national), fréquentes dans certaines régions (9% dans la région de Tillabéri) (EDSN 2012). (iii) 57% des femmes ne participent pas à la prise de décision au sein de leurs familles (EDSN 2012). De même, au niveau des hommes, certaines normes liées au genre masculin contribuent à accroitre la vulnérabilité des hommes et des jeunes hommes face au VIH/Sida. Il s'agit (i) de la violence et l'infidélité envers leurs partenaires féminins qui sont considérées comme l'expression de la dominance masculine, (ii) de l'attitude masculine de virilité qui incite les hommes à ne pas vouloir se soigner et de (iii) la trop grande liberté donnée aux jeunes hommes, contrairement aux jeunes filles, par les parents.

Depuis 2012, il n'y a pas eu d'offres de services par la société civile en matière d'assistance juridique et de formation sur leurs droits au profit des PVVIH. Les professionnels de la santé et les acteurs intervenant dans la riposte au VIH n'ont pas bénéficié de formation juridique, notamment sur la lutte contre la discrimination liée au VIH¹⁴. La création d'une clinique offrant des services juridiques liés au VIH répond à ce besoin. Cette initiative vient d'une proposition de l'Association des Jeunes Juristes du Niger, qui a une expérience en matière d'assistance juridique aux PVVIH et aux populations clés (PS, HSH).

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Ces activités visaient à toucher les PVVIH suivies, les populations clés et les détenus dans les 8 régions du Niger. 80% des personnes victimes d'acte de discrimination lié au VIH et usagers de la clinique juridique devraient bénéficier d'un accompagnement juridique et 50 cas de violations graves poursuivis en justice, avec assistance d'un avocat au cours du projet.

La stratégie novatrice de la composante a consisté à la mise en place, au sein de l'unité de gestion de la subvention du Fonds mondial du CISLS (NER-H-CISLS) d'un service juridique pour gérer les activités de la composante. Les interventions et activités étaient les suivantes :

Évaluation juridique et réforme du droit :

- Évaluer les lois, politiques et leur mise en œuvre ;
- Organiser un atelier national de validation de l'évaluation des lois, politiques et leur mise en œuvre en consultation avec les populations clés et les experts en droits de l'homme;
- Organiser une journée de mobilisation des ressources avec les partenaires techniques et financiers;
- Reproduire en 500 exemplaires l'étude sur l'évaluation des lois, politiques et leur mise en œuvre;

Services d'aide juridique et d'enseignement de notions élémentaires de droit :

Organiser des permanences mensuelles de séances éducatives (l'information et la sensibilisation) sur la loi portant prise en charge, protection et contrôle du VIH au Niger et la problématique de la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les autres injustices associées au VIH;

Un conseiller juridique national logé au sein du CISLS et huit (8) conseillers juridiques régionaux bénévoles étaient chargés de fournir les services d'aide juridique aux PVVIH et aux populations clés au niveau de chaque région. Ils ont reçu une formation sur la loi sur le VIH/sida, sur les droits humains, les liens entre le VIH/sida et les droits humains, la promotion et la protection des droits humains dans le contexte du VIH/sida et la criminalisation de la transmission volontaire du VIH, sur les mécanismes de protection des droits humains et le plaidoyer dans le contexte du VIH/sida et des droits humains au Niger.

 Organiser des permanences mensuelles de promotion des services d'assistance conseil et de protection juridiques au profit des PVVIH et autres personnes vulnérables;

Avec l'appui des coordonnateurs régionaux des Coordination Régionales Intersectorielles de lutte contre les IST/VIH/ sida (CRISLS), des réunions ont été organisées avec les associations de PVVIH locales, les centres de prise en charge du VIH et les associations locales de lutte contre le sida pour présenter les activités de conseil juridique au profit des PVVIH et des populations clés. A l'issu de ces rencontres, il a été retenu un jour dans le mois pour organiser la séance de sensibilisation juridique sur les droits et devoirs des PVVIH. Le jour choisi est fonction du taux d'affluence des PVVIH suivies dans les centres prescripteurs ou au siège de leur association. Les responsables des associations locales de PVVIH et/ou des ONG locales de lutte contre le sida jouent un rôle important dans la mobilisation des PVVIH pour participer à la sensibilisation. En collaboration avec ces derniers, chaque mois, la date et le lieu de l'activité sont fixés et les PVVIH invitées à y participer. La séance de sensibilisation a lieu généralement au centre prescripteur, pendant les heures d'attente des PVVIH venues en consultation médicale ou au siège d'une association locale de PVVIH. La séance durait environ 1 heure de temps.

 Organiser des permanences hebdomadaires de promotion des services d'assistance conseil et de protection juridiques au profit des PVVIH et autres personnes vulnérables

Cette activité a débuté en février 2016 et a eu pour but d'offrir gratuitement, un jour par semaine, des conseils juridiques aux PVVIH qui en ont besoin. Il s'est agi de :

- Offrir aux PVVIH qui en avaient besoin des informations juridiques sur leurs droits et leurs devoirs, dans le cadre d'entretiens individuels ou par téléphone;
- Aider les PVVIH qui en avaient besoin à rédiger des actes juridiques (contrat de travail, contrat de bail, testament, etc.);
- Orienter les PVVIH qui en avaient besoin vers les services juridiques et/ou administratifs qui pouvaient les aider à résoudre leurs problèmes juridiques et/ou administratifs.
- Recevoir les personnes victimes de discrimination et autres injustices associées au VIH/SIDA et leur offrir des services de médiation, conseil et d'assistance juridique appropriés pour la réparation des injustices subies;
 Cette activité était fortement liée à l'activité précédente : permanence hebdomadaire de consultations juridiques. Elle consistait à accompagner les victimes d'infractions liées au VIH/sida pour leur trouver réparation de leur préjudice.
 - Contractualiser annuellement la prise en charge des dossiers judiciaires avec un avocat de la place. Les frais suivants étaient pris en charge par le projet : Paiement des honoraires fixes de l'avocat est budgétisé. Les frais variables (hors honoraires fixes) liés au procès en justice (frais de procédures) et les frais de déplacement de l'avocat devant les juridictions à l'intérieur du pays (car le projet couvrait l'ensemble des huit Régions).

Résultats

Synthèse des résultats des cliniques Juridiques 2016 et 2017

Région	PVVIH participants aux séances de «Droit à l'éduca- tion des PVVIH»	PVVIH touchées par les sensibilisations juridiques	PVVIH ayant bénéficiées d'assis- tance juridique/judiciaire
Niamey	415	505	60
Tahoua	297	426	28
Maradi	2 193	2 419	141
Dosso	522	592	36
Tillabéry	248	255	18
Agadez	950	1 271	63
Diffa	2 431	123	22
Zinder	171	171	60
TOTAL	<u>7 227</u>	<u>5 762</u>	<u>428</u>

Source : AJJN. Cadres des résultats : Suppression des Obstacles Juridiques 2016 et 2017

Avantage pour les patients	 Réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers les PVVIH; Promotion des droits des PVVIH Réparation des dommages subis par les PVVIH
Avantage pour le système de santé	 Accès équitable aux services de soins et traitement du VIH; Environnement social et politique de plus en plus habilitant
Leçons apprises	 Une volonté politique et une implication au plus haut niveau par le CISLS et les DRLS sont des clés du succès du projet ; La bonne collaboration entre les services communautaires et les services de santé qui permettent l'organisation des cliniques juridiques

APPROCHE INNOVANTE POUR LE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES COMMUNAUTAIRES/ PLAIDOYER/ DROITS HUMAINS

Nom de la structure	RENIP+	
	[Réseau Nigérien des Personnes Vivant avec le VIH]	
Nom de l'approche	(1)OCASS [Observatoire Citoyen sur l'accès des populations aux services de santé et à la qualité des soins dans les structures sanitaires].	
Domaine de prestation de services	Observatoire/Accès aux soins de santé/ Droit à la santé (VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme)	

Contexte et justification de l'approche

En dépit, des investissements colossaux effectués dans l'amélioration de la santé des populations par l'État Nigérien avec la contribution des partenaires techniques et financiers, les populations sont toujours confrontées à des difficultés majeures d'accès aux services de santé et de qualité des soins (ruptures fréquente des médicaments, mauvais accueil. Cette situation devient de plus en plus préoccupante, notamment au niveau des patients souffrants du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida qui nécessitent une prise en charge de longue durée. Financé par l'Initiative 5% d'Expertise France, l'Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) est une initiative du Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) du Burkina Faso, à partir de 2015, en partenariat avec la Coalition des Femmes Leaders de la Guinée (COFEL) et le Réseau Nigérien des Personnes Vivant avec le VIH/Sida (RENIP+) porteur du projet au Niger dans les huit (08) régions du Niger.

L'OCASS a pour objectif général « Améliorer l'accès à des soins de qualité pour les populations en général, les femmes et les enfants en particulier, grâce au renforcement des observatoires communautaires au Burkina Faso, au Niger et en Guinée ». Ses objectifs spécifiques sont : (i) Renforcer l'efficacité et la couverture des observatoires communautaires d'accès aux soins au Burkina Faso, au Niger et en Guinée dans les formations sanitaires cibles du projet ; (ii) améliorer la qualité des services de santé en général, et ceux concernant la santé de la mère et de l'enfant en particulier, dans les formations sanitaires cibles du projet.¹⁶

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Fonctionnement de l'OCASS: L'OCASS au Niger porte sur 40 structures de santé. Sur chaque structure de santé, des collecteurs de données, sont supervisés par des superviseurs régionaux, soit 1 par région. L'OCASS collecte des données sur la disponibilité et la qualité des services de santé auprès des patients (enquête de satisfaction) et auprès des responsables des services de prise en charge concernant l'offre des soins (avec des questionnaires). Les informations recueillies servent de base à des recommandations et des plaidoyers auprès des autorités sanitaires et politiques en vue de résoudre ou lever les dysfonctionnements dans l'accès aux services de santé par les populations vulnérables et celles ayant difficilement accès aux services de santé. En pratique, les organisations points focaux identifiés par le RENIP+ mettent à la disposition de la structure de santé impliquée dans le projet, des agents collecteurs pour collecter les informations.

Activités de veille de l'OCASS:

- Appuyer l'animation de la ligne verte au Niger ;
- Mener des investigations sur les dysfonctionnements d'ampleur ou récurrents ;
- Organiser la restitution dans les régions sanitaires des constats sur les obstacles d'accès aux services ; contre le Sida, le Paludisme et la TB et tous les autres services offerts au niveau des centres de santé ;
- Élaborer et valider les rapports de la veille communautaire ;
- Reproduire et diffuser les rapports des données collectées au sein des observatoires;
- Tenir les cadres d'échanges sur la qualité des soins avec les usagers, les associations des malades et les prestataires de soins dans les formations sanitaires. Les cadres d'échanges sont des cercles de qualité qui regroupent les usagers, les prestataires et les leaders d'opinion pour échanger sur les situations qui peuvent constituer une entrave à l'exécution régulière des activités afin de trouver des solutions adéquates et collégiales.
- Organiser des causeries éducatives sur les droits et les devoirs des usagers des services de santé

Résultats

Résultats l'année 2019 :

- 1399 patients enquêtés dont 803 femmes ;
- **358 dysfonctionnements** relevés dont des ruptures de réactifs et de médicaments pour le VIH/ Sida, le Paludisme et la TB, ainsi que des pannes des équipements de laboratoire et de radiologie;
- **68 cas de violation des droits humains** dont des violences verbales, des cas de stigmatisation/ discrimination et des cas de négligence volontaire;
- **98 causeries éducatives** réalisées sur les droits et les devoirs des usagers des services de santé avec 1844 personnes touchées dont 1273 femmes ;
- 08 cadres d'échanges sur la qualité des soins avec 115 personnes dont 79 femmes.

Les thèmes discutés sont les suivants pendant ces causeries éducatives ont portés sur :

- Le droit aux soins ; prévention du paludisme ;
- Le droit à un bon accueil ; le devoir de respect des prescription/observance ;
- Le droit à exprimer son opinion ;
- Le droit à l'information ;
- Le devoir de respecter les prescriptions ;
- Le devoir des usagers dans les centres de santé;
- Le devoir de participation à la propreté des lieux ;
- Le devoir de sincérité dans les informations données aux prestataires ; droit à la confidentialité ;
- L'obligation d'informer son conjoint de sa séropositivité;
- La propreté des mains et des aliments ;
- Le respect des horaires de visite.

Avantage pour les patients	Des soins de santé de qualité ; A de la companyation de la companyat
	Moins de ruptures de stocks des traitements
	Amélioration de l'accueil des patients
Avantage pour le sys- tème de santé	 Accès aux services de santé par les populations vulnérables et celles ayant difficilement accès aux services de santé;
	 Un système de veille et d'alerte sur les dysfonctionnements ;
	 Réduction de la stigmatisation et la discrimination dans l'accès aux services de santé
Leçons apprises	 Des systèmes de veille et contrôle communautaires peuvent permettre d'améliorer la qualité des services de santé;
	 Les causeries éducatives sur les droits des usagers ouvrent la voie à une plus grande démocratie dans les décisions concernant les services de santé aux communautés desservies

APPROCHES INNOVANTES AU NIVEAU DE LA SRR

Nom de la structure	SongES
Nom de l'approche	(1)L'École des maris (EdM) ¹⁷
Domaine de prestation de	SSR/PF
services	

Contexte et justification de l'approche

Au Niger, cinq-cents cinquante-trois (553) femmes décèdent en couche pour 100,000 naissances vivantes (Banque Mondiale 2015), et le taux d'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes âgées de 15-49 est de 14.4%, ce qui place le Niger parmi les pays avec les plus bas taux d'utilisation des contraceptifs modernes au monde (INS 2013). Pourtant, les femmes donnent naissance à environ 7.6 enfants tout au long de leur vie, ce qui fait du Niger, le pays avec le taux de fertilité le plus élevé au monde (Banque Mondiale 2014). La majorité des femmes Nigériennes n'a pas l'autonomie ou la capacité nécessaire pour prendre des décisions sur leur santé reproductive. Le Niger a également le taux le plus élevé de mariage d'enfants dans le monde avec trois filles sur quatre mariées à l'âge de 18 ans (UNICEF 2016). Près de la moitié – 48.2% – des filles accouchent avant l'âge de 18 ans (UNFPA 2015). Il y a une corrélation étroite entre l'éducation et le mariage des enfants au Niger. Plus le niveau d'éducation est élevé, moins une fille est susceptible d'être mariée avant l'âge de 18 ans (UNFPA 2015, UNICEF 2016). Mais cela est compromis par le fait que pratiquement 85% des filles âgées de 15-19 et 57% des filles entre 10 et 14 sont déscolarisées (UNFPA 2015).

Vue la prévalence de la norme selon laquelle le fait d'avoir plusieurs enfants montre la valeur d'une femme et la virilité d'un homme, les hommes qui financent ou approuvent l'utilisation de la planification familiale sont considérés comme étant peu autoritaires. Plusieurs femmes s'abstiennent de l'utilisation des services de santé reproductive à cause des facteurs sociaux et normatifs perpétués par leur manque de pouvoir et de capacité de prise de décision (Mayaki et Kouabenan 2015, Camber Initiative 2014, Mishra et al. 2014, Schuler et al. 2011, Nalwadda et al. 2010). Sur le plan politique, le Niger fait partie des pays Africain qui ont pris des engagements forts pour améliorer la santé sexuelle et reproductive et a signé le protocole de Mapouto sur les droits des femmes et des filles, en 2004 puis l'a ratifié en 2018. Le Niger possède aussi un plan d'action 2012-2020 pour booster la Planification Familiale. Le plan se fixe comme objectif d'améliorer de 12% en 2012 à 50% à 2020 la PF à travers trois stratégies majeures à savoir, améliorer la disponibilité et la demande des services PF et promouvoir un environnement favorable à la demande et à l'utilisation des services PF. L'intervention de l'École Des Maris est parfaitement cadrée avec la deuxième et troisième stratégie du plan d'action 2012-2020. La mise à l'échelle de l'école des maris est aussi une des principales actions définies dans ce plan d'action avec le nombre d'école des maris à créer comme indicateur de performance en 2020 (Planning familiale au Niger, plan d'action 2012-2020). La stratégie de l'École des Maris découle du constat que le pouvoir des hommes peut constituer un frein à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Ils ont donc un grand rôle à jouer dans un pays où les indicateurs en matière de santé de la reproduction sont préoccupants.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Stratégies : L'École des maris est la stratégie d'implication des hommes sur les questions de santé de la reproduction pour un changement de comportement. L'École des maris est un regroupement d'hommes (8 à 12 hommes par École, identifiés sur la base de certains critères) mis en place autour des localités disposant de centre de santé. Une localité peut disposer de plusieurs Écoles (généralement une école par quartier). La stratégie de l'intervention École des Maris (EdM) se focalise sur la formation et le renforcement des connaissances d'un noyau de maris sur l'importance de la promotion et de l'utilisation des services de santé de la reproduction.

Ces hommes appelés maris modèles serviront ainsi de relais dans leurs foyers et dans la communauté pour induire un changement dans les connaissances, comportements et attitudes et semer les graines d'un changement dans les rôles de genre vis-à-vis des services de Santé de la Reproduction (SR).

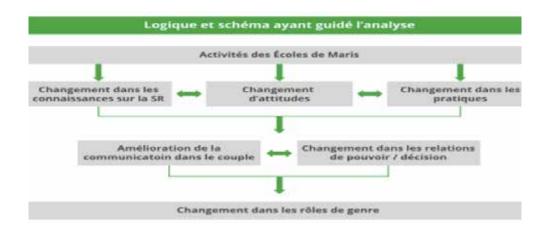


- Activités des EdM:

- ➡ Les réunions des EdM: avec l'appui du coach de l'ONG de mise en œuvre, chaque groupe de mari tient deux réunions par mois, au CSI ou dans la communauté. Le but principal des réunions est d'apprendre davantage sur un thème spécifique de SSR afin de planifier une activité envers la communauté. De nouvelles thématiques sont abordées par les Écoles des maris. Il s'agit de : mariage précoce, scolarisation de la jeune fille, VIH/SIDA et la protection des enfants.
- Activité de sensibilisation de groupe: Menée par les maris modèles et sous l'encadrement de l'ONG, les membres des EdM diffusent les informations lors des rassemblements communautaires tels que les mariages, les baptêmes, etc. Il est attendu de chaque EdM au moins deux activités de sensibilisation par mois. Ce sont généralement des causeries de groupe, mais aussi des séances de sensibilisations de masse lors des baptêmes, les mariages et autres rencontres communautaires.
- ➡ Visites à Domicile (VAD): Ce sont aussi des activités encadrées par les ONG mais effectuées par les maris modèles. Les maris modèles visitent les maisons des membres de la communauté qui ne sont pas touchés ou convaincus par les séances publiques de sensibilisation et qui n'utilisent pas les services de santé dans le but de discuter des bénéfices de la SSR.

L'École des Maris est une intervention qui est acceptée et soutenue par la communauté. Les maris qui participent à cette école sont vus comme des références dans le domaine de la promotion et de l'utilisation des services de SR ainsi que dans la valorisation de la santé reproductive de la femme. Ces maris ont une perception positive de leur rôle et transmettent les messages à leurs pairs. Ils se sentent investis de la mission d'amener un changement de comportement positif dans leur foyer et dans la communauté vis à vis des services de Santé de la Reproduction. D'où leur appellation de maris modèle. Les maris modèles sont écoutés et surtout sont crédibles aux yeux de leurs femmes, de leurs pairs et des membres de la communauté quand il s'agit des questions sur la SR. Ils sont considérés comme des experts.

153



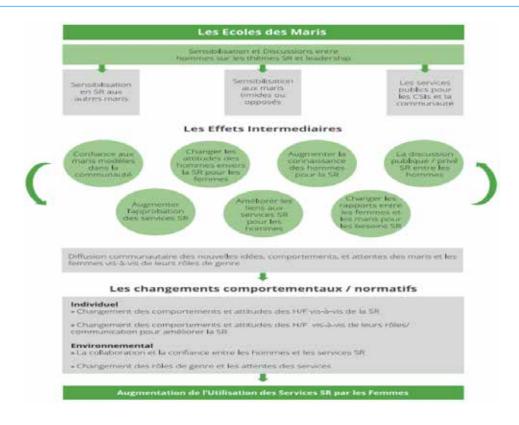
Résultats

Avant l'intervention :

- Absence ou peu de communication entre maris et épouses sur la SR car les questions de santé de la reproduction étaient considérées comme des tabous dans le couple.
- Les femmes et les couples avaient peu d'information et de connaissance sur les avantages de la SR.
- Des préjugés contribuaient à semer le doute et la méfiance vis-à-vis de la SR, en particulier la PF.

Résultats après l'intervention :

Figure 1: Extrait de Maguiraga, F., Saley, D., Diakité, M., & Igras, S. (2019). Étude des effets de l'intervention Écoles des Maris sur la dynamique du genre pour améliorer la Santé Sexuelle et Reproductive au Niger. Aout 2019. Washington, D.C.: Institut de la santé reproductive, Université de Georgetown pour l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID).



Résultats positifs et effets multiplicateurs: Il y a des changements certains, consécutivement à l'avènement des EdM (soutien des maris à l'utilisation de la PF, l'accouchement assisté ainsi que les soins prénataux). L'école des maris a permis de renforcer la connaissance des maris et de leurs épouses sur l'importance de l'utilisation des services SR. En comparant le niveau de connaissances avant et après l'intervention, il apparait que les EdM ont comblé un vide en matière d'information et de connaissance sur les avantages de la SR. Des préjugés qui contribuaient à semer le doute et la méfiance vis-à-vis de la SR, en particulier la PF, ont peu à peu laissé la place à la confiance et l'adhésion surtout de la part des hommes et femmes impliqués dans les EdM. L'intervention a eu comme effet immédiat une amélioration significative de la communication entre les maris et leurs femmes dans le couple. Les questions de santé de la reproduction qui étaient considérées comme des tabous dans le couple sont de nos jours des sujets de discussion entre les maris et leurs épouses pour une prise de décision concertée. Ce changement a été constaté aussi bien chez les maris membres des EdM que chez les maris non-membres des EdM. Le changement constaté va aussi au-delà de la communauté ou l'intervention a été mise en œuvre. Les messages parviennent aux villages et aires de santé environnant à travers les échanges entre les communautés. L'intervention a mis l'accent sur la prise de décision consensuelle dans le couple pour les questions de SR.

Effets non désirés à surveiller et à renforcer : Toutefois, la stratégie de l'intervention qui est de mettre en avant les maris comme catalyseurs du changement a induit, généralement chez les hommes et femmes non-membres des EdM, des effets « non désirés » dont le plus visible est la perception que l'implication du mari dans l'EdM renforce ses responsabilités vis-à-vis de la santé de reproduction de sa femme et du couple. Cela conduit dans quelques cas à une imposition des décisions liées à la SR par les hommes. De grands efforts restent à fournir pour une plus grande mutation vers l'équité du genre en matière de prise de décision en SR ; d'où la nécessité d'une intensification et une mise à échelle des activités des EdM.

	 L'école des maris a permis de renforcer la connaissance des maris et de leurs épouses sur l'importance de l'utilisation des services
Avantage pour les femmes et les couples	 Des changements positifs directs sur les couples : soutien des maris à l'utilisation de la PF,
	 L'intervention a eu comme effet immédiat une amélioration signi- ficative de la communication entre les maris et leurs femmes dans le couple
Avantaga navula gyatèma da	 En comparant le niveau de connaissances avant et après l'intervention, il apparait que les EdM ont comblé un vide en matière d'information et de connaissance sur les avantages de la SR.
Avantage pour le système de santé en SSR/PF	 Une utilisation plus accrue des services de SSR
	 Les femmes font de plus en plus d'accouchement assisté ainsi que les soins prénataux
Leçons apprises	Un des éléments qui ont facilité l'acceptation de l'EdM est son encrage communautaire. Les maris modèles sont membres de la communauté. Si ces maris parviennent à changer de comporte- ment et soutenir l'avènement d'un changement dans les rôles de genre, cela démontré qu'au sein de la communauté le changement profond recherché est possible.

Nom de la structure	Solthis
	(Solidarité Thérapeutique hospitalière et Initiative de Santé)
Nom de l'approche	(1)Projet JADES
	(Jeunes et Adolescent-e-s En Santé)
Domaine de prestation de services	Examen biologique du VIH/ Charge virale

Contexte et justification de l'approche

Selon l'ONUSIDA, les jeunes âgé(e)s de 15 à 24 ans représentent 39 % de l'ensemble des nouveaux cas d'infection par le VIH parmi les personnes adultes. La vulnérabilité spécifique des jeunes à l'épidémie est exacerbée par leur faible accès à des services de santé sexuelle et reproductive adaptés à leurs besoins. Si cette vulnérabilité spécifique relève en partie de facteurs biologiques, elle renvoie également aux déséquilibres du pouvoir décisionnel entre hommes et femmes qui se traduisent par des difficultés pour accéder à des services de prévention et de soins. Réduire les nouvelles infections de VIH/Sida parmi les jeunes implique donc nécessairement de travailler à l'évolution des normes sociales de genre. Pour être efficace, la prévention auprès des jeunes ne peut ainsi se limiter à une approche biomédicale de réduction des risques. Elle doit également se fonder sur une approche par les droits, visant la promotion de l'égalité des relations hommes-femmes et du droit à une vie sexuelle et affective satisfaisante. Ces évolutions doivent être portées en direction des jeunes, des hommes et des femmes, mais surtout en direction de leur environnement : les familles, les encadrants (enseignants, soignants), et plus largement les communautés.

Solthis a mis en œuvre au Niger, en consortium avec Equilibres et Populations et ses partenaires dont l'ONG Lafia Matassa, de même que les autorités locales, une intervention pilote de promotion de la santé sexuelle chez les adolescents pour réduire les nouvelles infections et la mortalité liées au VIH/Sida. Le projet « Jeunes et Adolescent·e·s En Santé (JADES) » a démarré le 1er janvier 2016 pour une durée de 3 ans et demi. Le projet a été reconduit au Niger pour la phase 2.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Les objectifs spécifiques du projet étaient les suivants :

- Mettre en œuvre et évaluer des stratégies innovantes de promotion de la santé sexuelle pour les adolescent-e-s afin de réduire les comportements à risque et les nouvelles infections parmi les adolescent-e-s ;
- Améliorer l'accès des adolescent-e-s infecté-e-s par le VIH à une prise en charge adaptée et de qualité au Niger.

Stratégies de mise en œuvre: La stratégie d'intervention repose sur le renforcement des capacités des acteur-rice-s locaux et nationaux qui sont impliqués dans la conception et la mise en œuvre des activités de promotion de la santé sexuelle des adolescentes et des jeunes. Au Niger, a été étroitement associé le Ministère de la Santé Publique (Unité de Lutte Sectorielle Sida et Division Santé des Adolescents et des Jeunes/Direction Santé de la mère et de l'enfant). Afin de maximiser l'impact et de favoriser la pérennité des initiatives développées, le projet s'inscrit en synergie avec les structures et initiatives existantes pouvant permettre la promotion des Droits en Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) des jeunes. Ainsi, et en vue de développer des interventions combinées et holistiques, les structures et groupes suivants ont été ciblés dans chaque zone d'intervention :

Structures d'accueil des jeunes : écoles, centres de santé offrant des services de SSR et de prise en charge du VIH/Sida, centres amis des jeunes et/ou centres d'écoute et de conseil;
Communautés : leaders communautaires, familles et communauté au sens large

Zones d'intervention du projet pilote avant son extension au niveau national

Au Niger: Les régions de Niamey et de Maradi

- A Niamey : 2 centres amis des jeunes : Boukoki et CNSR ; Infirmerie du collège Mariama A
- Maradi : 2 CSI labellisés « amis des jeunes » : Andoumé et 17 Portes ; CES Bourdja

Approche de mise en œuvre du projet : Afin de répondre aux enjeux et défis auxquels sont confrontés les jeunes, le projet JADES s'est attaché à proposer une réponse investie tant sur l'offre de services que sur la promotion de la demande en santé sexuelle et reproductive en intervenant à plusieurs niveaux :

Le modèle JADES

Environnement global (politique, loi, institution)

Services de proximité (structure socio-sanitaires, établissement scolaires, etc

Famille, communauté

Plaidoyer : contribution à un environnement favorable aux DSSR AJ

Mobilisation communautaire et offre : création d'un environnement habilitant à l'accès des AJ à des services adaptés et de qualité

Les AJ - PE

Les structures socio-sanitaires et leur personnel Les établissements scolaires et leurs personnels Les parents d'élèves

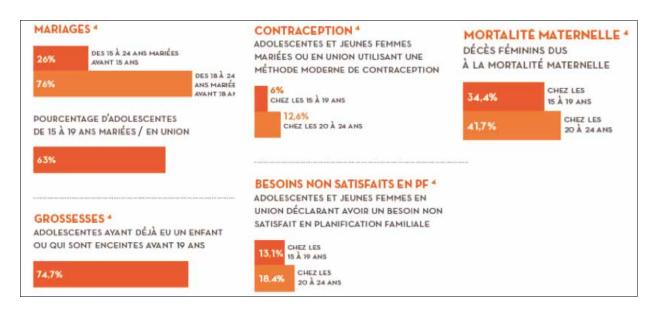
Les leaders

Principales activités :

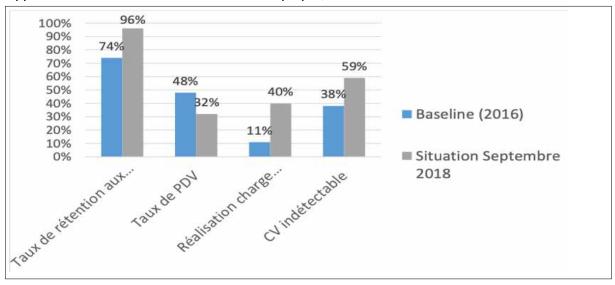
- 1. Enquêter et construire ensemble : Comprendre le contexte : diagnostiquer les déterminants de la santé Le diagnostic du contexte a commencé par une revue de la littérature et des études socio-anthropologiques sur les déterminants de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et de leur accès aux services de santé au Niger, suivi de la diffusion des résultats des études. Ensuite une seconde revue de la littérature des interventions existantes en matière de promotion des DSSR des adolescents a permis de faire l'état des lieux des interventions existantes dans les zones du projet. Suite au Diagnostic de l'offre de services en matière de SSR, il a été organisé un atelier de partage des résultats et de construction de la vision des enjeux de la SSR au Niger et un atelier de planification stratégique de l'objectif spécifique.
- 2. Identifier et former les acteur-rice-s pertinents dans l'ensemble des milieux fréquentés par les jeunes : structures scolaires, structures de santé, environnement social : Une série de formations ont permis de renforcer les compétences de 37 jeunes pair-e-s éducateur-rice-s, (18 filles et 19 garçons) pour travailler sur les droits en santé sexuelle et reproductive et sur les différentes représentations qui y sont liées. Une autre formation a permis d'identifier et former 113 leaders communautaires au Niger avec l'appui de Solthis pour stimuler des changements positifs en matière de santé sexuelle et reproductive. De plus 4 sessions de formation pour 108 enseignant.e.s a permis de leur donner les outils de sensibilisation sur la SSR à l'endroit des leaders communautaires. Enfin 15 personnes qui ont été formées au Niger au sein des centres d'écoute communautaire et des centres amis des jeunes du Niger.
- **3. Partenariat avec les organisations de la société civile :** Ce partenariat s'est matérialisé, en 2017, par le renforcement des capacités des PE et OSC identifiés sur les thématiques du leadership et des droits en santé sexuelle et reproductive avec l'appui d'Equilibres et Populations. Une formation « d'appui à l'intégration des problématiques de genre dans les associations de lutte contre le SIDA » a pu être réalisée au Niger avec l'appui de la plateforme ELSA. Ces formations les ont outillés pour l'organisation de groupes de paroles et des séances de sensibilisation facilitées par les pairs dans les écoles et auprès des jeunes déscolarises ainsi que dans les centres amis des jeunes.

Ce sont 9000 personnes qui ont été touchés par les activités de mobilisation sociale au Niger. Par ailleurs, ces activités ont été croisées aux activités de dépistage en stratégie avancées en collaboration avec les ONG locales partenaires. Cela constituait par ailleurs des occasions de distribution de préservatifs aux jeunes, dans une volonté de créer un premier lien avec les jeunes au-delà de leur facilité l'accès à un moyen de prévention basique.

Par ailleurs, ces activités ont été couplées aux activités de dépistage en stratégie avancées, constituant par ailleurs des occasions de distribution de préservatifs aux jeunes, dans une volonté de créer un premier lien avec les jeunes au-delà de leur facilité l'accès à un moyen de prévention basique. Ainsi, 3012 jeunes ont été dépistés au Niger. Le taux de séropositivité était de 0,3%



Approches de mise en œuvre et résultats du projet JADES



Solthis. Projet JADES. Indicateur de la file active en début et à la fin d'intervention.

	 Création d'un environnement habilitant à l'accès des adolescents et jeunes à des services adaptés et de qualité.
Avantage pour le patient	 Réduction des comportements à risque et les nouvelles infections parmi les adoles- cent-e-s.
	 Amélioration de l'accès des adolescent-e-s infecté-e-s par le VIH à une prise en charge adaptée et de qualité au Niger.
	Le projet permet aux AJ de connaître leur statut sérologique au VIH
	Contribution à l'atteinte du 1er 90 ;
Avantages pour le sys- tème sanitaire	 Augmentation des services adaptés en SSR des adolescents et jeunes
	 Renforcement du système communautaire.
Leçons apprises	 La réussite du projet est dû en grande partie à la collaboration étroite avec les autorités publiques nationales et les partenaires de la société civile en particulier les associations de jeunes.

4.3.10. DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS

Place des acteurs communautaires et de la société civile dans la lutte contre les trois maladies Forces :

- Expérience avérée des principales OSC en matière de continuité des soins lutte contre les IST/VIH/ Sida, le paludisme et la tuberculose : Les acteurs communautaires ont une capacité de mobilisation communautaire et d'adaptation au contexte d'intervention. Des ONG comme SongES et MVS démontrent une réelle connaissance des populations clés et des approches adaptées à l'offre de services à ces groupes avec une expérience en matière du dépistage démédicalisé. Au niveau organisationnel, il y a une flexibilité, réactivité et une bonne capacité de gestion pour les principales ONG (SongES, MVS, RENIP+, ONEN, Plan Niger, Ballal, Lafia Matassa, etc.)
- Une contribution communautaire de plus en plus démontrée dans les indicateurs de performances du VIH et dans les droits humains: La contribution communautaire au Niger est plus visible dans l'atteinte des 1er et 3e 90 (dépistage et éducation thérapeutique pour une rétention plus longue des PVVIH dans les soins et traitement avec l'implication des APS). Il est à noter la plus-value en matière de genre et Droits Humains avec les cliniques juridiques et les interventions de l'OCASS pour lever les obstacles à l'accès aux services de santé et à la couverture universelle des soins de santé de VIH, Tuberculose, Paludisme et SSR/PF au Niger.

Insuffisances : Le système communautaire présente les lacunes suivantes :

- Insuffisance de ressources pour la conduite du dépistage en stratégie avancée Si le dépistage mobile se fait en direction des HSHS et PS, cette stratégie est encore faiblement utilisée pour dépister tous les PS et les HSH en région et même pour dépister les cas de paludisme et de tuberculose.
- Faiblesse des capacités de suivi et de rapportage des données communautaires. Les rapports communautaires de la TB ne permettent pas d'avoir toutes les données sur le nombre de cas présumés référés et dépistés TB.
- Il y a encore des ruptures de réactifs pour les tests de confirmation VIH. Les rapports de l'OCASS, montrent que les dysfonctionnements peuvent saper les efforts pour augmenter le 1er 90 du VIH.
- Insuffisance de ressources humaines communautaire en nombre et en qualité. Beaucoup d'agents communautaires ont un faible niveau d'étude18
- Insuffisance de ressources financières

Rôles et contribution des acteurs communautaires et de la société civile

Forces:

Au niveau du VIH : Les APS et les ONG jouent un rôle de premier plan pour l'atteinte des trois 90 du VIH.

• 1er 90 : Les ONG (avec notamment, SongEs, MVS, RENIP+) augmentent les points d'entrée et services de dépistage et, partant augmentent le nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique.

- 2e 90 : Les APS font le conseil à la mise sous traitement et l'éducation thérapeutique aide à contribuer à réduire le nombre de patients perdu de vue et assurer la rétention surtout quand le APS est un PVVIH, car le patient voit ses pairs vivre positivement avec la maladie
- 3e 90: les ONG et les APS font les conseils donnés par les APS pour une meilleure permettent l'observance du TARV et la suppression de la charge virale. En cas de mauvais résultat de la charge virale, le APS peut intervenir pour comprendre et proposer des solutions au patient pour un meilleur résultat dans un futur proche.
- Au niveau du paludisme, les ASC et les relais communautaires ayant bénéficié de la formation font la chimio prophylaxie du paludisme simple (CPS), la prise en charge des cas de paludisme simple et font la référence précoce des cas graves.
- S'agissant de la Tuberculose, dans la communauté les ASC font la recherche des cas présumés et les orientent vers les CDT pour le diagnostic, puis font le suivi communautaire des cas de tuberculose.

Insuffisances : Les acteurs communautaires comme les ASC sont systématiquement utilisés dans la lutte contre le paludisme. Mais dans la lutte contre le VIH et la tuberculose, le plein potentiel de ces acteurs n'est pas utilisé.

- Au niveau du VIH: Le dépistage communautaire se fait avec trois principales ONG (SongEs, MVS et RENIP+). Mais cette activité est concentrée à Niamey dans la capitale avec quelques sorties à Dosso. Alors que l'analyse épidémiologique montre que Diffa est la deuxième région où la prévalence est élevée (0,7%, SSG 2015). De même ces stratégies sont dirigées plus vers les populations clés alors les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes ont une prévalence plus élevée que la moyenne nationale, confirmant la faiblesse du ciblage de ces dernières. En effet, les données de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes (Rapport surveillance sentinelle 2014) font état d'une séroprévalence de 0.6% pour le niveau national et confirment que Diffa (1.7%) constitue un réservoir important du VIH au Niger suivi de Tahoua (0.7%), Agadez (0.5%) et Dosso (0.5%).
- Au niveau de la TB: Faible utilisation du potentiel des acteurs communautaires: La stratégie
 communautaire actuelle est basée sur une approche passive du dépistage. En effet les activités
 communautaires se résument comme suit: organisation des activités de sensibilisation par
 les agents de santé communautaire au sein de la communauté (groupement des jeunes, des
 femmes, des scouts, etc.), orientation des cas présumés vers les structures de santé et visite à
 domicile des patients sous traitement antituberculeux. Le plein potentiel de ces acteurs n'est
 pas utilisé dans la tuberculose.

Opportunités pour l'élargissement, l'extension ou la décentralisation des interventions et pour la performance des interventions (ce qui existe, ce qui manque et aurait pu être utilisé

 Au niveau du paludisme et du système de santé: L'extension de la PECADOM se poursuit par le PNLT par le recrutement et la formation ou recyclage des relais. Cependant il faut étendre l'implication communautaire à d'autres acteurs comme les groupements de jeunes ou les leaders religieux (avec par exemple des projets « Écolier contre le paludisme » comme cela se fait en Guinée »)

• Au niveau du VIH:

PTME : Renforcer les médiatrices communautaires pour une meilleure performance des résultats de la PTME. Sur la période 2017-2018, seules quatre OSC étaient actives sur la PTME (MVS, SongEs, Animas Sutura, Humanité et inclusion). Au total les actions des OSC ont permis de mobiliser 20 médiatrices communautaires à Niamey et de dépister 151 femmes enceintes séropositives, ce qui représente 13% des femmes enceintes séropositives dépistées en 2018 .

Dépistage communautaire démédicalisé : Le dépistage communautaire se fait, en direction des populations clés (SongES et MVS) et des populations générales (RENIP+, MVS avec trois principalement par les ONG SongEs, MVS et RENIP+ principalement à Niamey avec des stratégies mobile dans les autres régions. Vu la dynamique du VIH, il faut renforcer le dépistage communautaire en stratégie avancée pour les PS et HSH dans les régions de Niamey, Maradi, Tahoua et Zinder19 et Diffa et en direction des femmes en âge de procréer et femmes enceintes.

Distribution communautaire des ARV : La stratégie des postes de distribution communautaire des ARV n'a pas été validée. Cependant dans la pratique les APS font la distribution des ARV au domicile de certains patients PVVIH stables qui le souhaite ainsi les Perdus de vue et les patients se trouvant dans l'impossibilité de se rendre à temps à leur RDV de renouvellement des ARV. On peut capitaliser sur cette initiative avec le RENIP+ qui a d'ailleurs commencé une expérience dans ce sens.

Au niveau de la tuberculose : 1592 ASC étaient impliquées dans la lutte contre la tuberculose sur la subvention du Fonds mondial. Leur rôle est de faire des sensibilisations sur la tuberculose et effectuer des visites à domicile (pour rechercher, orienter les cas présumés et faire le suivi des patients TB, rechercher les absents au traitement et rechercher et orienter les enfants-contacts familiaux de moins de 5 ans avec les adultes tuberculeux TPB+). Cette approche reste une stratégie passive de dépistage de la TB et ne peut suffire, à elle seule, à trouver les cas manquants. Ces ASC pourraient être utilisés plus efficacement pour faire le dépistage actif de la tuberculose en faisant, par exemple, la collecte du crachat dans la communauté et le convoyage par la suite dans des glacières (avec des motos ou des vélos) vers le CDT le plus proche. Des expériences de réussite de cette approche se font dans des pays voisins comme la Côte d'Ivoire. Une autre stratégie de les former à faire l'étalonnage des crachats sur des lames et de les transporter parla suite au CDT le plus proche. Le pays pourra analyser et choisir l'approche la plus adaptée à son contexte.

Renforcer les partenariats public-privée : Explorer le dépistage de la tuberculose dans les officines de pharmacies privées et dans le milieu des nomades en partenariat avec le programme de vaccination des bovins pour atteindre les bergers.

Intégrer la lutte contre la tuberculose dans le paquet des activités des associations qui travaillent dans la lutte contre le paludisme et le VIH/Sida ²⁸: Cela va contribuer à augmenter la couverture de la prise en charge communautaire de la TB et renforcera aussi la prise en charge de la co-infection TB/VIH.

4.3.11. RECOMMANDATIONS

Faiblesses/ Défis	Recommandations	Destinataires			
Financements des OSC					
	Augmenter l'enveloppe du financement domes- tique lié aux trois maladies	Gouvernement du Niger			
Faiblesse du financement domes- tique des OSC	Saisir les opportunités stratégiques de finance- ment en vue d'apporter les innovations néces- saires dans les interventions VIH, TB, Palu	Ministère de la santé			
Faiblesse des primes de motivation des RECO	Revoir à la hausse la motivation des relais communautaires	Ministère de la santé			
	Gouvernance - Coordination				
	Intégration des activités (palu VIH, TB) du niveau central et niveau périphérique				
Faible ou non intégration des activités VIH-TB et paludisme au niveau communautaire	Définir une approche commune d'intégration des ONG dans la mise en œuvre des 3 programmes	Plateforme des OSCMinistère de la santé			
Faible analyse des gaps dans la mise en œuvre des bonnes pratiques	Identifier les goulots d'étranglement d'implémentation des bonnes pratiques régionales au Niger	 Plateforme des OSC Ministère de la santé 			
Non fonctionnalité des plateformes régionales intégrées de coordina- tion de la santé	Redynamiser les plateformes intégrées des acteurs entre les trois maladies et l'élargir aux ONG et des représentants des patients (TB, Pop clés, PVVIH, handicapés)	 Ministère de la 			
	Plateforme des ONG				
Faible inclusion/participation des associations de patients dans les instances de gouvernance	Inclure les associations des patients dans toutes les instances (gouvernance, planification, mise en œuvre, suivi et évaluations)	Plateforme des ONG			
Faibles capacités des acteurs com- munautaires impliqués dans la TB et le paludisme	Renforcer les capacités des acteurs communautaires sur la TB et le palu	Plateforme des ONG			
Faiblesse des cadres de concerta- tion entre les programmes natio- naux, les PR et les OSC	Susciter au niveau des PR la mise en place des cadres de concertation des acteurs des 3 maladies	PRProgrammes nationaux			
VIH					
	 Intégrer les autres activités (TB et Palu et PF) auprès de leurs cibles 				
	 Renforcer les capacités des acteurs communau- taires sur la TB et le palu 	ONG VIH			
Faiblesse du dépistage différen- cié qui est limité à Niamey avec	 Ouvrir des CEDAV et augmenter les cadences de dépistage dans les régions à forte prévalence du VIH 	Ministère de la santéRENIP+			
quelques sorties en région et du dépistage des partenaires des cas index	 Impliquer les agents communautaires pour le dépistage des partenaires des cas index selon des approches adaptées à chaque contexte local 	 ONG membres du RE- NIPOC (SongEs, MVS, Espoir Niger, Balal, ANDJ,etc.) 			

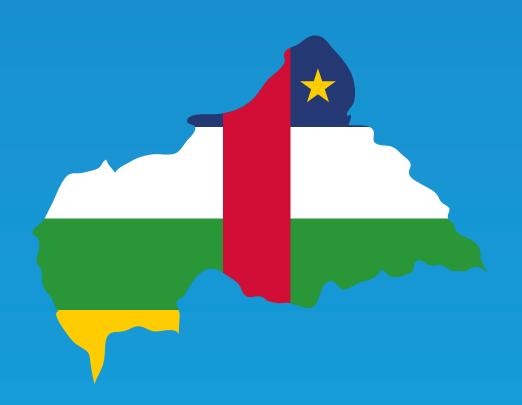
Faiblesse de l'implication communautaire dans la PTME/E-TME)	Renforcer la stratégie des médiatrices et des APS pour la sensibilisation des femmes en âges de procréer à une utilisation accrue des services de SSR, de CPN/PTME et pour le dépistage des femmes enceintes	Ministère de la santéRENIP+		
Faiblesse dans le ciblage et la fréquence des stratégies mobiles/avancées de dépistage communautaire en région et en direction des partenaires des patients index	Renforcer les fréquences de dépistage commu- nautaires en direction des PS et des HSH et des partenaires des patients index dans les régions de Niamey, Maradi, Tahoua et Zinder et Diffa	Réseau des ONGRENIP+SongESMVSEspoir Niger		
Distribution communautaire des ARV	Voir la faisabilité d'un poste de distribution communautaire des ARV aux patients stables, à Niamey et Diffa par le RENIP+	Ministère de la santéRENIP+		
	Tuberculose			
Faiblesse de l'implication commu- nautaires des ASC au dépistage et au suivi communautaire dans la tuberculose	 Impliquer les ASC dans le dépistage actif de la TB par le recueil des crachats, le convoyage vers les CDT et l'acheminement des résultats aux cas présumés; Renforcer les moyens et outils de travail des ASC 	PNLT		
Renforcer les partenariats public-privée Explorer le dépistage de la tuberculose dans officines de pharmacies privées et dans le m des nomades en partenariat avec le program de vaccination des bovins pour atteindre les bergers.		PNLT		
Faible implication des ONG qui travaillent dans le paludisme et le VIH dans les activités de lutte an- tituberculeuse pour la coïnfection VIH/TB	 Impliquer la lutte contre la Tuberculose dans le paquet des activités des ONG qui travaillent dans le paludisme et le VIH pour la coïnfection VIH/TB 	PNLT		
Paludisme				
Faiblesse de l'implication d'autres acteurs communautaires dans la lutte contre le paludisme.	Impliquer d'autres acteurs communautaires dans la lutte contre le paludisme comme le groupement de jeunes, les groupements féminins ou les leaders religieux (avec par exemple des projets « Écolier contre le paludisme » comme cela se fait en Gui- née »)	PNLPPR communautaires du FM		

BIBLIOGRAPHIE

- 1. CISLS. (2018). Plan Stratégique National 2018-2022 contre les IST/VIH/Sida, version du 19Juin 2018.
- 2. CISLS: Plan Stratégique National 2018-2020 contre les IST/VIH/Sida, version du 19 Juin 2018
- 3. PNLP. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2018-2023)
- OMS. Profile Pays de la tuberculose pour le Niger [en ligne] consulté, le 29 Février
 2020 sur https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=NE&LAN=FR&outtype=pdf
- 5. Kaboré, S., & Kampoer, B. Document sur la vision stratégique de la société civile sur le renforcement du système communautaire de riposte nationale au sida, la tuberculose et le paludisme (2018-2021) du 10 janvier 2018.
- 6. NDONGOSIEME, A., WEMBANYAMA, H., BROU, F., MAKPENON, A., Roggi, R., BAÏSSA, M., & HIMA OUMAROU, A. (2017). Rapport de la revue du programme de lutte contre la tuberculose du Niger 19 30 juin 2017.
- 7. PNLT. Rapport revue du Programme, Janvier 2017
- NDONGOSIEME, A., WEMBANYAMA, H., BROU, F., MAKPENON, A., Roggi, R., BAÏSSA, M., & HIMA OUMAROU, A. (2017).
 Rapport de la revue du programme de lutte contre la tuberculose du Niger 19 30 juin 2017.
- 9. Enda Santé. FEVE Niger, Capitalisation des interventions du projet FEV au Niger, Juillet 2015.
- 10. Enda Santé. FEVE Niger, Capitalisation des interventions du projet FEV au Niger, Juillet 2015.
- 11. SongEs, MVS, Espoir Niger. Rapport annuel FEVE, 2018
- 12. CISLS. (2018). Plan Stratégique National 2018-2022 contre les IST/VIH/Sida, version du 19Juin 2018.
- 13. CISLS. (2018). Plan Stratégique National 2018-2022 contre les IST/VIH/Sida, version du 19Juin 2018.
- 14. Rapport du Niger, Beijing +20, MP/PF/PE, Octobre 2014
- 15. CISLS, Rapport d'Activités : Composante « Suppression des obstacles juridiques à l'accès aux services » octobre 2015 Mars 2016 (T4-T5)
- 16. RENIP+: Rapport d'Activité 2019
- 17. Maguiraga, F., Saley, D., Diakité, M., & Igras, S. (2019). Étude des effets de l'intervention Écoles des Maris sur la dynamique du genre pour améliorer la Santé Sexuelle et Reproductive au Niger. Aout 2019. Washington, D.C.: Institut de la santé reproductive, Université de Georgetown pour l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID).
- 18. ICI Santé. Cartographie des OSC VIH du Niger : Évaluation de la contribution des OSC a l'accélération de la réponse au VIH 21 Mai 2019, page 35
- 19. CISLS : Plan Stratégique National 2018-2020 contre les IST/VIH/Sida, version du 19 Juin 2018
- 20. Plan de Développement Sanitaire (2017-2021) :
- 21. Document de la Stratégie Nationale de Participation communautaire en matière de santé (2016-2020) adopté par décret NO 2017-541/PRN/MSP du 30 Juin 2017
- 22. Directives nationales de mise en œuvre des interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé, MSP, Niamey, Niger, Mai 2016 :
- 23. Plan de passage à l'échelle pour l'accélération du Dépistage, le Traitement antirétroviral (TARV) et la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) au Niger
- 24. Plan Stratégique National de lutte contre la tuberculose (2015-2018),
- 25. Rapport de la revue du programme de lutte contre la tuberculose du Niger 19 30 juin
- 26. Stratégie nationale de prévention de la grossesse des adolescentes 2015-2020
- 27. Directives nationales de mise en œuvre des interventions intégrées à assise communautaire en matière de santé.



RCA





4.4. République Centre Africaine

4.4.1. Contexte du Pays

La République Centrafricaine a une superficie de 623 000 Km2 et fait frontière avec six pays à savoir le Tchad au nord, le Congo et le Congo Démocratique au sud, le Soudan et le Soudan du Sud à l'est et le Cameroun à l'ouest. Avec un taux de croissance de la population estimé à 2,5% l'an, la population de 2015 qui était de 4 953 015 habitants en 2015 serait aujourd'hui de 5 333 858 habitants en 2018 avec près de 50,8% de femmes.

La RCA est subdivisée en sept (07) régions et ces dernières en seize (16) préfectures : Bamingui-Bangoran, Basse-Kotto, Haute-Kotto, Haut-Mbomou, Kémo, Lobaye, Mambéré-Kadéi, Mbomou, Nana-Gribizi, Nana-Mambéré, Ombella Mpoko, Ouaka, Ouham, Ouham-Pendé, Sangha-Mbaéré et Vakaga. La ville de Bangui capitale du pays n'est classée dans aucune préfecture mais représente la 7ème région du pays et est divisée en 08 arrondissements. Les préfectures sont divisées en 72 sous \(\text{D}\) préfectures et deux (02) Postes de Contrôle Administratif. Ces dernières sont subdivisées en 175 communes urbaines et rurales qui comptent 8 294 villages et quartiers.

Elle a la particularité d'être intracontinentale et entourée par des pays connaissant tout autant qu'elle des troubles et des instabilités socio-politiques et communautaires. Le contexte humanitaire reste fragile et marqué par i) des crises et troubles sociopolitiques et militaires successives entrainant des déplacements internes et externes de populations, ii) une prolifération des groupes armés, ii) une paupérisation croissante causant une fragilisation économique de certaines catégories de population.

Le contexte national reste marqué par :

- Situation politique délétère: des institutions nationales (centrales et décentralisées) fragiles et minés par des maux tels que l'insécurité, la corruption et le dysfonctionnement des services publics. En dépit des efforts déployés par les autorités et les forces internationales, le contrôle de la circulation des armes demeure un défi majeur (source: Stratégie de Coopération de l'OMS avec la République Centrafricaine (2016-2017).
- Conflits armés et criminalité: En dépit des accords, une relative accalmie est observée mais il persiste des attaques sporadiques d'intensité et durée variable. Cette situation qui prévaut également dans certains quartiers de Bangui et à l'intérieur du pays occasionnent des violations graves des Droits Humains. A cela, s'ajoute une délinquance et de la criminalité à Bangui et dans plusieurs villes du pays, prenant pour cible également les travailleurs humanitaires et les Agences des Nations Unies.
- Absence/démantèlement des services de l'État (santé, éducation, eau, sécurité, justice) Les conflits et de l'insécurité persistants ou récurrents créent une absence ou faible/irrégularité de l'offre des services et des institutions de l'État dans la plupart des régions entravant de ce fait à l'accès des populations aux services de base et à l'instauration de l'état de droit.
- Impunité et faiblesse de système judiciaire: Conséquence de l'effondrement de l'appareil
 judiciaire (existant mais extrêmement précaire) sur l'ensemble du pays fait régner un sentiment
 général d'impunité. L'insuffisance de personnel formé, les pressions, la corruption, le manque
 de protection des auxiliaires de justice, la faiblesse des institutions est préjudiciable pour
 la protection des groupes vulnérables. Avec l'appui de la MINUSCA et de la Communauté
 Internationale, les services judiciaires sont progressivement déployés dans les principales villes
 de province du pays.
- Tensions intercommunautaires: Conséquence de la conjonction des facteurs ci-dessus, elles sont aggravées par la crise économique, l'aggravation de la pauvreté,, l'insécurité dans certaines villes du pays, la prolifération d'armes légères, la porosité des frontières, les incursions d'hommes armés qui pillent et brulent les villages, ainsi que l'inégal accès des différentes communautés

centrafricaines à l'éducation supérieure et aux sphères d'activités économiques lucratives comme le commerce et l'exploitation minière. La crise militaro-politique de 2013 a provoque le déplacement de centaines de milliers de personnes ou le maintien de certaines communautés minoritaires dans des situations d'enclavement.

• Crise économique et sociale : l'effondrement du tissu économique ces dernières années, le faible investissement, le ralentissement du commerce, la fermeture de plusieurs sociétés pourvoyeuses d'emploi, sont autant de facteurs ayant entraine la chute du revenu des ménages, l'augmentation de la pauvrete, le chômage massif des jeunes désœuvrés, facilement manipulables, qui constituent une proie facile de recrutement pour les groupes armés.

Dans un tel contexte humanitaire presque généralisé, les conséquences sont souvent multiples et certaines se potentialisent entre elles. Il s'agit entre autres :

- La vulnérabilité des populations surtout celles qui sont éloignées ou isolées, les jeunes filles et les jeunes femmes ;
- L'augmentation ou la persistance des violences basées sur le genre, les viols ;
- La stigmatisation/discrimination, la violation des Droits Humains et la limitation de l'accès aux services;
- La réduction des capacités financières de l'État à assurer le fonctionnement, le développement et la continuité des services sociaux de base (santé, éducation, sécurité, etc.)
- L'effritement des capacités communautaires à contribuer à la riposte au sida ;
- La réduction de la disponibilité des services qui va affecter la prévention, la prise en charge ;
- La baisse du niveau de connaissance sur le VIH du fait de l'absence de services et d'informations, ce qui augmente le risque individuel de contamination par le VIH.

4.4.2. Contexte sanitaire

4.4.2.1. Organisation du système de santé

Le secteur santé est un acteur clé de la riposte au sida, tant au niveau de la prévention (y compris la PTME) que de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Il existe 1.019 formations sanitaires soit un ratio d'une formation sanitaire pour 5.158 habitants, dont une partie a fait l'objet de dégradation/pillage ou présente des infrastructures vétustes et/ou sous équipées. La carte sanitaire présente des inégalités de couverture territoriale occasionnant des problèmes d'accessibilité géographique auquel s'ajoute l'inaccessibilité financière du fait de l'application de la politique de recouvrement de coût.

La santé communautaire est en plein développement avec les Agents de Santé Communautaire (ASC) estimés à 2.649 (1 ASC / 1.833 habitants) depuis 2015. Cette catégorie représente plus de 50% du personnel de santé. Le domaine des intrants et produits médicaux, malgré l'existence d'une politique fondée sur les MEG et l'UCM (Unité de Cession du Médicament), rencontre des difficultés d'ordre structurel, organisationnel et fonctionnel entrainant des ruptures fréquentes.

De plus en plus, il se pose également la problématique des circuits parallèles formels ou informels ainsi que la vente illicite de produits de santé non conformes.

La République Centrafricaine a élaboré et mise en œuvre plusieurs documents stratégique relatifs au secteur santé en vue de l'amélioration de la santé des populations à la base, notamment le Plan National de Développement Sanitaire de première génération de 1994-1998 (PNDS I) et le Plan Intérimaire de Santé 2000-2002 (PIS) et le (PNDS II) 2006-2015. Afin de trouver des réponses appropriées au dysfonctionnement profond du système de santé et faciliter la relance, un Plan de Transition a été initié par le Gouvernement, avec l'appui principaux partenaires techniques et financiers, pour la période de 2014 à 2016. Dans le cadre de l'opérationnalisation de la politique nationale de santé, plusieurs initiatives ont vu le jour comme le plan intégré de lutte contre les maladies non transmissibles est l'émanation des plans d'action de l'OMS 2008-2013 et 2013-2020 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS. Il

comporte 6 grands objectifs, lesquels s'ils sont mis en œuvre permettront de réduire à moins de 25% les décès précoces qui leurs sont liés.

Les 9 cibles retenues de la lutte sont les suivantes :

- i) Réduction relative de 25 % du risque de décès prématuré imputable aux maladies cardiovasculaires, cancer, diabète ou aux affections respiratoires chroniques ;
- ii) Au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient dans le cadre national;
- iii) Réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante ;
- iv) Réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel/sodium dans la population ;
- v) Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus ;
- vi) Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale;
- vii) Arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité;
- viii) Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficient d'un traitement et de conseils (y compris le contrôle glycémique) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux et ;
- ix)Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (y compris génériques) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements des secteurs publics et privés.
- 4.4.2.2. Contexte spécifique au VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme et la santé communautaire Les maladies prioritaires (VIH/Sida, Paludisme, Tuberculose) et la santé communautaire bénéficient chacune d'une attention particulière de la part du Ministère de la santé. Sur le plan institutionnel et programmatique, els dispositions prises sont les suivantes :

Tableau 20 : Contexte de la riposte contre les maladies prioritaires

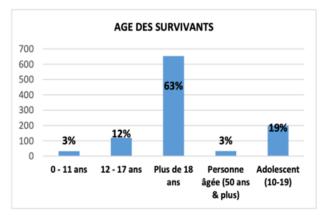
Domaines	Détails				
	Approche multisectorielle				
	☐ Mise en place du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) avec une Coordination Nationale				
Riposte au Sida	☐ Plan stratégique 2016-2020 et Plan d'Accélération de la Prévention du VIH 2019-2020				
	☐ Loi sur la promotion de la Santé de la Reproduction¹				
	☐ Loi 19 portant protection des personnes vivant avec le VIH²				
	Approche médicale et communautaire				
Lutte contre la tuber-	☐ Mise en place du Programme National de Lutte contre la Tuberculose				
culose	☐ Plan Stratégique Tuberculose 2017-2021				
	Stratégies d'interventions spécifiques (milieu carcéral, réfugiés/ PDI)				
Lutte contre le palu- disme ³	Zone endémique concernant le paludisme avec 3 faciès épidémiologiques : zone méso-endémique (Bangui, 17,2% de la population), zone hyper-endémique (régions 1, 2 et 3, 53,2%) et zone hyper-endémique (régions 4,5 et 6, 29,6% de la population)				
	Approche médicale et communautaire				
	☐ Mise en place du Programme National de Lutte contre le Paludisme				
	☐ Plan Stratégique Paludisme 2018-2022				
	☐ Approches selon l'OMS				
Santé communau- taire	☐ Plan Stratégique 2015-2018				
	Stratégies avec les agents de santé communautaire avec l'objectif d'atteindre 1 ASC pour 1643 habitants				
	☐ Politique Nationale de Santé Communautaire 2020-2030				

4.4.2.3. Insécurité, situation humanitaire, violences et droits humains

Théâtre de conflits récurrents d'intensité, d'étendue et de durée variable, la RCA fait face à une situation caractérisée par des violations des droits humains et un nombre significatif de réfugiés et de déplacés internes. En 2020, un total de 2 196 000 personnes seront dans le besoin d'assistance humanitaire en santé en République Centrafricaine dont 380 000 enfants de moins de cinq ans, 88 000 femmes enceintes et 66 769 femmes allaitantes réparties dans les 79 Sous-préfectures. Ces besoins sont plus marqués dans les Sous-préfectures de l'extrême est, du centre et du nord-ouest. En 2019, le nombre de personnes dans le besoin d'assistance sanitaire était de 2 089 000.

Le regain de confrontations armées a été observé dans plusieurs préfectures du pays en janvier, notamment dans la Vakaga, l'Ouham, la Basse-Kotto et la Haute-Kotto. Cela, combiné à une continuation de l'insécurité dans plusieurs villes et axes du pays, entraine de nouveaux déplacements de populations et une réduction des mouvements des acteurs humanitaires qui impacte la réponse humanitaire.

Siles civils demeurent les principales victimes des tensions et de la violence dans le pays, la République Centrafricaine est également l'un des plus dangereux contextes du monde pour les travailleurs humanitaires. 26 incidents touchant directement le personnel ou les biens humanitaires ont été enregistrés en janvier 2020, comparé à 32 incidents le même mois en 2019 et 32 en décembre 2019



Les actes de VBG ont été subis par les survivants de tout âge. Les statistiques donnent ainsi :

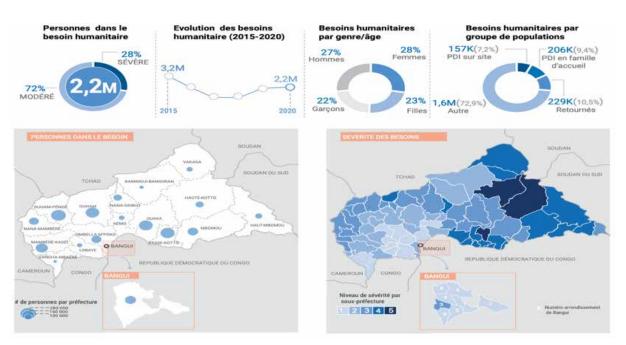
- ✓ Mineurs de 0-11 ans : 3%;
- ✓ Mineurs de 12 17 ans : 12% ;
- ✓ Adultes : 63% ;
- √ 50 ans et plus : 3%;
- ✓ Adolescent (10-19 ans) : 19%.

Les personnes âgées de plus de 18 ans ainsi que les adolescentes étaient majoritairement des survivantes au mois d'avril passé. On note également que le nombre des femmes et des filles a augmenté beaucoup par rapport aux statistiques de mars de l'année en cours.

GRAPHIQUE 9: PROFIL DES VICTIMES DE VBG EN RCA

Les derniers chiffres de la situation humanitaire donnent 687 191 personnes déplacées, 592 129 réfugiés centrafricains et 2,6 millions de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire et 1,7 millions qui ont des besoins aigus liés à leur survie physique et mentale.

Sur le plan santé, la sévérité des besoins se présente comme suit:



GRAPHIQUE 10: CARTOGRAPHIE DES BESOINS HUMANITAIRES EN RCA (DECEMBRE 2019)

4.4.3. La Revue documentaire

4.4.3.1. Les documents supports et sources de référence

Les documents consultés décrivaient notamment :

- Les apports des acteurs communautaires dans l'accès aux soins des populations clés/vulnérables dans les contextes d'intervention difficiles
- Les situations/problématiques relatives aux populations clés et la réponse en
- La valeur ajoutée et les opportunités des acteurs communautaires et de la société civile pour atteindre les communautés vulnérables dans les contextes d'intervention difficiles.
- Les bonnes pratiques des acteurs communautaires dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme et en santé de la reproduction

Il s'agissait sans s'y limiter :

- Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2016 2020 ; CNLS, Décembre 2015.
- Plan d'Accélération de la Prévention du VIH 2019-2020 en République Centrafricaine.
- Enquête « Index de stigmatisation et de discrimination des Personnes Vivant avec le VIH » en République Centrafricaine, 2015.
- Politique Nationale de Santé Communautaire 2020-2030.
- Rapport de Mission d'Évaluation des Capacités dans le cadre des Approches Différenciées des Services VIH dans les Formations Sanitaires et dans la Communauté autour des sites de prise en charge VIH de Boy Rabe, Ouango, Bédé Combattant, Bégoua et Bimbo (Bangui, le 30 janvier 2019).
- Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre, le Mariage d'Enfants et les Mutilations Génitales Féminines en République Centrafricaine 2019-2023.
- Rapport de l'Analyse des Capacités d'Organisation, de Communication, de Gestion de Réseautage et de Plaidoyer de la Société Civile Centrafricaine impliquée dans la lutte contre le VIH et le Sida – 2016.
- Plan de Renforcement des Capacités de la Société Civile dans le cadre de la lutte contre le VIH/ sida en RCA, 2017-2020.

- Cartographie des Organisations de la Société Civile intervenant dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida en RCA Décembre 2016.
- PSN Tuberculose en République Centrafricaine 2017-2021.
- Rapport Annuel du Programme National de Lutte contre la Tuberculose 2018.
- Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2018-2022-RCA.

4.4.3.2. Analyse de la revue documentaire

Politique nationale de santé: La situation se caractérise par des carences sur le plan de la disponibilité des documents de politique et juridique, avec l'insuffisance ou l'absence de documents législatifs importants: i) La Loi sur la Médecine Traditionnelle a été votée par l'Assemblée Nationale, promulguée par le Président de la République mais les textes subséquents décrets et arrêtés d'application n'existent pas encore; ii) la Loi sur la Pharmacie et les Médicaments a été élaborée et vient d'être votée par l'Assemblée Nationale, iii) le document de la Politique nationale de Santé communautaire 2020-2030 a été élaboré, validé mais non vulgarisé; iv) le document de la Politique Nationale de Santé a été élaboré mais doit être revisité afin d'inclure les nouveaux concepts avant la validation, v) le projet du Code de la Santé Publique de la République Centrafricaine nécessite une réactualisation en tenant compte de nouveaux concepts.

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire se fait par le biais entre autres de l'approche participative qui consiste pour la communauté à apporter une contribution sous forme de travaux manuels, de matériaux et de contribution financière directe à la construction des postes et cases de santé et des pharmacies villageoises dans les communes.

S'agissant de la coordination on note l'existence du Cadre de concertation stratégique du secteur de la santé (CCSS) est un organe consultatif technique et stratégique dont l'OMS est membre de plein droit. Il est placé sous la coordination du ministre de la Santé et de la Population et vise à faciliter les échanges entre les principaux acteurs du système de santé.

Au niveau opérationnel, les comités de coordination devront être ouverts à tous les intervenants locaux et informer en permanence le niveau central de leurs activités ciblés. Quant au Cluster santé, il assure la coordination des partenaires du secteur de la santé de façon formelle grâce à une réunion hebdomadaire du « cluster santé ». Le « cluster santé » réunit les autorités sanitaires centrafricaines et l'ensemble des intervenants (operateurs, ONG locales et internationales) et bailleurs de fonds du secteur de la santé (partenaires bi et multilatéraux, SNU) ; Il est présidé par l'OMS et coprésidé par Save the Children (STC) et le Ministère de la santé.

Dans la riposte au Sida, le Plan stratégique de riposte au sida 2016-2020 a été élaboré pour répondre aux défis de la situation nationale actuelle avec comme ferment la crise militaro-politique qu'a connue la RCA, et en s'alignant aux orientations internationales, le PSN 2016 – 2020 comporte quatre (04) axes d'actions, à savoir un (01) Axe consacré à la transmission sexuelle et sanguine, (ii) Axe stratégique 2 relatif à l'élimination de la transmission du VIH de la mère { l'enfant, (iii) Axe stratégique 3 sur la prise en charge globale et enfin un axe de soutien : (iv) Axe stratégique 4 qui traite de la gouvernance et du suivi-évaluation.

Les cibles de ce plan stratégique comportent non seulement les populations clés (HSH, PS, population carcérale), mais aussi des populations vulnérables comme les réfugiés, les Forces de Défense et de Sécurité, les personnes déplacées internes (PDI), les camionneurs/navigateurs, les jeunes et adolescents scolaires, les miniers/forestiers, les groupes armés non conventionnels, les adolescents et jeunes filles (scolarisés ou non) et les Minorités d'accès difficile.

Au niveau de la plupart des Ministères, des Cellules ou Comités de Lutte contre le Sida ont été créées pour mettre en œuvre le Plan d'Action Opérationnel du CNLS conformément aux orientations du PSN 2016 2020. Le Ministère du Travail a mis en place une Coordination Tripartite rassemblant le Gouvernement, les Syndicats et le Patronat, chargé de la coordination des efforts de lutte contre le Sida en milieu du travail tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Au niveau de chaque Préfecture, des Équipes Techniques Préfectorales ont été mises en place sous l'autorité du Préfet, Président du Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida (CPLS) et à Bangui, le Comité de Bangui de Lutte contre le Sida (CBLS) placé sous l'autorité du Maire de la Ville de Bangui. Les types d'interventions proposées pour les organisations de la société civile comprennent notamment des prestations de service qui touchent la prévention, le dépistage du VIH, la prise en charge et le soutien aux programmes de prévention et aux personnes vivant avec le VIH.

La lutte contre le paludisme est conduite par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) qui est un programme du Ministère de la santé publique. En République Centrafricaine (RCA), le paludisme est au premier rang des causes de morbidité et de mortalité. Selon les données du Système National d'Information Sanitaire, on constate que l'ampleur de cette maladie ne cesse d'augmenter.

En 2017, le paludisme est responsable de motifs de consultation de 63%, contre 40% en 2001. Le présent plan stratégique 2018-2022, qui s'aligne sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2020-2030, est un document de consolidation des acquis de la mise en œuvre et entend accorder la priorité pour les prochaines années.

Ses principaux objectifs visés sont les suivants : a) Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions de lutte anti vectorielle efficaces d'ici fin 2022, b) Assurer la couverture en chimio prévention à au moins 80% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans d'ici fin 2022, c) Assurer la prise en charge correcte d'au moins 80% des cas de paludisme selon les directives nationales d'ici fin 2022, d) Rendre disponible les médicaments antipaludiques et autres intrants de qualité dans au moins 95% des formations sanitaires (publiques, privées et confessionnelles) fonctionnelles et communautés ciblées d'ici fin 2022, y compris d'un stock de contingence pour des situations d'urgence complexe et des épidémies, e) Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme d'ici fin 2022,) Améliorer les performances du système de surveillance (épidémiologique, entomologique et efficacité des médicaments) du Paludisme y compris le système de Suivi évaluation (promptitude de 46% à au moins 80% et la complétude qui passerait de 66 % à 95%), la recherche Opérationnelle d'ici fin 2022 et g) Renforcer les capacités managériales institutionnelles et opérationnelles du programme pour la mise en œuvre de qualité des activités du PSN de 36 % à au moins 90 % d'ici fin 2022. Les structures communautaires sont sollicitées dans le cadre des interventions touchant la prévention du paludisme (IEC/CCC), la distribution des MILDA, la prise en charge communautaire du paludisme.

S'agissant de la lutte contre la tuberculose, le pays a souscrit aux différentes stratégies mondiales visant l'élimination de la tuberculose. Selon les estimations de l'OMS en 2015, tenant compte de la coïnfection TB/VIH, l'incidence de TB toutes formes confondues est de 391 cas pour 100.000 habitants et la mortalité est de 55 cas pour 100.000 habitants. Le taux de détection de la TB toutes formes confondues est selon les sources du PNLT de 55% en 2015. Le rapport global 2016 de l'OMS sur les données de 2015 estime le nombre des cas de TB-MR parmi les cas de TB pulmonaire notifiés en RCA à 140 (23-250). Le dépistage du VIH chez les malades tuberculeux en RCA peine à devenir une activité de routine. En 2016, 66% des patients tuberculeux ont été testés pour le VIH, parmi eux, 30% sont positif (2015 : 44% testés et 43 % positifs).

Le but du Plan stratégique 2017-2021 est de réduire le nombre de décès liés à la tuberculose de 35% à l'horizon de 2021 par rapport à 2015, à travers les objectifs suivants : i) atteindre le nombre notifié de cas de nouvel épisode de tuberculose en 2021 à au moins 14585 avec un taux de succès thérapeutique au moins à 90%, ii) augmenter à 90 le nombre de malades mis sous traitement pour une tuberculose multi- résistante ou résistante à la rifampicine et atteindre un taux de succès thérapeutique de plus de 90% en 2021, iii) renforcer la prise en charge des patients co-infectés tuberculose/VIH par le dépistage systématique de l'infection VIH chez 90% des malades tuberculeux notifiés, la mise sous traitement antirétroviral et le cotrimoxazole chez >95% des patients co-infectés tuberculose/VIH en 2021, et iv) accroitre les financements pour la lutte contre la TB et améliorer les capacités de gestion du PNLT.

4.4.4. Les interviews

4.4.4.1. Les informateurs clés des programmes et bénéficiaires rencontrées

Les interviews ont été menées auprès de 91 personnes ressources dont les caractéristiques sont les suivantes :

TABLEAU 20: REPARTITION (PAR SEXE, VILLE, TYPE DE STRUCTURE) DES INFORMATEURS CLES DES PROGRAMMES ET BENEFICIAIRES RENCONTREES

Catégories	Nombre	Pourcentage
Répartition par sexe		
Masculin	52	57%
Féminin	39	43%
Total	91	
Répartition par ville		
Bangui	60	66%
Mbaïki	15	16%
Boali	16	18%
Total	91	
Répartition par organisation		
OSC	59	65%
Réseau	11	12%
SNU	4	4%
Structure nationale	15	16%
ONG Internationale	2	2%
Total	91	

TABLEAU 21: LISTE DES FOCUS GROUPES REALISES

Liste des focus groupes	Lieu de réalisation
HSH dans la mesure du possible	Bangui, Mbaïki et Boali
Travailleuses de sexe	Bangui, Mbaïki et Boali
PVVIH	Bangui
PS	Bangui, Mbaïki et Boali

4.4.4.2. Synthèse des entretiens

• Cibles et zones d'intervention des organisations rencontrées

TABLEAU 22: CIBLES ET REGION D'IMPLICATION DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES

Liste des zones ou		,	/IH (pop cl	és)	Tubercu-	Palu-	Santé commu-
programmes	PS	HSH	Refugiés	Prisonniers	lose	disme	nautaire
Bangui	х	х		x	x	х	Х
OMBELLA M'POKO	х	х		х	x	х	х
OUHAM	х				х	х	X
OUHAM PENDE	Χ				X	х	x
OUAKA	Χ				x	х	x
KEMO	Χ				x	х	x
NANA MAMBERE	Χ	Χ			x	x	x
MAMBERE KADEÏ	Χ	Χ			x	х	x
LOBAYE	Χ	Χ			x	х	x
MBOMOU	Χ				x	х	x
BASSE KOTTO	Χ				x	х	x
HAUT MBOMOU	Х				x	х	x
MOBAYE	Х				x	х	x
NANA GRIBIZI	Χ				x	х	x

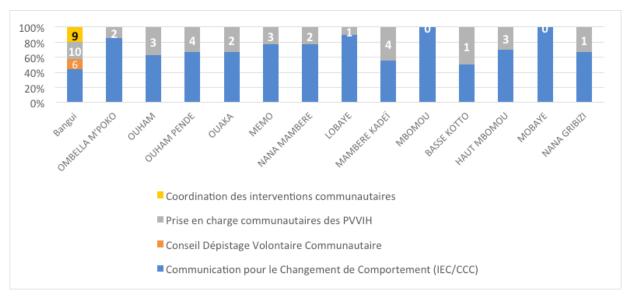
• Coordination et réseautage

Le paysage des OSC est marqué par l'existence de réseaux d'organisations ou d'associations d'importance et d'implantation variables. On retrouve entre autres :

- La Plateforme des Organisation de la Société civile de Lutte Contre les IST/VIH et le SIDA
- Plateforme Centrafricaine des Organisations de lutte contre le Sida (PCOS)
- Réseau Centrafricain d'Éthique et de droit sur le VIH (RCED)
- RECAPEV (Le Réseau Centrafricain des Personnes Vivant avec le VIH)
- PACE (Plateforme Afrique Centrale et de l'Est (PACE) de Coalition PLUS
- CRCA (Croix rouge Centrafricaine)
- JUPEDEC (Jeunesse Unie Pour l'Environnement et le Développement Communautaire)
- ASSOMESCA (Association des œuvres médicales des églises pour la santé en Centrafrique)
- ACAMS (Association Centrafricaine pour le Marketing Social)

L'existence de Plateformes et de réseaux est une opportunité pour permettre à la société civile de mieux se structurer et mobiliser davantage de financement. Ces réseaux et plateformes connaissent à des degrés variables des difficultés de fonctionnement pouvant s'expliquer par la concurrence avec les associations membres, la faiblesse des ressources mobilisées, les faibles capacités en matière d'appui aux organisations membres et en mobilisation des ressources financières, leur faible structuration à travers le pays et la faible coordination de leurs interventions.

• Domaines d'intervention des OSC



GRAPHIQUE 11: DOMAINE D'INTERVENTION DES OSC SELON LA ZONE D'INTERVENTION

Bailleurs de fonds et principaux financiers des OSC

En RCA, certaines OSC bénéficient d'appui des partenaires techniques et financiers pour mener des activités en direction des communautés, principalement des séances de sensibilisations (sensibilisation de masse et sensibilisation de proximité), des causeries (éducatives, thématiques et séances de convivialité) à l'endroit des populations clés et les recherches de perdus de vue des PVVIH.

En milieu jeune (milieu estudiantin) ces activités se définissent par les séances de sensibilisation et les vidéo forums pour adresser un message en faveur de changement de comportement et pour une mobilisation au dépistage volontaire. La situation des partenaires et leurs domaines d'appui est ainsi que suit :

TABLEAU 23: CARTOGRAPHIE DES PTF DE LA SANTE EN RCA

Nom du partenaire	Type de partenaire	Principaux domaines d'intervention	
France	Bilatéral	Infrastructures de soins, Prestations de soins	
Union Européenne	Multilatéral	Prestations de soins, Renforcement du système de santé	
Banque mondiale	Multilatéral	Renforcement du système de santé	
BAD	Multilatéral Renforcement du système de santé		
GAVI/RSS	Multilatéral	Renforcement du système de santé	
GAVI/vaccination	Multilatéral	Vaccination	
GFATM	Multilatéral	VIH/sida, tuberculose et paludisme	
PNUD	Multilatéral	Planification stratégique, renforcement du système de santé	
UNICEF	Multilatéral	Survie de l'enfant	
FNUAP	Multilatéral	Santé génésique, Genre VIH/sida	
OMS/TDR	Multilatéral	Tuberculose	
Réseau MSF	ONG internationale	Prestations de soins	
Ami d'Afrique	ONG internationale	VIH/sida	
CICR	ONG internationale	Prestations de soins	
CRF	ONG internationale	Prestations de soins	
Save the Children	ONG internationale	Prestations de soins	
AMI	ONG internationale	Prestations de soins	
FAIRMED	ONG internationale	Lèpre-Soins de santé primaire	
СВМ	ONG internationale	Maladies cécitantes	
PSI	ONG internationale	VIH/sida, PF, MII	
Mentor Initiative	ONG internationale	Paludisme	
ACABEF	ONG nationale	PF	

4.4.5. Place de la réponse communautaire et de la société civile dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans la politique de santé

Les OSC dans la réponse au VIH

La plupart des OSC sont concentrées dans la capitale Bangui et interviennent dans le domaine de prévention du VIH à travers la sensibilisation, le dépistage familial et communautaire, dans le domaine des soins à travers la recherche des perdus devue, les visites à domicile et l'accompagnement psychosocial des patients au niveau communautaire. Cependant concernant le dépistage 13 CDV ont été fermés en fin juin 2019 à cause de l'arrêt de financement du Fonds mondial. Aussi il a été relevé que les visions et les domaines d'interventions de la plupart des OSC changent souvent avec la disponibilité de financement.

Bien que les OSC occupent une place importante au sein du CNLS et du MSP, les acquis de leurs interventions sont difficiles à capitaliser à cause d'un système de suivi et évaluation peu fonctionnel. En effet, très peu de données des OSC arrivent au niveau central pour être compilées, de même les rapports d'activités qui arrivent sont souvent inexploitables. En 2016 pour contribuer à améliorer cette situation une cartographie des OSC a été réalisée, une plate-forme centrafricaine des OSC intervenant dans le VIH a été mise en place et un plan de renforcement de leurs capacités a été élaboré mais faute de financement et d'appropriation cette plateforme n'a pas été mis en œuvre. Toutefois, la contribution des OSC rencontrées aux résultats des 90 90 90 se présente comme suit :

Premier 90 : Conseil et Dépistage

C'est le domaine privilégié de la plupart des OSC qui interviennent souvent dans la sensibilisation, le conseil, le dépistage familial et communautaire. Mais les données sont incomplètes et peu exploitables selon les groupes cibles et les zones d'interventions.

La cible identifiée dans le cadre de ce plan d'urgence (18 mois) est de 20 792 personnes infectées par le VIH dont 1 860 enfants : La contribution des OSC est de 324/20792 personnes infectées soit 1, 5 % dont 52/1860 enfants. En conclusion la contribution des OSC dans le premier 90 est très faible à cause des données incomplètes dans les 6 villes visées par le plan de rattrapage et peu exploitables selon les groupes cibles et les zones d'interventions.

Deuxième 90 : Traitement antirétroviral

L'objectif de ce plan de rattrapage est de mettre 29 536 patients sous TARV en 18 mois dont 21 744 dépistés positifs en attente de traitement. Dans ce domaine la plupart des OSC rencontrées mènent surtout des activités d'accompagnement psychosocial des patients VIH+, de recherche des perdus de vue, d'observatoire communautaire pour l'accès au traitement, de veille communautaire pour les ruptures des ARV en collaboration avec les formations sanitaires et les sites de dispensations des ARV. Mais en termes de rapports fiables sur ces activités qui encouragent le maintien des patients sous traitement ARV et l'observance au traitement, il est difficile d'avoir des données pour mesurer la contribution des OSC dans ce deuxième 90.

Prévention de la transmission mère - enfant du VIH : ce sont les groupes de soutien PTPE qui interviennent dans ce domaine mais sont peu fonctionnels dans les districts sanitaires sauf dans la capitale Bangui et sont rattachés aux formations sanitaires de référence. La cible dans ce plan d'urgence est de 1500 femmes enceintes séropositives à mettre sous TARV pour la PTPE en 18 mois. La contribution des OSC reste faible pour des raisons citées ci-dessus. Le tableau 7 montre quelques résultats dans ce domaine.

Pour mieux réaliser ce deuxième objectif en principe une convention de collaboration ou une contractualisation devrait être signée entre les deux parties pour rendre formelle ces activités. Mais cette convention n'est pas souvent effective. Toutefois, le seul centre de prestations qui fait la prise en charge des patients par les ARV est le centre de santé St Michel dans la ville de Bouar qui ne fait pas partie des 6 villes de plan de rattrapage. En 2018 le centre a pris en charge 899 Patients sous ARV dont 232 hommes et 667 femmes.

Troisième 90 : Charge virale

L'objectif des 18 prochains mois est de réaliser au moins 32 490 charges virales soit 90% des patients sous TARV. Comme pour le traitement par les ARV parmi les OSC enquêtées seul le centre de santé de St Michel à Bouar offre cet examen biologique pour ses patients. A ce niveau aucune donnée n'a été collectée.

Contribution des OSC dans la lutte contre le Paludisme

Elle demeure faible et l'appropriation cette lutte par la communauté reste un des défis à relever. Dans le plan quinquennal en cours il prévu qu'elle jouera un rôle important dans la mise en œuvre et sera impliquée dans toute la chaîne de planification opérationnelle, de mise en œuvre et de suivi. En outre avec l'évolution globale, la RCA a opté pour une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PEC-ci) en 2015 pour faire efficacement face à la comorbidité si fréquente chez les enfants souffrant de fièvre. Les Organisations à Assises Communautaires (OAC) sont présentes dans toutes les régions sanitaires et certaines sont appuyées par les partenaires. La redynamisation des comités de SSP et le renforcement des capacités des OAC seront déterminants pour leur appropriation et la mise en œuvre des activités communautaires

Contribution des OSC dans la lutte contre la tuberculose

Le Plan Stratégique National (PSN) de la TB 2018-2022, a mis un accent particulier sur la collaboration avec les organisations communautaires. Un expert chargé des activités communautaires et le TDO a été recruté en 2012. Il existe des modules de formation en IEC/CCC des acteurs communautaires ainsi que le guide d'interventions communautaires, mais ces documents sont caducs (2013).

En RCA, le système communautaire est constitué globalement de volontaires communautaires, encadrés par des Associations, les ONG et des structures confessionnelles. Ils participent à la recherche des perdus de vue, l'orientation des patients, la sensibilisation de la population, le suivi et le TDO Communautaire.

La société civile centrafricaine en matière de lutte contre la tuberculose est organisée au sein du Réseau National de Association de lutte contre la TB et la coïnfection TB/VIH (RNALT) anciennement appelé réseau national des anciens tuberculeux (RNAT). Le RNALT est membre de droit au sein du CCM. Cependant, le RNALT est confronté à de multiples difficultés d'ordre financier, le manque de formation, l'insuffisance en personnel et un problème de coordination des activités. Aussi, il est limité à Bangui, et n'a pas de représentant régional formel.

En 2012, le PNLT avait opté pour le renforcement du TDO communautaire. Avec l'appui du Fonds mondial le PNLT avait recruté 740 volontaires pour couvrir tout le pays. Les tâches étaient réparties entre l'ASSOMESCA, la CRCA, l'ONG Amis d'Afrique et le RNALT : TDO communautaire, sensibilisation, animation de la journée thématique TB.

Le travail de ces volontaires communautaires devrait être rémunéré par une motivation mensuelle de 9000 FCFA, mais ce mécanisme, n'a pas produit un effet mesurable car les volontaires ayant

travaillé pendant une période de trois mois n'ont pas perçu leur frais de motivation du fait de sa suspension temporaire par le FM. A ce jour, le FM s'engage à régulariser les arriérés de ces volontaires pour permettre au PNLT de relancer les activités communautaires.

Quatre principaux intervenants de la société civile appuient le PNLT dans la mise en œuvre des activités communautaires dans le cadre du Round 9. Il s'agit de :

- **ASSOMESCA**: ONG faîtière, SB pour le renforcement du système communautaire pour les régions 1, 2 et 4.
- **CRCA**: ONG faîtière, SB pour le renforcement du système communautaire pour les régions 3, 5 et 6.
- Amis d'Afrique : ONG faîtière, SB pour le renforcement du système communautaire pour la ville de Bangui.
- **RNALT :** TDO communautaire, sensibilisation, animation de la journée mondiale de la lutte contre la TB (JMT).

Des associations de volontaires communautaires surtout à Bangui appuient la lutte contre la tuberculose par la recherche des patients perdus de vue, la sensibilisation sur la maladie, le traitement directement observé (TDO) et l'orientation des cas suspects vers les CDT. Les volontaires sont désignés par les communautés à travers les associations. Le RNALT mène aussi des activités de sensibilisation, de référence des cas et d'organisation du ravitaillement en antituberculeux dans l'enclave musulmane du PK5 lors des troubles successifs qu'a connu cette partie de la ville de Bangui. Par ailleurs les OSC ne sont pas constituées en observatoire de soins incluant la TB. Les données ne sont pas capitalisées et disponibles

4.4.6. Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société civile dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes

En RCA, les associations et organisations de la société civile participent à diverses instances de planification stratégique et opérationnelle. Le tableau ci-dessous résume les instances ou processus dans lesquels participent les organisations communautaires et de la société civile.

TABLEAU 24: SYNTHESE DE LA PARTICIPATION DES ORGANISATIONS COMMUNAU-TAIRES DANS LES PROCESSUS NATIONAUX

Domaines	Détails	
	Participation aux bureaux et instances de coordination de la lutte contre le Sida, y compris à des groupes thématiques spécifiques (PTME, suivi évaluation, etc.)	
Instances de coordination	Participation aux organes de l'Instance de coordination (ICN) pour l'accès aux ressources du Fonds mondial	
	Participation aux réunions et implications aux interventions du CNLS	
Dracessus de planification	Participation à la revue des programmes	
Processus de planification stratégique	Participation au processus de planification stratégique et opérationnelle (VIH, Paludisme, Tuberculose, Santé communautaire)	
	Participation à la demande des financements du Fonds mondial	
Mobilisation des res- sources	 Mobilisation des ressources au niveau domestique et auprès de leurs partenaires extérieurs 	
Mise en œuvre des pro- grammes	Participation aux activités de supervision	
	☐ Mise en œuvre des activités (suivant les domaines de compétences)	

• La place des OSC au sein de la CN/CNLS

Au niveau du CNLS la contribution des OSC est planifiée dans les 4 axes du Plan Stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida (PSN) 2016-2020, afin d'améliorer les indicateurs de la lutte contre le VIH. Au sein de l'organigramme du CNLS, il y a un conseil chargé des OSC pour la coordination des activités de la société civile.

Cependant, on note une faible contribution de la société civile dans la réponse au VIH et un manque de confiance entre les OSC et le CNLS pour mener les activités et obtenir les résultats escomptés. De plus, la complétude des rapports d'activités des OSC n'est pas effective et ces rapports sont peu exploitables.

Il a été noté que la collaboration entre le CNLS et la société civile est très timide. Cela s'explique par le fait que le CNLS a un passif avec le Fonds mondial qui pèse encore négativement sur son fonctionnement et ses relations avec les OSC. La méfiance est accentuée par la non tenue des réunions des partenaires (forum des partenaires) permettant le partage d'informations. Du coté des OSC il se pose un problème de viabilité et de fiabilité des données et de coordination de leurs activités sur le terrain. Le CNLS n'est pas souvent impliqué dans leurs activités pour un encadrement et suivi rapproché de leurs interventions.

En réponse à ces problèmes le CNLS a mis en place une plate Centrafricaine de la société civile dénommée PCOS avec un bureau au sein du CNLS et est en train de faire un plaidoyer pour le financement de leur plan de renforcement des capacités. Il est question de renforcer le cadre institutionnel des OSC. Au niveau décentralisé, la société civile n'est pas solide dans la lutte contre le VIH, il y a un besoin de rétablir les ETP (Équipe technique préfectorale) et mettre à leur disposition des moyens pour l'encadrement et le suivi des activités des OSC dans chaque district sanitaire.

• La place des OSC au sein du Ministère de la Santé et de la Population (MSP)

Au sein du Ministère de la Santé, il y a une Coordonnatrice chargée de l'action communautaire qui travaille avec les médiateurs communautaires dans les FOSA. Le MSP est actuellement sous bénéficiaire de la subvention du FM pour la prise en charge médicale des PVVIH. Le MSP travaille avec un pool de 66 médiateurs communautaires qui sont motivés mensuellement (75 000 FCFA) sur la base des rapports de leurs activités autour de chaque formation sanitaire (FOSA).

Mais il demeure des goulots d'étranglements concernant la couverture en ARV par exemple pour une cible de 42000 PVVIH sous traitement, la disponibilité des ARV est assurée seulement pour 38000 patients. Par ailleurs, la prise en charge pédiatrique est encore centralisée au niveau du Complexe Pédiatrique de Bangui.

Le MSP n'associe que très peu la société civile dans ses actions mais reconnaît que les OSC interviennent dans le domaine de sensibilisation, de dépistage, de recherche de perdus de vues, d'éducation thérapeutique des patients PVVIH, des visites à domicile. A titre d'exemple, le RECAPEV ne collabore avec le MSP qu'en cas de rupture des intrants. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que les domaines de prise en charge médicale qui sont dévolue au MSP impliquent plus le personnel médical formé que les relais communautaires. Ces derniers interviennent plus dans la mobilisation de la communauté, l'orientation des patients et la sensibilisation de la population.

• La place des OSC au sein des partenaires techniques et financiers

Les OSC bénéficiaires de l'appui des partenaires techniques et financiers mènent des activités à assise communautaire axées sur les séances de sensibilisations (sensibilisation de masse et sensibilisation de proximité), les causeries (éducatives, thématiques et séances de convivialité) à l'endroit des populations clés et les recherches de perdus de vue des PVVIH. En milieu jeune (milieu estudiantin) ces activités se définissent par les séances de sensibilisation et les vidéo forums pour adresser un message en faveur de changement de comportement et pour une mobilisation au dépistage volontaire.

Cependant d'une manière générale il y a une faible contribution des OSC faute de ressources humaines et financières et de cadre institutionnel solide. Beaucoup d'OSC n'existent que de noms et sont peu opérationnelles et n'ont pas de siège. Il y a une crise de confiance face aux défis liés à la stratégie de financement basé sur les résultats. Par exemple le RECAPEV qui est sous bénéficiaire du FM ne dispose pas encore de manuels de procédure, pas d'assistant Administratif pour la gestion administrative et financière du réseau. Ce qui limite sa collaboration avec des partenaires techniques et financiers.

C'est pourquoi il est important de les appuyer pour une meilleure gestion des plans d'actions et une contribution effective à la réponse au VIH. Pour contourner ce problème de faible capacité managériale des OSC la Croix rouge française qui est le Principal Récipiendaire de Fonds mondial pour la composante VIH/TB collabore avec CORDAID une ONG internationale comme sous bénéficiaire qui à son tour sous traite avec ANJFAS qui dispose des capacités managériales. Cette OSC apporte son soutien à d'autres OSC pour la mise en œuvre des activités sur le terrain. C'est le cas d'ANJFAS qui appuie RENAFIL et CISJEU qui appuie ALTERNATIVE Centrafrique.

4.4.7. Problématiques de l'accès aux services par les populations clés et vulnérables

Dans les zones peu couvertes par les interventions des ASC (zones reculées et/ou d'insécurité) l'accès aux soins de santé des populations clés (PS, HSH) et vulnérables reste très limités. Notamment en ce qui concerne les prestations de services en lien avec le dépistage et la prise en charge du VIH/SIDA, les services de santé sexuelle/reproductive, la prise en charge des IST et les violences basées sur le genre. A côté de cela, l'approvisionnement en ARV, la prévention et la prise en charge (recherche des perdus de vue, appui nutritionnel, visite à domicile) connaissent également des insuffisances. Dans certains cas, il revient que les activités en faveur des populations clés se mènent en cachette eu égard à la discrimination/stigmatisation qui est observée dans la population et au sein du personnel de santé

L'inaccessibilité des populations clés et vulnérables aux services et soins de santé s'explique entre autres par :

- Le manque de moyen financier et l'insécurité,
- L'insuffisance de formations sanitaires de proximité, y le personnel soignant qualifié et le plateau technique
- Les difficultés d'approvisionnement en produits de santé (tensions, ruptures de stock)
- La stigmatisation/ discrimination et l'auto-stigmatisation, y compris les problèmes liés à l'accueil des patients
- La non-adaptation des services pour cette catégorie de population et pour le contexte d'insécurité et/ou d'inaccessibilité de certaines localités.

4.4.8. Problématiques de l'accès aux services par les réfugiés et déplacés internes

Eu égard à la situation socio sécuritaire, la RCA connait un nombre notable de réfugiés et de personnes déplacées internes. Les personnes rencontrées estimées que les villes concernées sont entre autres : Markounda, Paoua, Bambari, Kaga-Bandoro, Koui, Ngaoundaye, Bocaranga, Bria, Mobaye, Obo, Dékoa, Birao, Ndélé, Bangassou, Alindao, Kouango, iPPY, Gamboula. L'implication des OSC dans l'amélioration et l'accès aux de santé des réfugiés et des déplacés interne est faible, alors que subsiste de réelles opportunités à leur niveau

TABLEAU 25: OPPORTUNITES D'IMPLICATION DES OSC DANS L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE POUR LES REFUGIES ET DEPLACES INTERNES

Atouts et spécificités de la société ci-	Atouts des OSC insuffi-	Potentiel des OSC à exploiter
vil ^e 1	samment exploités	pour atteindre les réfugiés
L'existence de leurs ramifications à l'intérieur du pays (les services sont disponibles avec des ressources humaines qui sont des bénévoles) Meilleure connaissance de la zone (utilisation des RH locales ; États des lieux vérifiés) Existence de moyens financiers (même si cela reste encore insuffisant) Proximité de la communauté et engagement formel. Symbiose avec les communautés locales Interventions polyvalentes Existence des réseaux et de leçons apprises des expériences pilotes Rôle d'observateur dans les FOSA	Maitrise des approches dif- férenciées Disponibilité des RH béné- voles Disponibilité des Pairs édu- cateurs bénévoles. Existence des PS ou HSH qui travaillent déjà comme des bénévoles Capacité de plaidoyer et d'atteindre les populations difficiles d'accès ou dans les zones de crise	Existence de ressources humaines (animateurs, volontaires) inexploités et qui sont à moindre coût Possibilité de négocier des couloirs humanitaires Polyvalence de l'offre des OSC Maillage du pays par les OSC Flexibilité et mobilisation rapide des OSC Accès des OSC aux leaders d'opinion et aux populations

4.4.9. Bonnes pratiques ou approches innovantes des acteurs communautaires

Meilleures pratiques en santé communautaire et VIH

Nom de la structure	Ministère de la Santé et de la Population (Service de Lutte contre le VIH et les Hépatites)
Nom de l'approche	Soutien Psycho-social
Domaine de prestation de services	VIH

Contexte et justification de l'approche

- Activités centralisées au niveau des FOSA; Constat d'un taux élevé des perdus de vue (6 patients sur 10); Problème d'observance; Manque de soutien nutritionnel; Problème d'accueil; Beaucoup de rendez-vous manqué.
- Nécessité d'assurer l'implication de la communauté dans le continuum des soins à domicile;
- Nécessité d'appliquer les directives de délégation des tâches au niveau communautaire ;
- Optimisation de l'observance pour les patients.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

- Application de la politique de délégation des tâches au niveau communautaire;
- Recrutement de 66 Conseillers Psycho-Sociaux (CPS) avec l'appui du Fonds mondial;
- Formation de ces CPS;
- Dotation en outils de travail, matériels, etc...
- Interaction entre le personnel de santé et la communauté.

- interaction entre le personnet de sante et la communaute.		
Résultats		
Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]	
 Constat d'un taux élevé des perdus de vue ; Problème d'observance ; Manque de soutien nutritionnel ; Pro- blème d'accueil ; Beaucoup de rendez-vous manqué. 	 Réduction du nombre des rendez-vous manqués; Amélioration de l'observance au traitement; Fidélisation des patients à la FOSA; Rupture d'ARV moins fréquente chez le patient; Réduction de la mortalité liée au VIH d'environ 35% de 2016 à 2018. 	
Avantages pour les cibles et bé- néficiaires	L'intervention a permis d'améliorer l'éducation thérapeutique des patients et l'observance, ce qui a un impact sur la qualité de vie et la survie des patients	
Avantages pour le système de santé	L'intervention permet d'améliorer la rétention des patients et l'efficacité de la prise en charge	
Leçons apprises	 Bonne application de la politique des délégations des tâches; Nécessité de mobiliser un financement conséquent (66 CPS assurés par le Fonds mondial sur 250 prévus) Nécessité d'augmenter et voir e même de doubler le nombre à 500 dans la prochaine subvention pour plus de résultats. 	

Source: PNLS (MSP) 2019.

Nom de la structure	Ministère de la Santé et de la Population (Service de Lutte contre le VIH et les Hépatites
Nom de l'approche	Dépistage Familial démédicalisé
Domaine de prestation de services	VIH

Le dépistage familial démédicalisé à travers des patients VIH experts en dépistage. Il s'agit d'un dépistage familial communautaire appuyé par l'UNICEF, le CNLS, le MSP.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

- Application de la politique de délégation des tâches au niveau communautaire et plus précisément au niveau familial;
- L'approche est basée sur le cas index impliquant les patients PVVIH qui sont former sur la technique de dépistage pour dépister les enfants de la famille.
- Dotation en outils de travail, matériels, etc...
- Interaction entre le personnel de santé et la communauté.

Résultats	
	Après la mise en œuvre de l'approche
Avant la mise en œuvre de l'approche	[Plus-value]
 Constat d'un diagnostic tardif des enfants suspects de VIH; Taux élevé de la malnutrition cachant un tableau VIH; Peur de la stigmatisa- 	 Résultats : 8.281 enfants sont dépistés et les cas positifs sont orientés vers les UPEC pour la confirmation par UNIGOLD.
tion et discrimination des parents.	
Avantages pour les cibles et bénéficiaires	Une meilleure détection à temps des enfants vivant avec le VIH pour leur mise sous traitement afin d'améliorer leur survie et qualité de vie
Avantages pour le sys- tème de santé	Renforcement de l'efficacité du dépistage, augmentation de la file active des enfants sous ARV et réduction de la mortalité liée au VIH
	 La principale difficulté est que les Unités de PEC (UPEC) des patients ne sont souvent fonctionnelles;
Leçons apprises	 Bonne application de la politique des délégations des tâches au niveau communautaire;
	 Nécessité de mobiliser un financement conséquent dans la prochaine sub- vention pour plus de résultats satisfaisants.

Nom de la structure	CLUB E BATA GUIGUI
Nom de l'approche	Accompagnement Psycho-Social et Santé Mentale/Parrainage des Adolescents plus petits par les plus grands dans les Unités de PEC (UPEC) et au niveau communautaire
Domaine de prestation de services	VIH

En RCA, les adolescents de 10-19 ans représentent 51% de l'ensemble des enfants infectés par le VIH de moins de 20 ans. En 2017, sur 66 Unités de Prise en Charge du VIH qui offraient la prise en charge du VIH chez l'enfant/adolescents, seuls 6 centres (9%) avaient mis en place un mécanisme de préparation et d'annonce de la séropositivité aux enfants et adolescents.

Par ailleurs, il n'existait aucun mécanisme d'accompagnement psychologique au niveau communautaire et d'annonce pour les enfants/adolescents avec le statut VIH+ dans un pays où la stigmatisation vis-à-vis des PVVIH est importante (45,6% selon l'enquête Stigma Index, ONUSIDA, 2015).

Seul, le Programme National de Lutte contre le VIH avec un appui de l'UNICEF a initié des activités en faveur des enfants et adolescents du **Club E Bata Guigui** dont l'appui au niveau de la santé mentale. Aussi, sur l'ensemble des UPEC offrant la prise en charge psychologique à Bangui et Bimbo, 8 ont été retenus en vue de la délivrance de ce service de manière progressive en commençant par celles ou les rendez-vous harmonisés sont plus ou moins mis en place.

Le but de ces interventions est d'emmener les enfants à prendre régulièrement leurs médicaments, les aider à accepter leur sérologie VIH, leur redonner confiance par des moyens thérapeutiques appropriés, ceci de façon inclusives et participatives. Ces moyens thérapeutiques permettront aux enfants et adolescents en détresse de développer leurs capacités de recouvrement et/ou d'accompagnement de fin de vie adéquat, le cas échéant et donc participer de façon positive au rétablissement de la cohésion sociale et l'implication des jeunes dans le développement sain et harmonieux de la République Centrafricaine.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

C'est dans ce contexte que le Programme National de Lutte contre le VIH avec l'appui de l'UNICEF a développé des activités en faveur de cette population en vue de :

- L'identification active des enfants et adolescents VIH dans les à travers le dépistage familial, la cohorte des PVVIH des UPEC ;
- La formation des enfants et adolescents connaissant leur statut sur le VIH/IST/Santé de la reproduction :
- Le renforcement du leadership des adolescents à travers la formation des délégués des clubs des Arrondissements de Bangui, Bimbo et Begoua et la formation de pairs éducateurs pour l'animation des jours de Rendez-vous des enfants/adolescents dans les UPEC ;
- L'organisation des adolescents en club à Bangui et en province avec une coordination nationale au niveau de Bangui ;
- L'organisation d'activités communautaires pour renforcer la cohésion sociale et vivre positivement avec le VIH.

Résultats

	Après la mise en œuvre de l'approche
Avant la mise en œuvre de l'approd	he [Plus-value]
 Méconnaissance de leur stat rologique VIH positif depuis l'sance; Pas d'annonce de ce statut fai personnel de santé; Pas d'annonce faite par le rents à l'enfant qui grandit et conscience de son état de sar une prise quotidienne de ments sans explication; Beaucoup de rendez-vous mai Faible prise en charge par les psi enfants orphelins; Conséquences: Refus de continuer de prenemédicaments; Problèmes d'observance; Etat dépressif; Refus de manger et parfois graim pour demander des en 	 Au total, 46 adolescents pairs éducateurs ont été formés sur les compétences de vie courante. Ces adolescents ont facilité la formation de 802 pré-adolescents et adolescents de 9-24 ans vivant avec le VIH. Aussi, les pairs éducateurs ont-ils animé les séances de groupes de parole et les espace ami-enfants lors des RDV harmonisés dans leur UPEC. Plus de 500 adolescents qui ont adhéré au club ont été répartis dans 19 antennes dans 14 districts sanitaires du pays. Leur âge variait entre 10 à 24 ans. Les filles représentaient 59%, les adolescents scolarisés 41% et les orphelins 31%. Les antennes du club ont organisé mensuellement des réunions autour des différentes thématiques telles que l'observance au traitement, la prévention des IST etc. Un repas communautaire et un arbre de Noël pour les enfants de moins de 5 ans ont été organisés dans chaque antenne en 2018. Le club a organisé deux rencontres de plaidoyer, la première avec l'appui de Mr Michel Sidibé sur l'accès aux ARV et les mesures de protection sociale pour les enfants VIH+; la seconde avec la fondation de la Première de Dame de Centrafrique dans le cadre de la campagne 'Naitre Libre pour Briller'. Ève de Enfin, les membres du club ont bénéficié de diverses assistances (juri-
tions sur son état de santé. Avantages pour les cibles et les bénéficiaires Avantages pour le système de santé	 Pour les enfants et les adolescents, cette intervention a permis : L'acceptation de leurs statuts sérologiques en prenant leurs médicaments, en ayant toujours la volonté de rencontrer les autres pour des échanges, en socialisant plus avec les autres et, sont plus épanouis. De réduire les effets de la stigmatisation et de les maintenir dans le continuum des soins. De renforcer l'observance aux traitements. De surmonter la stigmatisation et l'auto-stigmatisation. Cette intervention a permis de : Renforcer les stratégies de prise en charge différenciée du VIH dans les FOSA et au niveau communautaire ; Améliorer l'observance des traitements, tout en réduisant les ruptures/abandons de traitement ; Amélioration des rendez-vous harmonisés dans les FOSA. Renforcer les liens entre les FOSA et le niveau communautaire.

Nom de la structure	ANJFAS
Nom de l'approche	Dépistage communautaire démédicalisé
Domaine de prestation de services	VIH

Les PS éprouvent beaucoup de difficultés pour se rendre dans les FOSA pour se faire dépister. Elles prennent souvent le jour pour se reposer et la nuit pour leurs activités à la recherche de l'argent pour survivre. Prévalence du VIH en 2014 élevée avec 9,1%; Faible accès aux moyens de protection (préservatifs et lubrifiants); Nécessité de mettre en œuvre les Approches Différenciées des Services VIH pour les populations clés en particulier les PS.

La mise en place d'une unité de dépistage communautaire (UDC), démédicalisée au sein de l'ANJFAS pour le dépistage des populations clés et vulnérables ciblées a été soutenue par les partenaires.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Développement de la stratégie avec l'appui des partenaires; Mobilisation des ressources financières, matérielles (tests de dépistage) et logistiques (moyens roulants); Programmation de l'activité avec l'appui technique de RENAFIL; Réalisation des tests en dehors des FOSA avec du personnel formé aux heures de pointe et dans les points chauds identifiés.

Résultats	
Après la mise en œuvre de l'approche	
[Plus-value]	
 En 2018: Nombre de dépistage communautaire (ANJFAS) envers les conducteurs de taxi-moto, les PS, les HSH, les consommateurs de drogues, les hommes en tenue et aussi la population générale: 359 personnes dépistées dont 170 femmes (47%) et 189 hommes (53%). Parmi les 359 personnes dépistées, on note 07 cas positifs (1,94%) et 02 cas invalides. Parmi les 07 cas positifs, on note 02 hommes (29%) et 05 femmes (71%). Dépistage communautaire avec agents communautaires PVVIH à BANGUI en 2018 (UNICEF): 7947 enfants adolescents dépistés dont 182 positifs (2,29%). Activités de sensibilisation et formation sur le VIH/IST en milieu scolaire et au sein des mouvements religieux scolaires à Bangui et en province Séance de sensibilisation des Leaders communautaires, F.E. sur les MILDE, le TPI, etc En 2019 les résultats concernant les populations cibles sont les suivants: 77 hommes en tenue, 42 HSH, 331 PS, 12 consommateurs de drogues, 266 chauffeurs de taxi et 767 populations générales. Beaucoup de PS accèdent au test de dépistage et connaissaient leur statut sérologique; Plus de honte pour parler du VIH; Meilleure acceptation des préservatifs; Forte capacité de négocier le préservatif avec son partenaire malgré l'argent. 	
Cette intervention a permis aux populations d'avoir accès à un dépistage dans des conditions conviviales qui restent l'anonymat et non stigmatisant	
L'intervention a permis d'offrir une alternative de dépistage aux populations clés en complément de l'offre dans le système de santé.	
 La principale difficulté est liée à la disponibilité des intrants. Il faut mobiliser les ressources nécessaires pour pérenniser l'activité. Nécessité d'intensifier les Approches Différenciées des Services VIH. Prise de conscience pour se protéger contre le VIH. 	

Nom de la structure	MSF Hollande
Nom de l'approche	Groupes Communautaires d'ARV (CAG en anglais)
Domaine de prestation de	VIH
services	

L'expérience des Groupes Communautaires pour le traitement par les ARV(CAG), développé par MSF à Zémio et à Boguila remonte à 2016. Ce sont les patients PVVIH qui ont commencé à mettre en place de « groupes communautaires d'ARV » appelés CAG et une pharmacie de dispensation rapide d'ARV appelée Pharmacy Fast Track (PFT). En 2017, on comptait 77 CAG pour les patients de Zémio déplacés vers la RDC, Boki, Bambouti, Obo. Les patients réfugiés en RDC et ceux qui sont déplacés éprouvaient beaucoup de difficultés pour s'approvisionner en ARV à cause de l'insécurité et du paiement des frais de barrières érigées par les groupes armés dans la zone. Il y a aussi un problème de grande distance à parcourir. Le nombre de personnel de santé qualifié pour offrir les soins est insuffisant et constat d'une surcharge de travail ayant pour conséquence une mauvaise qualité des soins offerts aux patients.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

- Les patients qui se connaissent, se regroupent au nombre de 10 à 15 personnes.
- Ils mobilisent un moyen de transport pour une personne qui vient chercher leurs médicaments au point d'approvisionnement et repartent leur distribuer.
- Dotation en stock d'ARV de 3 à 6 mois pour les patients stables.
- Surveillance de la charge virale est une composante essentielle des programmes CAG et PFT pour évaluer l'adhésion/adhérence des patients au traitement ainsi que le résultat général du traitement du programme.
- Implication du vol UNHASS dans le transport des ARV sur le terrain et le retour à Bangui des échantillons de sang pour la réalisation de la charge virale.

Résultats		
Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]	
 Difficulté d'accès géographique et financier aux services de santé; Insécurité grandissante; Beaucoup de rendez-vous manqués; 	 Résultats sur la période 2011-2017 : ✓ Effectif total de la cohorte en 2017 : 1.647 patients. ✓ Nombre total sous ARV = 1.647 patients. ✓ Nombre de patients actifs retenus = 1.169 patients. 	
 Nombre de patients à prendre en charge de plus en plus élevé; Rupture en ARV chez le 	 ✓ Décès cumulés = 118 personnes. ✓ Perdus de vue cumulés = 315 personnes. Réduction de la fréquence de rendez-vous par an (2fois ou 4fois/an); 	
 Existence de stigmatisation et auto-stigmatisation; Constat d'une mortalité élevée au sein de la communauté. 	 Bonne observance en ARV; Soutien mutuel des PVVIH; Réduction de la stigmatisation/discrimination; Constat d'une réduction de décès liée au VIH dans la communauté. 	

Avantages pour les cibles et • Les groupes communautaires de TAR (CAG) facilitent l'accès aux traiteles bénéficiaires ments ARV pour les patients en réduisant les frais de transport à la clinique ainsi que le temps investi lors de visites fréquentes à la clinique et de l'attente durant les consultations. Les CAG encouragent un soutien par les pairs au niveau communautaire, permettant de pouvoir participer à ses propres soins et favorisant ainsi un tissu social des patients et diminuant la stigmatisation. • Les CAG créent un meilleur engagement communautaire dans les soins VIH en permettant aux patients d'avoir un rôle critique dans la dispensation des ARV au sein de leurs communautés. • En plus, les groupes de patients peuvent former un mécanisme de responsabilité destiné au système de santé pour réclamer des services adéquats et de qualité. En RCA spécifiquement, les CAG peuvent améliorer l'accès au TAR, et particulièrement durant les périodes de conflit et d'instabilité, en assurant un approvisionnement adéquat d'ARV (6 mois) aux patients qui fait également office de stock de contingence pour éviter une éventuelle interruption de traitement. • Durant le conflit, le réseau des responsables CAG et le personnel de la clinique VIH peuvent assurer la continuité de TAR aux membres du groupe. • Les CAG donnent un espoir de vie aux PVVIH, particulièrement à ceux qui ont perdu leurs proches. Avantages pour le système de Durant le conflit à Zémio en 2017, une grande partie du Ministère de santé quelques membres de l'équipe dans le centre de santé. Les responsables CAG ont collaboré avec ces quelques personnes restant à la

- la Santé et de la Population (MSP) a fui la zone en laissant seulement clinique et au sein du camp de déplacement afin de faciliter la collecte des médicaments pour les patients.
- Les CAG permettent de réduire la charge de travail du système de san**té et du personnel soignant** qui sont surchargés en diminuant le nombre de patients se rendant individuellement aux cliniques, tout en permettant d'obtenir de bons résultats pour les patients et le programme.
- Le modèle CAG pourrait permettre d'améliorer l'autogestion du patient et lui permettre d'être moins dépendant du système de santé.
- Le modèle CAG aide à décentraliser le VIH et les soins de santé au niveau communautaire

Leçons apprises	 Cette stratégie est adaptée au contexte de conflit et a permis la décentralisation de la dispensation des ARV et la diminution de la discrimination au sein de la communauté et permet de supprimer la Charge Virale. Bonne implication de la communauté. Interventions avec coût/efficacité acceptable. Les CAG améliorent l'engagement communautaire en sensibilisant sur le VIH et en améliorant la visibilité des PVVIH au sein de la communauté, ce qui permet de réduire la stigmatisation et d'augmenter le soutien de toute la communauté. À travers des rencontres régulières dans la communauté, les CAG encouragent le soutien par les pairs au niveau communautaire, comme l'adhérence, le soutien au malade, la facilitation des transports, etc. Les gros défis restent: i) le problème de transport des médicaments, des échantillons par les vols UNHASS; ii) ll n'y a pas de chaîne de froid et en cas d'annulation de vols UNHAS les échantillons sont détruits; iii) l'insécurité et les frais de paiement des barrières sur les axes; iv) Pas de soutien nutritionnel, les CDV fermés et le personnel n'est pas pris en charge. Les avantages pour les CAG, il existe un guide sur l'expérience qui montre les étapes à suivre pour l'extension par exemple à Bossangoa et Bambari et dans d'autres villes du pays.

MEILLEURES PRATIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Nom de la structure	Réseau National de Lutte contre la Tuberculose (RNALT)
Nom de l'approche	Recherche Active des perdus de vue dans l'enclave du PK5
Domaine de prestation de services	Tuberculose

Contexte et justification de l'approche

Depuis la crise survenue dans le pays en 2013, les tuberculeux ont arrêté involontairement leur traitement par faute d'approvisionnement des sites d'enclaves du PK5 et aussi par défaut d'approvisionnement au niveau des FOSA à cause de l'insécurité et le déplacement du personnel de santé. Certains patients en coïnfections VIH/TB également n'arrivent pas en rentrer en possession de leurs médicaments. Cela a donné un constat élevé du nombre de décès lié à la tuberculose.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

- Sensibilisation, identification et localisation des patients dans le site;
- Recensement par site des anciens tuberculeux sous traitement et des patients en coinfection VIH/TB;
- Estimation des besoins ;
- Développement des stratégies spécifiques sur terrain au niveau de la Croix-Rouge Centrafricaine pour ravitailler le site en médicaments;
- Approvisionnement en médicaments et distribution aux patients sur sites ;
- Collecte des données et rapportage au niveau de la FOSA;
- Partage des données avec le Centre de Santé de Mamadou Mbaïki qui est le point de ravitaillement ;
- Envoi des rapports au PNLT ;
- Recherche des perdus de vue ;
- Visite à domicile ;
- Accompagnement psycho-social;
- Référencement des cas de TB-MR (03 cas).

	Résultats
Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]

 Détresse totale chez les patients tuberculeux et coïnfectés VIH/TB; Absence totale de ravitaillement en antituberculeux et ARV; Constat d'un nombre élevé de décès lié à la tuberculose et au VIH dans les camps des déplacés. 	 Nombre des perdus de vue retrouvés pendant la mise en œuvre du plan de contingence dans l'enclave du PK5 en 2016, est de 106, 39 déclarés positifs en 1er trimestre, 47 en 2ème trimestre et 10 patients coïnfectés, sans compter le mois de juin avec 18 nouveaux cas, (Rapport d'activité du RNALT dans l'enclave de PK5 pendant la mise en œuvre du plan de contingence du 2016, lors de la crise qu'a connue cette partie de la ville de Bangui). Soulagement des patients en détresse; Espoir de continuer de vivre malgré l'insécurité; Réduction du nombre de contamination à cause de la promiscuité dans les sites des déplacés; Réduction également du nombre de décès lié à la tuberculose et au VIH.
Avantages pour les cibles et les bénéficiaires	 L'intervention a permis aux patients dans les sites des Personnes Déplacés Internes (PDI) de poursuivre leur traitement dans les situations difficiles et stigmatisant à cause du regroupement. Contribution à la réduction du risque de contamination des personnes environnantes à cause de la promiscuité.
Avantages pour le système de santé	 L'intervention a permis d'assurer la continuité des traitements et de la prise en charge de la coïnfection TB/VIH malgré l'insécurité et l'inaccessibilité de certaines zones du pays. Offre des services de santé en temps de crise sécuritaire. Mise en œuvre du Plan de Contingence en période de crise.
Leçons apprises	 Nécessité d'impliquer les humanitaires dans le dispositif de ravitaillement; Nécessité d'établir un contact avec la FOSA de base pour un ravitaillement régulier avec obligation d'un rapportage régulier; Nécessité de mobiliser les RECO qui vivent sur les lieux de jouer pleinement ce rôle et rendre compte. Nécessité de mobiliser les ressources financières pour la survie des RECO en temps de crise et de détresse. Nécessité d'assurer les besoins nutritionnels pour une bonne observance des traitements en temps de crise. Il faut renforcer les liens entre le volet TB avec le volet VIH pour une meilleure prise en charge de la coïnfection TB/VIH.

MEILLEURES PRATIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Nom de la structure	SPALCA
Nom de l'approche	Sensibilisation sur l'utilisation des MILDE
Domaine de prestation de services	Paludisme

Contexte et justification de l'approche

Pendant la crise, la population n'avait pas le temps d'assurer les méthodes de prévention contre le paludisme car préoccupée par l'insécurité et les détonations d'armes. L'environnement était insalubre et les moustiques pullulaient dans l'environnement dans le 5^{ème} et le 7^{ème} Arrondissement de Bangui. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes étaient exposés aux piqures des moustiques. Pour question de survie, parfois les populations cibles vendent à vil prix les MILDE pour subsister.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

- Séance de sensibilisation dans les sites des déplacés pour une utilisation efficace des MILDE distribués par les partenaires.
- Programmation des activités de désherbage dans les sites et aux alentours.
- Suivi des ACT distribués dans les sites en période de crise.

Résultats						
Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]					
 Augmentation du nombre de cas de paludisme simple et grave. Nuisances perceptibles dues aux piqures des moustiques dans les sites des déplacés. Environnements insalubres. 	 des moustiques ; Observation d'une diminution du nombre des cas de paludisme déclarés et notifiés. 					
Avantages pour les cibles et les bénéficiaires	Cette intervention a permis aux populations de mieux comprendre l'importance d'utilisation des MILDE et de les engager dans la mise en œuvre des mesures de réduction de la transmission du paludisme.					
Avantages pour le système de santé	L'intervention a contribué à renforcer les mesures globales de lutte contre le paludisme, notamment l'acceptabilité/utilisation des MILDE mais aussi l'engagement communautaire dans la lutte contre le paludisme.					
Leçons apprises	 Nécessité de disposer des RECO dans les sites des déplacés. Collaboration étroite avec les humanitaires pour un ravitaillement régulier en ACT et MILDE. Mobiliser des ressources financières, matérielles et techniques pour la mise à échelle des interventions. 					

4.4.10. Discussion sur les résultats

4.4.10.1. Sur la place des acteurs communautaires et de la société civile

- Les OSC ont une place et une importance reconnues et affirmées dans la lutte contre les maladies: En République Centrafricaine, les organisations de la société civile et les organisations communautaires ont une place de choix dans la politique nationale de santé. Au niveau des documents normatifs de la riposte contre les maladies prioritaires (santé communautaire, VIH, Tuberculose et Paludisme), le rôle et la place des acteurs communautaires sont bien définies à travers les interventions qu'elles doivent mener et des instances dans lesquelles elles participent (CNLS, Cluster santé, etc)
- Le positionnement des OSC est assez clair et évident, mais peut être davantage amélioré: Sur la base de la place accordée et des dispositions, les organisations communautaires sont engagées dans les ripostes contre les maladies. La cartographie montre une constellation d'organisations d'importance et de domaines d'interventions divers. L'analyse par rapport aux cibles montre une faible couverture pour certaines populations clés comme les réfugies, les prisonniers et les HSH. Malgré le contexte sécuritaire, le positionnement des organisations communautaires, notamment les organisations nationales peuvent être davantage amélioré à condition qu'elles bénéficient de soutien technique et financier. Pour le moment, l'urgence humanitaire va intervenir d'autres acteurs non étatiques et non gouvernementaux dans l'offre de service en faveur des populations. Dans ce contexte, le positionnement des organisations rencontrer des obstacles et les compétions vers les financements seront à leur détriment compte tenu de leur capacité en plaidoyer et mobilisation de ressources.

4.4.10.2. Sur les rôles et contribution des acteurs communautaires et de la société civile

- Le rôle des OSC est assez reconnu, mais insuffisamment documenté: La revue documentaire a montré que les organisations communautaires ont essayé de jouer le rôle qui leur était dévolu dans les instances et dans les programmes de riposte contre les maladies prioritaires. Au niveau des instances, on note globalement que ce rôle a été jusqu'ici timide. Cela semble être dû en partie à la réputation des organisations communautaires, les opportunités souvent remises en cause et à leur capacité à assurer une représentativité et une participation efficace. D'un autre côté, les OSC rencontrent des difficultés à assurer une information et une participation des partenaires et programmes nationaux à leurs interventions ou instances.
- Les contributions des OSC sont réelles, mais restent globalement peu visibles et peu valorisées : reconnu, encouragé et soutenu diversement, les OSC peinent à documenter et valoriser le niveau réel de leurs contributions à la riposte aux maladies. Cela en l'absence d'un système d'information communautaire robuste, d'acteurs ayant les capacités, d'outils adaptés et d'instances propres à la société civile pour discuter et valoriser les résultats produits. La contribution des OSC apparaît du fait de l'insuffisance de ressources humaines et financières et d'un cadre institutionnel solide (existence non formelle, absence de siège, faible fonctionnalité des organes de gouvernance, mobilisation épisodique de financement, déficit de confiance entrainant affectant la crédibilité).

4.4.11. Opportunités pour l'élargissement /extension / décentralisation des interventions et pour la performance des interventions

Au cours des entretiens et de la revue documentaire, il est apparu que les OSC mènent une grande diversité d'activités en direction des communautés et des populations/clés et vulnérables y compris les réfugiés et les PDI. Parmi les interventions mises en œuvre et qui ont produit des résultats on retrouve entre autres :

- Approches différenciées des services VIH focalisés sur les besoins des patients émanant d'euxmêmes et la PEC-ci
- Implication de toutes les couches sociales dans la lutte ; Attribuer aux leaders des rôles spécifiques ; Lois à vulgariser sur les populations clés.
- Mise en œuvre de l'approche ENGAGE-TB pour renforcer la contribution de la communauté dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et la co-infection VIH/TB
- Autonomisation économique des femmes ; Renforcement de la connaissance ; Amélioration du pouvoir d'achats ; Offre des services adaptés à leurs besoins en appliquant les approches différenciées des services ; Faire des études.
- Délégation des tâches à la communauté; Prévention; Sensibilisation; Dépistage communautaire et Dispensation des ARV pour le VIH; DOTS pour la tuberculose.
- Approche de dépistage par la communauté; Formation des pairs éducateurs (PE) pour les Jeunes et les Adolescents; Réaliser le parrainage des plus grands vers les plus petits.
- Clinique mobile et Groupe Communautaire d'ARV (en anglais CAG = Community ARV Group).
 Dans les CAG, les PVVIH ont accès aux soins sans complexes et dans les zones d'insécurité ou dans les zones de sécurité instable.
- PECci à environ 40%.
- Dépistage communautaire ; Dépistage familial à partir du cas index ou des PS
- Prise de Décret sur la gratuite ciblée concernant les femmes enceintes, femmes allaitantes, VBG et enfants de moins de 05 ans.
- Approches communautaires basées sur la radio communautaire ; les organisations des femmes ; les religieux ; la jeunesse.
- Activités de parrainage dans les ménages ; Sensibilisation dans les écoles, dans les églises : levée de la peur
- Clinique mobile à l'exemple de ACABEF; Moyens roulants pour les déplacements à causes des distances.

4.4.12. Recommandations

TABLEAU 26: SYNTHESE DES DEFIS ET DES RECOMMANDATIONS POUR UNE MEILLEURE IMPLICATION DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES DANS L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DES POPULATIONS CLES ET VULNERABLES

Domaine de RSC	Défis /insuffisance	Recommandations		
Politique, planifica- tion et participation	Les abus ou les restrictions dans les organes où siègent la société civile limite l'impact	Systématiser le rôle des acteurs communautaires dans les instances décisionnelles		
	La qualité de la participation et la capacité des acteurs de la société ne leur permet d'influer efficacement sur les décisions	Former les acteurs de la société civile au leadership et à la l'influence des politiques et programmes de santé		
Mobilisation des ressources	La mobilisation des ressources est irrégu- lière et les montants mobilisés en interne restent faibles	Développer une stratégie et un plan de mobilisation des res- sources (internationales et domestiques) en faveur des OSC en appui à la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre les maladies prioritaires et la santé communautaire		
	Le fonctionnement des OSC fait partie des domaines sous financées	Mutualiser les ressources des OSC afin de réduire les coûts de fonctionnement et les coûts d'opération		
Prestations de ser- vices	Les prestations des OSC ne sont systé- matisées et codifiées ainsi que les coûts opérationnels, ce qui ne facilite pas leur implication	Élaborer un référentiel d'intervention des OSC dans la santé incluant les catégories et es référentiels de coûts standards		
	Faible implication des OSC dans la santé communautaire	Élaborer une stratégie de soutien des OSC à la santé communautaire, notamment les interventions en milieu urbain		
Droits humains et genre, Stigmatisa-	Les données sur le stigma/ discrimination sont obsolètes	Actualiser l'étude sur l'index de stigma		
tion/ discrimination	Les documents des OSC ne prennent pas suffisamment en compte le genre et les droits humains	Renforcer les capacités des OSC en genre et droits humains (planification/ budgétisation genre sensible, interventions genre et droits humains sensible)		
Couverture des réfugiés, populations clés et vulnérables	La distribution spatiale, la densité des OSC et leur fonctionnalité/ capacité de gestion ne sont pas corrélées au besoin de la lutte contre les maladies prioritaires et	Élaborer une cartographie d'accessibilité des services communautaires et des prestations des OSC pour les réfugiés, populations clés/ vulnérables afin de mieux orienter les interventions des OSC		
l'atteinte des cibles comme les réfugiés, populations clés		Élaborer un plan de renforcement du système commu- nautaire basé sur les besoins et les objectifs des maladies prioritaires		
Suivi évaluation	Les apports et contributions et résultats des OSC ne sont pas tous captés, l'infor-	Développer un système d'information communautaire annexé au DHIS2		
	mation stratégique n'est pas produite et utilisée pour l'influence des politiques, la planification et les orientations opération-	Élaborer un rapport de capitalisation annuelle des résultats des OSC dans la lutte contre les maladies		
	nelles	Renforcer les capacités des acteurs et structures communau- taires sur le suivi évaluation et la production de l'information stratégique		
		Mettre en place un dispositif communautaire de suivi de la disponibilité et de la qualité des services		
Gouvernance	Il existe des réseaux d'OSC mais à faible fonctionnalité	Renforcer les capacités des leaders des réseaux et OSC en leadership et gestion des organisations		
	Certaines structures rencontrent des crises de gouvernance et de gestion (financière) menaçant parfois leur existence	Développer des outils et manuels de gouvernance et gestion simplifié pour les OSC (gestion administrative, gestion financière, gestion des membres, etc)		

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2016 2020 ; CNLS, Décembre 2015.
- Plan de Rattrapage d'urgence pour accélérer l'accès au traitement ARV en République Centrafricaine 2017-2019
- 3. Plan d'Accélération de la Prévention du VIH 2019-2020 en République Centrafricaine.
- 4. Plan de Travail Conjoint sur le VIH des Agences du Système des Nations Unies 2018-2019.
- 5. Plan de Travail des subventions VIH du Fonds mondial (Subvention Croix-Rouge Française).
- 6. Plan Opérationnel National pour l'Accélération de la Prise en Charge du VIH chez l'Enfant et l'Adolescent en RCA 2017 2020.
- 7. Enquête « Index de stigmatisation et de discrimination des Personnes Vivant avec le VIH » en République Centrafricaine, 2015.
- 8. Étude séro-comportementale PS 2014.
- 9. Caractéristiques sociodémographiques et pratiques sexuelles à risque chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à Bangui, République Centrafricaine Octobre 2013.
- 10. MICS4-RCA 2010.
- 11. Loi n° 06.005 du 20 juin 2006, Bangayssi relative à la santé de reproduction.
- 12. Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et de Nutrition en RCA, 2017.
- 13. Politique Nationale de Santé Communautaire 2020-2030.
- 14. Rapport de Mission de Création des Centres de Dépistage et de Dispensation des ARV dans le cadre des Approches Différenciées des Services VIH pour la Lutte contre le VIH/Sida en République Centrafricaine -Bangui, du 10 au 18 Juillet 2018.
- 15. Rapport de Mission d'Évaluation des Capacités dans le cadre des Approches Différenciées des Services VIH dans les Formations Sanitaires et dans la Communauté autour des sites de prise en charge VIH de Boy Rabe, Ouango, Bédé Combattant, Bégoua et Bimbo (Bangui, le 30 janvier 2019).
- 16. Tableau Financement Fonds mondial 2018-2020 en RCA.
- 17. Guide National pour la PEC Holistique des personnes survivantes de viol en République Centrafricaine Octobre 2019.
- 18. Extrait du Rapport National de mise en œuvre ODD3, ODD4, ODD10 et ODD16 Juillet 2019.
- 19. Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement Rapport Final 2015.
- 20. Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre, le Mariage d'Enfants et les Mutilations Génitales Féminines en République Centrafricaine 2019-2023.
- 21. Rapport de l'Analyse des Capacités d'Organisation, de Communication, de Gestion de Réseautage et de Plaidoyer de la Société Civile Centrafricaine impliquée dans la lutte contre le VIH et le Sida 2016.
- 22. Plan de Renforcement des Capacités de la Société Civile dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida en RCA, 2017-2020.
- 23. Cartographie des Organisations de la Société Civile intervenant dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida en RCA Décembre 2016.
- 24. Rapport Général de l'Atelier Dialogue Stratégique pour Renforcer la Coordination et les Actions relatives au VIH dans le Contexte Humanitaire en République Centrafricaine (Bangui, Hôtel LEDGER, 20 au 21 Novembre 2019) Décembre 2019.
- 25. Rapport Final Cartographie des Organisations de la Société Civile intervenant dans le cadre de la Riposte au VIH/Sida en République Centrafricaine Juillet 2019.
- 26. PSN Tuberculose en République Centrafricaine 2017-2021.
- 27. Plan National de Renforcement de la Stratégie Halte à la Tuberculose 2014-2018.
- 28. Plan National de Collaboration des activités de lutte contre la Coïnfection Tuberculose /VIH, Août 2012.
- 29. Rapport Annuel du Programme National de Lutte contre la Tuberculose 2018.
- 30. Chronogramme Opérationnel RCA PNLT 2019 TB.
- 31. Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2018-2022-RCA.
- 32. Final Rapid Entomological Assessment Bossangoa, Central African Republic, June-July 2019.
- 33. Final Rapid Entomological Assessment Bambari, Central African Republic, July-August 2019.
- 34. Performance and time to become negative after treatment of three malaria rapid diagnostic tests in low and high malaria transmission settings, 2016.
- 35. Enquête Rapide sur l'estimation des besoins de santé des populations affectées par la crise en République Centrafricaine en 2016 (HeRAMS).
- 36. Coopération OMS-RCA 2015-2016.
- 37. Carte Sanitaire de la RCA-2018.
- 38. Enquête Nationale sur les prestations des services de santé (SARA/HeRAMS) 2019.
- 39. Normes relatives au District Sanitaire.



TCHAD



4.5. Tchad

4.5.1. Contexte pays

Le Tchad, vaste pays de l'Afrique centrale d'une superficie de 1 284 000 km² est limité au Nord par la Libye, au Sud par la République centrafricaine, à l'Est par le Soudan et le Soudan du Sud et à l'Ouest par le Niger, le Nigeria et le Cameroun. Cet enclavement extérieur est aggravé par une insuffisance des réseaux routiers qui rend difficile l'évacuation des malades durant la saison des pluies où plusieurs formations sanitaires sont inaccessibles. En outre, les dunes de sables constituent également une entrave majeure pour le déplacement des patients en toute saison.

Du point de vue démographique, le Tchad compte 15 778 417 habitants soit une densité de 12,29 hab/km2 en 2017. Les naissances attendues représentent 4,79%, les grossesses 5,51%, les nourrissons de 0-11 mois 4,42%, les enfants de 0-59 mois 19,93%, les jeunes de moins de 15 ans 50,6% et les femmes en âge de procréer 21,76% de la population générale (RGPH2, 2009). Avec un taux d'accroissement annuel de 3,6%, la population serait estimée à 16 934 912 habitants en fin 2019. Le Tchad est une mosaïque ethnolinguistique constituée de plus de 250 groupes différents. Les deux langues officielles sont le Français et l'Arabe.

Près de 78,3% de cette population vit en milieu rural, le reste vit dans la capitale N'Djamena et dans quelques grandes villes (Abéché, Moundou, Sarh, Bongor, Doba). La population nomade est estimée à 3,5%. En 2010, la densité moyenne de 9,10 habitants/km² cache des grandes inégalités régionales dont les plus extrêmes sont respectivement de 0,5 dans la partie désertique du Borkou-Ennedi-Tibesti (B.E.T) au Nord et 92 habitants/km² dans le Logone occidental au Sud.

Par ailleurs, depuis 2015, la menace terroriste émanant du groupe État Islamique en Afrique de l'Ouest (EIAO ou ex-Boko Haram) a pris de l'ampleur et des conflits communautaires persistent, principalement dans les Provinces de l'Est et du sud du Pays. A cela, il faut ajouter les troubles sociopolitiques et militaires dans les pays voisins comme le Sud Soudan, le Soudan, la Libye, le Nord-Est du Nigéria et la République centrafricaine. En fin septembre 2019, le Tchad compte plus de 925 500 personnes en situation de déplacement, dont 468 000 réfugiés et demandeurs d'asile, 170 800 personnes déplacées internes, 116 700 retournés tchadiens et 170 000 personnes affectées par les inondations .

Dans le cadre de la politique de décentralisation et de déconcentration des services de l'État vers les régions et les départements, le Tchad est subdivisé en 23 régions administratives, 57 départements et 245 sous-préfectures. En dépit de cette volonté manifeste de décentralisation, l'organisation administrative du Tchad reste fortement marquée par la centralisation des services de l'État dans la capitale, notamment les organes de décision et les infrastructures socio-sanitaires.

Selon l'ECOSIT II, plus de la moitié de la population vit avec moins d'un dollar par jour. L'incidence de la pauvreté alimentaire est de 55%. Cette pauvreté atteint plus particulièrement les femmes. Bien que le Tchad dispose d'importantes potentialités économiques, il est classé 186ème place sur 189 pays listés par l'Indice de développement humain 2017 (PNUD).



4.5.2. Contexte sanitaire

4.5.2.1. Organisation du système de santé

Le système de santé Tchadien est de type pyramidal à 3 niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique. Il repose sur le développement des districts sanitaires.

- **Niveau central :** comprend le ministère, la Direction générale, les directions centrales, les programmes nationaux, les institutions nationales dont 5 hôpitaux nationaux (dont l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN)), la Faculté des Sciences de la Santé (FACSS), l'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) et la Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA). Le niveau central est chargé de la conception et de l'orientation de la politique sanitaire nationale.
- Niveau intermédiaire ou provincial: correspond aux 23 délégations sanitaires régionales (DSP), superposable au découpage administratif avec un hôpital régional de référence dans chaque DSP. Il existe 15 Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA) rattachées aux DSP. Le niveau intermédiaire assure le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de santé.
- Niveau périphérique ou district: constitue le niveau opérationnel chargé de l'exécution des activités. Il comprend le premier échelon de soins qui correspond aux centres de santé et le second échelon aux hôpitaux de district. Au premier échelon est mis en œuvre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et au second le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Il existe 138 districts sanitaires (DS) dont 66 ont un hôpital (12 construits mais non encore équipées, 14 hôpitaux en construction) chaque district est découpé en zones de responsabilités (ZR). Il existe 1652 zones de responsabilité mais seulement 1334 disposent d'un centre de santé.

Le paquet minimum d'activités des centres de santé est constitué des activités d'IEC/CCC, la CPN, des accouchements non compliqués, de la consultation postnatale, du bien-être familial et planification familiale, de la consultation préventive des enfants, de la vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer ou enceintes, de la consultation curative primaire, de la prise en charge des maladies chroniques (lèpre et tuberculose), du système de référence et contre référence.

Le secteur privé assure la vente de produits en parallèle des structures de santé publique : en cas de ruptures de la chaine publique, les établissements sanitaires s'approvisionnent auprès des grossistes privés (~10 grossistes, plusieurs officines privées). Le marché illicite de produits a pris une ampleur préoccupante – estimé à plus de la moitié du marché du médicament – en compétition avec les prix de la CPA et du secteur privé avec de graves conséquences en matière de santé publique (échecs thérapeutiques, intoxications, etc.).

Les distances moyennes parcourues par les patients pour se rendre à un centre de santé et à un hôpital sont respectivement de 16 km et 62 km. La charge démographique moyenne par type de service est estimée à 9 517 habitants pour un centre de santé (norme OMS est de 23 établissements pour 10 000 habitants) et 147 462 habitants pour un hôpital. L'indice de disponibilité du personnel de santé est de 13,80% au niveau national contre 83% à Ndjamena.

La transition démographique du Tchad est inachevée et la situation sanitaire est l'une des plus alarmantes de la région. En effet, la situation démographique au Tchad est caractérisée par une natalité encore très forte (~6 enfants par femme) et un taux de prévalence de la contraception le plus faible de la région (6,2% contre une moyenne de 14%). Le nombre de naissances assistées est

extrêmement faible (~20% contre une moyenne de 57%) et le taux de mortalité infantile est le plus élevé de la région (127 cas de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes). Les taux de prévalence du VIH / Sida et du paludisme sont parmi les moyennes basses de la région mais la prévalence de la TB est élevée (153 cas pour 100,000 habitants contre une moyenne de 131 dans la région) et les infections respiratoires sont la première cause de mortalité dans le pays (14% des décès d'adultes et 17% des décès d'enfants). Le taux d'immunisation DTP est le plus faible de la région (46% d'enfants âgés de 12 à 23 mois contre une moyenne de 73,3%) et le nombre de naissances prématurées est aussi supérieure à la moyenne (13 cas pour 100 naissances contre 12)

• Politique nationale de santé : Elle s'inscrit dans la vision globale du Tchad à l'Horizon 2030, et est en rapport avec les Objectifs du Développement Durable. La vision de l'actuelle Politique Nationale de Santé est que d'ici 2030, le système de santé du Tchad soit un système intégré, performant, résilient et centré sur la personne. Il sera axé en particulier sur les groupes vulnérables, pour permettre à tous un accès équitable aux soins globaux de qualité, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle mise en œuvre par le Gouvernement avec l'appui des partenaires et l'adhésion des populations. Cette vision consacre l'adhésion du Gouvernement au processus de réforme du secteur de la santé et son engagement en faveur de la mobilisation des ressources au bénéfice de ce secteur.

L'Objectif général de la Politique Nationale de Santé est d'assurer à la population l'accès universel aux soins de santé de qualité, globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays. Pour cela, il s'agit d'améliorer l'état de santé et de bien-être des populations en général, et particulièrement des plus vulnérables dans un contexte global des Objectifs du Développement Durable.

4.5.2.2. Contexte de la lutte contre les maladies prioritaires et la santé communautaire

Les maladies prioritaires (VIH/Sida, Paludisme, Tuberculose) et la santé communautaire bénéficient chacune d'une attention particulière de la part du Ministère de la santé. Sur le plan institutionnel et programmatique, les dispositions prises sont les suivantes :

TABLEAU 27: DETAILS SUR LES DISPOSITIONS STRATEGIQUES PAR MALADIE/PROGRAMME

Domaines	Détails
	Approche multisectorielle
	 Mise en place du Conseil national de lutte contre le Sida avec un secrétariat exécutif national,
Riposte au Sida	☐ Mise en place d'un programme sectoriel de lutte contre le Sida ;
	☐ Plan stratégique 2018-2022
	 Loi sur la promotion de la Santé de la Reproduction¹
	☐ Loi 19 portant protection des personnes vivant avec le VIH²
	☐ Approche médicale et communautaire
Lutte contre la	☐ Mise en place du Programme national tuberculose
tuberculose	☐ Plan stratégique 2018-2022
	 Stratégies d'interventions spécifiques (milieu carcéral, santé nomade)
	 Zone endémique concernant le paludisme avec 3 faciès épidémiologiques (Nord désertique, centre sahélo-saharien instable, sud soudanien stable)
Lutte contre le	Approche médicale et communautaire
paludisme ³	☐ Mise en place du Programme national contre le paludisme
	☐ Plan stratégique 2019-2023
	☐ Approches selon l'OMS
Santé commu-	☐ Plan stratégique 2015-2018
nautaire	 Stratégies avec les agents de santé communautaire avec l'objectif d'atteindre 40 000 ASC pour tout le pays (ou 2 ASC par village),
	☐ Définition du paquet d'activités des ASC

La santé communautaire est en cours de développement au Tchad. Le Plan stratégique 2014-2018 est arrivé à terme et un nouveau plan est en cours de finalisation après une évaluation de la première. Le tableau ci-dessus résume l'état actuel de la santé communautaire au Tchad (Source : Rapport d'analyse des politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre7)

	Second Relai cor	nmunautaire Volo	ntaire de l'Etat /	-	Per diem	1.0	ecture et calcul	Variable	
	Premier Volont	Statul aire de l'Etat	Cor	Incitation pécuniaire	nunération Lecture	prequ		urée de la formation tiale 3 années	
PROFIL I	DE L'AGENT DE SANTÉ COM		il est	and Bill	n n Anthon	8.00	of the citation of the	sta da la famora	
		Non	Non	Non					
ing.	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et systeme de surveillance complets	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Numérisation des données de santé communautaire					
	DES RESOLUTIO	Oui	N/A	2 to 5 jours	une supervisio	Oui	Mensuel		
0	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Man de supervision	Ratio superviseurs/ supervises	Temps consacré à la formation des superviseurs	Resecurces adequates disponibles po	ar	Fréquence de rapportage		
-		Oui	Non	quistions de santé Qui	interventions	Oui	Oui	Oui	
30	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Strategie pour l'engagement de la communauté	Cadre de réédition des comptes	Capacité à prendre des initietives raisonnées sur les	Capacité à pre part à la planif et le S&E des		Capacité à résoutire les problèmes au niveau (gcal	Capacité à mobiliser les ressources	
		Oui	national Out	Non					
○ ■	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Pten d'acquisition	Acquisitions de médicements et d'équipements pour les communauses planifiées dans le système d'approvisionnement	Système en place considéré comme effectif					
肾白		N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
1	ENSEMBLE DE SERVICES	Soms prénatals et du nouveau-né	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	Adolescents	Planning famil	ini	VIH	Tuberculose	Surveillance communautaire
		Oui	 50/50 (1 femme et 1 homme dans chaque village) 	Oui					
3	RESSOURCES HUMAINES	Pfus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Répartition par sexe (terrmes/hommes)	Politique de santé communautaire sensible au genre					
		1 488 798 678 pour 4 années	Non	Non		Oui	Oui		
+%	COUTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	Plan de financement	Ligne budgétaine spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de AS	C	Gratuité des service: médicaments et fournitures par les ASC	l.	
mill.	POLITIQUE	Oui	communautaine Oui	Oui		Oui			
	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT	Politique de santé communautaire	Autre document spécifique de sente	Structure de poordination	Comité riation multisectoriel	n)			

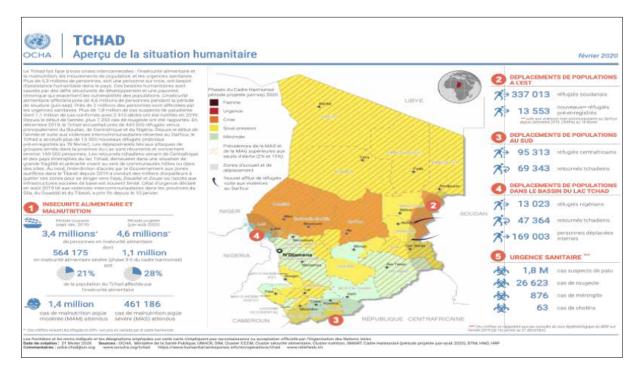
GRAPHIQUE 12: TABLEAU DE BORD DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE AU TCHAD

TABLEAU 28: CARTOGRAPHIE DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES PAR PROVINCE

Régions	Type d	'acteurs			Cibles			Maladi	es	
	ASC	RECO	Médiateurs	APS	PVVIH	HR	PS	VIH	Paludisme	Tuberculose
Ndjamena	371									38
Chari Baguirmi	190									
Hadjer Lamis										
Logone Occidental	159									30
Logone Oriental	127									26
Mandoul	538								456	16
Moyen Chari	564								494	14
Lac	17									12
Tandjilé	18									18
Mayo-Kebbi Est	22									22
Ouaddai	121									34
Guera	188									
Wadi Fira	5									

4.5.2.3. Description du contexte humanitaire

La République du Tchad se distingue par une singularité de contexte humanitaire qui se démarque par des troubles sociopolitiques à l'intérieur et des conflits à ses différentes frontières (Soudan, RCA, Niger, Cameroun, Nigéria). Les troubles intérieurs sont constitués de soubresauts de conflits armés et des conflits ethniques ou sociales (agriculteurs # éleveurs.). La situation en février 2020 se présente comme suit :



GRAPHIQUE 13: TABLEAU DE BORD DE LA SITUATION HUMANITAIRE AU TCHAD (FEVRIER 2020)

4.5.3. La revue documentaire

4.5.3.1. Les documents supports et sources de référence

Les documents consultés décrivaient notamment :

- Les apports des acteurs communautaires dans l'accès aux soins des populations clés/vulnérables dans les contextes d'intervention difficiles ;
- Les situations/problématiques relatives aux populations clés et la réponse en leur faveur;
- La valeur ajoutée et les opportunités des acteurs communautaires et de la société civile pour atteindre les communautés vulnérables dans les contextes d'intervention difficiles.
- Les bonnes pratiques des acteurs communautaires dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme et en santé de la reproduction.

Il s'agissait sans s'y limiter de :

- Ministère de la Santé Publique, Annuaire statistiques 2017;
- OCHA Tchad, APERÇU DES HUMANITAIRES 2018;
- Programme National de lutte contre la Tuberculose : REVUE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU TCHAD (2014-2018)
- OMS, Profil pays 2016;
- Programme National de lutte contre la Tuberculose, Rapport annuel 2017;

- OMS, AFRO/GLC, Monitoring mission report 2017;
- CICR, Notification de nouveaux cas TB et VIH dans les prisons entre 2014-2017;
- UNHCR, Chiffres de la Population concernée par le HCR au Tchad (Résumé, 30/06/2018);
- UNHCR, Indicateurs TB et VIH dans les camps en 2017;
- SEN/CNLS, Rapport de l'étude INDEX DE STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH;
- SEN/CNLS, Cartographie et dénombrement des points chauds de fréquentation des populations clés dans 11 villes du Tchad
- SEN/CNLS, PSN 2018-2022;
- SEN/CNLS et ONUSIDA, Rapport de Cartographie des OSC impliquées dans la lutte contre le VIH au Tchad, Juillet 2019;
- OCHA Tchad, Rapport de situation Novembre 2019;

4.5.3.2. Analyse de la revue documentaire

Dans la riposte au Sida, le Plan stratégique de riposte au sida 2018-2022 ainsi que ses documents d'opérationnalisation prévoient l'implication communautaire et des organisations de la société civile comme principe directeur, mais aussi un axe de renforcement de la riposte au Sida. Sur le plan opérationnel, les organisations de la société interviennent non seulement pour la population générale, mais également pour les populations clés qui sont les Professionnels de sexe (PS), les Hommes à risque (HR), les réfugiés et les personnes se trouvant dans les lieux de détention et de privation de liberté (prisonniers et personnels pénitenciers). Les types d'interventions proposées par les organisations de la société civile comprennent notamment des prestations de service qui touchent la prévention, le dépistage du VIH, la prise en charge et le soutien aux programmes et aux personnes vivant avec le VIH.

La lutte contre le paludisme est conduite par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) qui est un programme du Ministère de la santé publique. Tirant leçon de la mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2018, le pays a élaboré et adopté un nouveau Plan stratégique pour la période 2019-2023. La vision du Gouvernement de la République en matière de lutte contre le paludisme est de « faire du Tchad un pays économiquement fort sans risque d'y mourir de paludisme ». Ce plan stratégique d'un montant de cent quarante-trois milliards cinq cent quatre-vingt-huit millions quatre cent trente-huit mille cinq cent soixante-seize FCFA (143 588 438 576) vise les objectifs suivants en fin 2023 :

i) au moins 80 % de la population à risque du paludisme sera protégée par des interventions efficaces de prévention, ii) 100% des cas de paludisme diagnostiqués seront traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et au niveau communautaire, iii) au moins 80% des épidémies du paludisme dans les districts à risque seront détectées et circonscrites, iv) au moins 95% des structures concernées transmettront à temps les données complètes et de qualité sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme, v) 80% de la population adopte des comportements favorables à la lutte contre le paludisme et vi) les capacités institutionnelles du programme seront renforcées afin d'assurer une gestion efficace de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

La coordination de l'action des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme existe de manière informelle. Cependant, Il existe des Comités de pilotage du CPS et du CDM.

S'agissant de la lutte contre la tuberculose, le pays a souscrit aux différentes stratégies mondiales visant l'élimination de la tuberculose. La tuberculose demeure un problème de santé publique majeur au Tchad avec une incidence estimée à 153 nouveaux cas (99-219) pour 100 000 habitants (tous cas confondus) en 2016 et ce, d'après le rapport annuel de l'OMS de 2017. Les femmes sont faiblement diagnostiquées par rapport aux hommes (32,5% contre 62,4%). Les facteurs influençant la question de sexo-spécificité dans la réponse TB, sont insuffisamment pris en compte dans la planification stratégique 2018 -2022. Le Plan stratégique 2018-2022, de lutte contre la tuberculose prévoit l'implication communautaire et des organisations de la société civile. Il existe à ce jour un Réseau national des anciens tuberculeux (RENATUB) qui essaient de contribuer à la mise en œuvre des interventions en faveur de la lutte contre la tuberculose (sensibilisation, identification des patients tuberculeux).

4.5.4. Les interviews

4.5.4.1. Les informateurs clés des programmes et les bénéficiaires rencontrés

Les interviews ont été menées auprès de 49 personnes ressources dont les caractéristiques sont les suivantes :

TABLEAU 29: REPARTITION (PAR SEXE, VILLE, TYPE DE STRUCTURE) DES INFORMATEURS CLES DES PROGRAMMES ET BENEFICIAIRES RENCONTREES

Catégories		Nombre	Pourcentage
Répartition par sexe			
Masculin		38	78%
Féminin		11	22%
	Total	49	
Répartition par ville			
Moundou		19	39%
Abéché		8	16%
N'Djaména		22	45%
	Total	49	
Répartition par organisation			
OSC		21	43%
Réseau		3	6%
SNU		7	14%
Structure nationale		14	29%
ONG Internationale		2	4%
Coopération bi-multilatérale		2	4%
	Total	49	

TABLEAU 30: LISTE DES FOCUS GROUPES REALISES

Liste des focus groupes	Lieu de réalisation
HSH dans la mesure du possible	Réalisé à Moundou et Abéché
Travailleuses de sexe	Réalisé à Moundou et Abéché
PVVIH	Réalisé (ACCPVV)

4.5.4.2. Synthèse des entretiens

Cibles et zones d'intervention des organisations rencontrées
 TABLEAU 31: CIBLES ET REGION D'IMPLICATION DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES

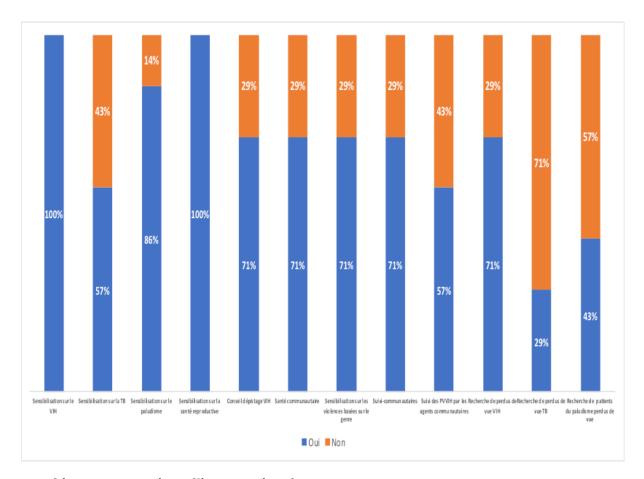
Liste des zones ou programmes			VIH (pop c	:lés)	Tuberculose	Paludisme	Santé commu- nautaire	
	PS	HR	Refugiés	Prisonniers	Tuberculose	ratuuisiile		
Ndjamena								
Chari Baguirmi								
Hadjer Lamis								
Logone Occidental								
Logone Oriental								
Mandoul								
Moyen Chari								
Lac								
Tandjilé								
Mayo-Kebbi Est								
Ouaddai								
Guera								
Wadi Fira								

• Coordination et réseautage

Le paysage des OSC est marqué par l'existence de réseaux d'organisations ou d'associations d'importance et d'implantation variables. On retrouve entre autres :

- La Plateforme des Organisation de la Société civile pour le Soutien à la Vaccination et à l'Immunisation au Tchad ; (POSVIT)
- Institut de la Société Civile pour le VIH et la Santé en Afrique Centrale et de l'Ouest, dont le siège est basé à Dakar avec un rayonnement auprès des organisations au Tchad
- Le Comité de Suivi de l'Appel à la Paix et à la réconciliation (CSAPR),
- Le Collectif des Organisations de Société Civile (COSC),
- Le collectif Tournons la page Tchad (TLP-TCHAD), et
- La Cellule de liaison et d'informations des associations féminines (CELIAF)
- Le CONA-T
- L'OAFRESS (Organisation d'Afrique Francophone pour le Renforcement du système de santé et de la Vaccination)

Domaines d'intervention des OSC



Graphique 14: Domaines d'intervention des OSC

• Bailleurs de fonds et partenaires financiers

La plupart des organisations rencontrées ont pu mobiliser des ressources pour la mise en œuvre de leurs activités, y compris des fonds propres. Les fonds propres des organisations ne sont pas consistants et proviennent essentiellement de la cotisation des membres, de certaines activités génératrices de revenus et des dons/legs. Le niveau et les sources de mobilisation des ressources sont variables d'une année à l'autre, ainsi au cours des trois dernières années, les principaux bailleurs et ou partenaires techniques et financiers ont été:

- MISEREOR et OIF (Organisation Internationale de la Francophonie)
- Alliance GAVI;
- UNICEF,
- Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le VIH
- OIF,
- OHCHR (Office du Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme);
- UNICEF,
- ONUSIDA; PISCA (via Ambassade de France); Alliance GAVI; Fonds propres, UNICEF
- AMASOT; MUNDO COOPERANTE

4.5.5. Place de la réponse communautaire et de la société civile dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans la politique de santé

• Contribution à la santé communautaire

Le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de ses partenaires a défini en 2014, une Stratégie Nationale de Santé Communautaire. Cette stratégie est un cadre pour l'implication de la communauté dans la résolution de ses problèmes de santé, avec des orientations stratégiques adaptées au contexte du pays et des mécanismes efficaces pour le suivi et évaluation. La mise en œuvre des activités de renforcement du système communautaire devrait permettre à la fois l'intégration des paquets d'activités des trois composantes (Palu, VIH/SIDA et TB) et une bonne articulation des interventions des relais communautaires qui seront convertis en Agents de Santé Communautaire. A cet effet, la Direction de l'Organisation des Services de Santé et des Mécanismes de Financement (DOSSMF) a recruté une plateforme nationale, 10 plateformes régionales et 31 ABC au mois de février 2018.

TABLEAU 32 : CONTRIBUTION DES OSC VIA LES PLATEFORMES DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME, LE VIH ET LA TUBERCULOSE

Régions	Éducation par Pair			Comm	nunication s	ociale				
	Nombre des séances d'éduca- tion par pair	Nombre total de per- sonnes touchées	Nombre total de personnes orientées vers les CDV ou centre de santé	Nombre d e s séances de com- munica- tion so- ciale	Nombre total de per- sonnes touchées	Nombre total de per- sonnes orien- tées vers les CDV ou centre de santé	Total des per- sonnes tou- chées	Total des per- sonnes orien- tées	% des per- sonnes touchées	% des per- sonnes orien- tées
2 Logone	1 542	17 792	8 626	800	40 327	15 059	58 119	23 685	39%	70%
2 MK	538	6 348	3 073	0	0	0	6 348	3 073	4%	9%
Mandoul	38	3 408	444	14	23 200	1 072	26 608	1 516	18%	4%
MC	290	3 472	0	147	7 505	695	10 977	695	7%	2%
Tandjilé	360	7 742	1694	0	0	0	7 742	1694	5%	5%
N'dj	322	4 108	2 138	154	7834	783	11 942	2 921	8%	9%
Lac	654	4 250	349	0	22354	0	26 604	349	18%	1%
Total	3 744	47 120	16 324	1115	101 220	17 609	148 340	33 933	100%	100%

NB : Résultats de Février à Juin 2018

Au total 148340 personnes sont touchées par les actions des OSC dont 33 933 personnes sont orientées vers les CDV et les Centres de Santé.

Contribution à la riposte au Sida

En 2018, sur les 133 OSC actives, 30 font que la Communication pour le Changement du Comportement (CCC), huit (8) OSC font à la fois le dépistage, la prise en charge médicale, et la dispensation des ARV, trente-sept (37) OSC font à la fois le dépistage et la CCC, trente une (31) OSC font le dépistage et le traitement des ARV. Douze (12) OSC font essentiellement la dispensation des ARV et quinze (15) autres OSC ne font que le CDV.

L'ensemble de ces OSC ont touché 1 079 255 personnes tous les groupes cibles confondus par la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) qui contribue à la promotion des services dont le dépistage, le traitement et la mesure de la charge virale.

Pour 2019, il est prévu que sur les 133 OSC actives, 18 assureront le dépistage volontaire, 9 contribueront au traitement, 52 OSC feront à la fois le CDV et le traitement, 28 OSC pratiqueront à la fois la CCC et le CDV, et 4 OSC seulement apporteront des soins liés au VIH aux patients. Les 22 autres OSC qui prévoient faire la Communication pour le Changement de Comportement en 2019 contribueront de manière indirecte à la promotion du dépistage et du traitement.

Contribution des OSC aux résultats du 1er 90 : Suivant les rapports annuels 2018 du CNLS, de OPDAD, de l'UNAD et la base des données sur la PTME, 879 486 tests de dépistage au total ont été réalisés. Les OSC en ont réalisé 395 369 soit 45%. Ce score est dû essentiellement à la contribution des CLAC qui ont pour cibles des jeunes de 14 à 24 ans. Selon le PSN 2018-2022, les jeunes font partie des groupes vulnérables mais non des populations clés. Pour 2019 et 2020, les OSC entendent réaliser respectivement 617 489 et 656 565 tests de dépistage.

Contribution des OSC aux résultats du 2ème 90: En 2018, 61352 PVVIH ont été mises sous traitement. La contribution des OSC était de 21 713 soit 35% du total. Sur les 21 713 PVVIH couvertes par les OSC, 19 508 reçoivent les ARV directement à travers les OSC suivantes i) l'Association Djedanem Nasson (1853), ii) l'Association Tchadienne pour Bien Être Familial (49) et iii) les OSC membres de l'UNAD (17 606). Les 2019 autres sont des PVVIH perdues de vues ou en difficultés que les OSC ont aidé à accéder à leur traitement. Pour 2019 et 2020, les contributions des OSC au TARV seront respectivement de 21 538 et 23 496. Les OSC entendent assurer le suivi des 22 268 PVVIH et 16 600 PVVIH respectivement en 2019 et 2020.

Contribution des OSC aux résultats du 3ème 90 : La contribution des OSC pour le troisième 90 est presque nulle. Cela pourrait s'expliquer par leur non- implication dans les activités y relatives d'une part, et à l'insuffisance du dispositif de la charge virage à travers le pays d'autre part ainsi qu'à la faible demande.

• Contribution dans la lutte contre le Paludisme

- Depuis 2017, la participation communautaire à la prévention et à la prise en charge du paludisme est en expérimentation dans les Provinces du Moyen Chari et de Mandoul. Pour cette expérience: 950 Agents de Santé Communautaire (ASC) ont été formés dont 456 dans la Province de Mandoul et 494 dans celle du Moyen Chari;
- 132 Responsables des Centres de Santé (RCS) des provinces concernées avaient vu leurs capacités renforcées pour l'encadrement de ces ASC formés ;
- La DOSS avait mis 600 exemplaires du manuel intégré de l'apprenant sur la santé communautaire à la disposition des ASC et des RCS ;
- 3.000 guides de prise en charge communautaire à l'usage des ASC, 2. 000 Directives de prise en charge communautaire et 2.000 manuels de formation des formateurs des ASC ont été imprimés et distribués.
- Chacun des ASC a été doté de : un vélo, une paire de bottes, une torche, un sac à dos, un imperméable, un thermomètre électronique, des registres et tous les intrants antipaludiques pour la prise en charge de cas simples du paludisme suivant les directives nationales dans le domaine.

Pour l'année 2017, les intrants suivants ont été mis à disposition des ASC : CTA adulte : 44 999 doses, CTA adolescent : 55 236 doses ; CTA enfant : 45 044 doses ; CTA nourrisson : 6 734 doses.

TABLEAU 33 : ROLE JOUE PAR LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Activités	Malaria Consortium	Mentor initiative	W o r l d vision	СООРІ
Distribution de MILDA				
TPI				
Chimioprophylaxie saisonnière (CPS)				
Dépistage rapide du paludisme (TDR)				
Réalisation de la Goutte épaisse (GE)				
Distribution des ACT				
Traitement PG				
IEC/CCC				
Prise en charge communautaire des cas de paludisme (PECADOM)				

Il a été ainsi établi que sur les 325 134 cas de paludisme suspectés dans la communauté et dans les deux Provinces en 2017, 296 789 ont été testés par le TDR, soit 91,15%. Deux cent trente-quatre mille sept cent cinquante-sept cas (234 757) ont été confirmés positifs, soit 79% de taux de positivité. Cependant, 220 270 cas confirmés ont été pris en charge correctement selon les directives nationales (ASAQ ou AL). Quatre-vingt-quinze mille sept (95 007) cas ont été référés aux Centres de santé, soit 29,22% des cas suspectés.

En 2018, sur les 381708 cas de paludisme suspectés dans la communauté et dans les deux Provinces, 289 035 ont été testés par le TDR, soit 76%. Deux cent vingt-deux mille deux cent cinq cas (222 205) ont été confirmés positifs, soit 77% de taux de positivité. Seulement 161 227 cas confirmés ont été pris en charge correctement selon les directives nationales (ASAQ ou AL).

Ces chiffres illustrent bien l'efficacité de la participation communautaire à la prise en charge du paludisme malgré des ruptures sporadiques des intrants.

• Contribution dans la lutte contre la tuberculose

Les acteurs communautaires et de la société civile impliqués dans la lutte contre la tuberculose ne sont pas nombreux pour le moment. Trois acteurs principaux sont connus dans ce domaine : CICR, BASE et RENALTUB. Le CICR intervient particulièrement dans la maison d'arrêt d'Amsénéné en dépistant et en prenant en charge les cas de VIH et TB.

Le BASE (Bureau d'Appui Santé et Environnement) a mobilisé depuis 2017 quelques 210 ASC qu'il les a déployés dans neuf villes qui sont : Abéché, Bol, Bongor, Doba, Koumra, Laï, Moundou, N'Djamena, Sarh. Ces ASC ont pour mandat de faire la CCC au tour du VIH et de la TB, de chercher des perdus de vue pour la continuité du traitement auprès des centres de prise en charge.

RENALTUB fait la CCC en lien avec la tuberculose à travers le pays et contribue à la recherche des perdus de vue pour les rapprocher des centres de traitement.

4.5.6. Rôles joués par les acteurs communautaires et de la société civile dans la formulation et la mise en place d'approches adaptées et innovantes

Les organisations de la société civile et les organisations communautaires participent activement dans plusieurs instances de planification stratégique et opérationnelle. Le tableau ci-dessous résume les instances ou processus dans lesquels participent les organisations communautaires et de la société civile.

TABLEAU 34 : SYNTHESE DE LA PARTICIPATION DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES DANS LES PROCESSUS NATIONAUX

Domaines	Détails	
Instances de coordi-		Participation au bureaux et instances de coordination de la lutte contre le Sida, y compris à des groupes thématiques spécifiques (PTME, suivi évaluation, etc)
		Participation aux organes de l'Instance de coordination (ICN) pour l'accès aux ressources du Fonds mondial
Processus de planifica-		Participation à la revue des programmes
tion stratégique		Participation au processus de planification stratégique et opérationnelle (VIH, Paludisme, Tuberculose, Santé communautaire)
Mobilisation des res-		Participation à la demande des financements du Fonds mondial
sources		Mobilisation des ressources au niveau domestique et auprès de leurs partenaires extérieurs
Mise en œuvre des		Participation aux activités de supervision
programmes		Mise en œuvre des activités (suivant les domaines de compétences

S'agissant de la mise en œuvre des programmes, les organisations communautaires et de la société civile interviennent à travers plusieurs approches. En fonction de la nature de chaque organisation, le paquet d'approches peut varier ainsi que les populations concernées. Le tableau ci-dessous résume par maladies les approches développées par les organisations communautaires et de la société civile dans la riposte contre les maladies ainsi que les populations concernées.

TABLEAU 35 : RÔLES JOUÉS PAR LES OSC DANS LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES

Domaine	Approches adaptées	Populations concernées	
	IEC/CCC	Populations éloignées, refugiés,	
	Campagne CPS	populations nomades, populations lacustres, femmes enceintes	
	Distribution de MILDA	tacustres, remines encentes	
Lutte contre le palu- disme	TDR		
uisiile	TPI		
	ACT		
	PECADOM		
	Dépistage du VIH (index testing)	Enfants et PVVIH	
	Accompagnement psychosocial avec les CPS	PVVIH	
	Accompagnement des femmes PTME	Femmes enceintes	
	Approches via les points chauds	PS, HR	
	IEC/CCC	Populations générales	
Riposte au sida	Conversation communautaire	Communautés	
	Groupe de parole	Populations vulnérables	
	Paire éducation	Groupes vulnérables	
	Intégration des interventions des populations clés (HR) dans les interventions en faveur des PVVIH	HR	
Lutte contre la tuber- culose	Accompagnement par les anciens patients tuberculeux	Patients tuberculeux et/ou coïnfectés	
	Stratégie avec la santé nomade	Nomade et populations du Nord	
	Interventions dans les prisons	Détenus et personnels travaillant en milieu carcéral	

4.5.7. Genre/Droits humains et rôle/place des organisations communautaires

Le Genre et droits humains occupe une place importante dans la riposte au sida et est inclus dans les différents plans stratégiques depuis 2007. Des campagnes de plaidoyer sur les droits humains et l'équilibre de genre ont été organisées à différentes occasions, notamment lors de la célébration de la 1ère journée mondiale zéro discrimination couplée à la journée internationale de la femme avec l'implication de la Première Dame du Tchad. Il existe une Politique Nationale Genre en faveur de l'épanouissement des femmes et des filles tchadiennes.

Le plan stratégique 2018-2022, souligne « la faible intégration de la dimension genre dans les politiques et programmes du pays marquée par la méconnaissance de textes y afférents par les femmes et l'insuffisance des données sur le genre, la coexistence des droits coutumiers et les règles religieux limitant l'application du principe de l'égalité notamment concernant la jouissance des droits des femmes en matière de mariage et de succession ainsi que les questions des violences de toutes sortes ».

Ce même plan stratégique prévoit un ensemble d'interventions à réaliser par les organisations communautaires et de la société civile, allant du plaidoyer pour le changement des législations à leur mise en œuvre effective en passant par des activités concrètes de mobilisation sociale et d'appui aux victimes des violences basées sur le genre.

Dans le plan stratégique de la Tuberculose 2018-2022, la question du genre et des violences basées sur le genre ne sont pas exclusivement abordées.

De même que la tuberculose, le plan stratégique de lutte contre le paludisme 2019-2023 n'intègre pas le genre comme étant une priorité d'intervention.

4.5.8. Problématiques de l'accès aux services de santé par les populations clés et vulnérables

TABLEAU 32: CONTRAINTES ET DEFIS POUR L'ACCES AUX SOINS POUR LES POPULATIONS CLES ET VULNERABLES

Cibles ayant des difficultés / insuf- fisances d'utilisa- tion des services	Populations à faible accès	Contraintes liées système de santé	Autres raisons
Les Profession- nelles de sexe, Personnes à risque, UDI Populations car- cérales, Hommes en te- nue, Populations insu- laires, Routiers, Réfugiés, Jeunes et adolescents	Nomades Enfants de rue Prisonniers Élèves des écoles coraniques Déplacés internes Populations insulaires, notamment enfants de moins 5 ans et femmes enceintes	Accessibilité géographique et barrière financière (vaste étendue) Non différenciation des approches Insécurité élevée des agents de l'État dans les zones de conflit (un médecin, un infirmier et leur chauffeur ont été kidnappés dans le Lac en 2019) Inadaptation de l'offre et faible performance (logistique, approvisionnement, planification, ressources humaines) Faible implication de la société civile Méconnaissance des services et des conditions d'utilisation¹	Stigmatisation/ discrimination Pesanteur socioculturelle Stratégies insuffisances et/ou inadaptées Faible implication des religieux et des communautaires Insécurité Irrégularité de financement Faiblesse de l'engagement communautaire Stigmatisation / discrimination parmi le personnel de santé
Problèmes de santé des popu- lations clés et vulnérables	Stratégies pour favo- riser leur accès aux soins et services	Activités pertinentes pour mie clés	eux atteindre les populations

	Formation du per- sonnel de santé à l'éthique et la déonto- logie médicale	
	Délégation des tâches	Sensibilisation par l'animation théâtrale,
Maladies priori-	Éducation par les pairs	Formation des leaders des organisations des femmes, jeunes, agents de la police, de la gendarmerie,
taires (VIH, TB, Paludisme	Interventions différenciées selon les cibles et les milieux (bars/	Impression des affiches murales avec des messages clés et le traduire en français, arabe et aussi dans les dialectes du terroir,
Malnutrition et maladies diar- rhéiques	auberges, sites d'at- troupement, points chauds, stratégie	Plaidoyer à l'endroit des autorités administratives, tradition- nelles et religieux
Barrière finan- cières²	mobile/ avancée, cas index) ³	Création des services adaptés aux populations clés
Stigmatisation/ discrimination	Stratégies mobiles/ avancées (ex. cliniques mobiles)	Dialogue sociale sur la question genre/discrimination, édu- cation par les pairs, mobilisation à base communautaire, implication des leaders religieux dans les dialogues
Absence des services (réfugiés,	Utilisation des outils innovants (Santé	Focus groupes, dialogue communautaire, visite à domicile, l'accompagnement des malades
déplacés)	Numérique=Mo- bile-Health)	Théâtre, théâtre forum
	Application effective des mesures de gra- tuité	Intensifier le plaidoyer auprès des autorités traditionnelles ; politiques, administratives ⁵
	Participation commu- nautaire ⁴	

4.5.9. Problématiques de l'accès aux services par les réfugiés et déplacés internes

Pour les réfugiés et déplacés internes, la cartographie montre que très peu d'organisations interviennent en leur faveur. De plus, les services proposés ne sont pas adaptés, notamment les services en sites fixes.

Les principaux partenaires répertoriés et intervenant en faveur des réfugiés et des personnes déplacés internes sont : IRC, HENDA, UNFPA, UNICEF, OMS, ASTBEF, UNHCR, CARE, MSF FRANCE, ICAHD INTERNATIONAL, SIF, FLM, MENTHOR INITIATIVES, AIRD

Afin d'améliorer leur accès aux services, il est proposé la mise en place et l'utilisation de clinique mobile appuyée d'une équipe de sensibilisation et la mise en place de Services fixes adaptés.

4.5.10. Bonnes pratiques ou approches innovantes des acteurs communautaires

Meilleures pratiques dans le renforcement du système communautaire

Nom de la structure	Direction de l'Organisation des Services de Santé et des Mécanismes de Financements
Nom de l'approche	Encadrement des interventions communautaires dans le domaine de lutte contre le Paludisme, le VIH et la Tuberculose
Domaine de presta- tion de services	Renforcement du système de Santé Communautaire

Contexte et justification de l'approche

Depuis les années 1980, les communautés du Tchad ont commencé à participer à la mise en œuvre des activités de santé avec l'implication des agents de santé villageois (ASV). Mais à partir des années 1990 et pour être en phase avec les engagements internationaux, le Gouvernement du Tchad a pris des mesures concrètes en vue de rendre effective la participation communautaire à la mise en œuvre des activités de santé.

Le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de ses partenaires a défini en 2014, une Stratégie Nationale de Santé Communautaire. Cette stratégie est un cadre pour l'implication de la communauté dans la résolution de ses problèmes de santé, avec des orientations stratégiques adaptées au contexte du pays et des mécanismes efficaces pour le suivi et évaluation.

La mise en œuvre des activités de renforcement du système communautaire devrait permettre à la fois l'intégration des paquets d'activités des trois composantes (Palu, VIH/SIDA et TB) et une bonne articulation des interventions des relais communautaires qui seront convertis en Agents de Santé Communautaire.

A cet effet, la Direction de l'Organisation des Services de Santé et des Mécanismes de Financement (DOSSMF) a recruté une plateforme nationale, 10 plateformes régionales et 31 ABC au mois de février 2018.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

L'objectif général de ce recrutement est l'encadrement des interventions communautaires dans le domaine de lutte contre le Paludisme, le VIH/Sida et la Tuberculose.

De manière spécifique, il s'agit de :

- Superviser les formations des acteurs communautaires ;
- Participer à l'élaboration des outils des acteurs communautaires ;
- Superviser les plateformes régionales ;
- Superviser les ABC;
- Éduquer les personnes sur le VIH, la TB et le Paludisme ;
- Communiquer avec les communautés sur le VIH, la TB et le Paludisme,
- Rendre compte à la DOSSMF.

La mise en œuvre effective s'est faite via 9 plateformes régionales communautaires, chacune ayant sa zone d'intervention et ses activités. Les zones/Provinces de mise en œuvre sont les suivantes : N'Djamena, Lac, Mandoul, Moyen Chari, Mayo Kébbi Est, Mayo-Kébbi Ouest, Tandjilé, Logone Oriental, Logone occidental. La dixième province concernée par cette action est celle du Ouaddaï mais, n'a pu bénéficier de cette intervention à cause d'une part du recrutement tardif de la plateforme régionale et, d'autre part la clôture de la subvention paludisme en juin 20218.

Résultats			
	Après la mise en œuvre de l'approche		
Avant la mise en œuvre de l'approche	[Plus-value]		
Les interventions des organisations à base communautaire étaient spécifiques aux programmes, il n'y avait pas d'intégration. La majorité de ces organisations étaient mobilisées pour le VIH, un peu moins pour le paludisme et pratiquement pas pour la tuberculose.	L'action avait doté les organisations de la société civile et communautaires recrutées, des compétences nécessaires pour faire la prévention à la fois du VIH, TB et paludisme dans leurs milieux respectifs. A l'issue de cette intervention, les Organisations de la société civile et communautaires ont réalisé que la flexibilité qui les caractérise devra les permettre non seulement de se limiter à une seule maladie mais, de faire face à tout problème de santé dans la limite du mandat donné par le Ministère de la Santé et des compétences acquises.		
Avantage pour le bé- néficiaire (patient, ré- fugiés, déplacés, HSH, PS)	Services de proximité adaptés pouvant toucher des cibles qui ne sont pas suffi- samment pris en compte par les agents de santé communautaire		
Avantages pour le sys- tème sanitaire	L'intervention a permis d'engager d'autres groupes d'acteurs dans la santé com- munautaire en complément de celles fournies par les agents de santé commu- nautaire.		
Leçons apprises	Les organisations de la société civile et communautaires au Tchad restent disposées à apporter leurs contributions à l'amélioration de la santé de la population, pourvu qu'elles soient sollicitées, encadrées et appuyées. Leur implication permet de créer davantage de résultats en complément de ceux des agents de santé communautaire, surtout de toucher les populations vulnérables		

Source : Rapport Bilan d'encadrement des interventions communautaires dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose ; Plateforme Nationale AEN/CSSI ; Septembre 2018

MEILLEURES PRATIQUES DANS LA RIPOSTE AU SIDA

Nom de la structure	Projet Population et Lutte contre le Sida, deuxième phase (PPLSII)	
Nom de l'approche	Réponse locale intégrée	
Domaine de prestation de services	Interventions combinées VIH/SSR/SMNI	

Contexte et justification de l'approche

Avant la mise en œuvre de la phase II du PPLS, le profil épidémiologique du Tchad était caractérisé par la prévalence des maladies endémiques et épidémiques parmi lesquelles, le paludisme, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, le VIH/SIDA et la diarrhée tiennent le premier rang. Certaines maladies non transmissibles constituaient aussi des causes importantes de morbidité et de mortalité. Ces maladies touchaient particulièrement les enfants et les femmes qui constituaient les groupes les plus vulnérables de la population. La prévalence du VIH dans la population générale était de 3,3% dont 7% en milieu urbain et 2,3% au niveau rural en 2005. Elle était plus élevée dans certaines régions et au sein de certaines catégories de la population. La persistance des conflits armés et des comportements sexuels à risque favorisés essentiellement par les pesanteurs socioculturelles, l'analphabétisme et la pauvreté ont contribué à la propagation de cette maladie.

L'analyse du profil épidémiologique du VIH chez les femmes enceintes montrait une séroprévalence plus élevée dans certaines régions (5 à 9,5% entre 2002 et 2009 dans la région du Lac). Selon les résultats de l'EDST2, les indicateurs de Santé de la Reproduction étaient très mauvais et ont assez peu évolué au cours des 10 dernières années. Le taux de mortalité maternelle était l'un des plus élevés du monde. Ce taux avait même augmenté entre 1993, 2004 et 2009 respectivement de 8270/0000, 10990/0000 et 10840/0000.

Le taux de prévalence contraceptive était de 3%, toutes méthodes confondues, et de 1,6% pour les méthodes modernes. Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale étaient de 23%. Une femme sur cinq présentait une malnutrition chronique avec un indice de masse corporelle inférieur au seuil critique de 18,5. La plupart des femmes enceintes n'avait pas reçu un supplément en fer acide folique durant leur dernière grossesse et cette situation était plus accentuée en milieu rural (43% de femmes ont été consultées par le personnel de santé formé durant leur grossesse). Seulement 13% de femmes enceintes ont bénéficié de l'assistance à l'accouchement dans un établissement sanitaire selon les mêmes sources.

Face à cette situation, des orientations et des engagements ont été pris par le Gouvernement tant au niveau politique que programmatique pour apporter une riposte nationale efficace aux problèmes de santé en général et à la pandémie du VIH/SIDA ainsi qu'à la mortalité maternelle et infantile en particulier. Le PPLS II s'inscrivait dans toutes ses orientations nationales de développement du pays, en particulier dans les domaines de lutte contre les IST/VIH/SIDA et la santé de reproduction et bien-être familial. Le PPLS II était structurée en cinq composantes. La composante 2 (Appui aux interventions communautaires) portée par le FOSAP est celle qui avait la charge de la « Réponse locale intégrée ».

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre			
Résultats (2011-2013)			
Indicateurs Données de base Cible de fin de État atteint projet			
Préservatifs distribués/vendus (nombre)	3, 900,000 (rapport 2007)	5, 050,000	4.792 283 (94,9%)

L'approche de la réponse locale intégrée s'articule autour de quatre axes stratégiques et deux approches innovantes qui sont :

- 1. Complétude des activités ;
- 2. Processus de planification et de mise en œuvre des actions communautaires ;
- 3. Actions sectorielles;
- 4. Système de revue du projet ;
- 5. Approche normative;
- 6. Encadrement rapproché des interventions

A. Complétude des activités

Le Projet Population et Lutte contre le SIDA (PPLS II) était orienté initialement vers la prévention. Les autres services (Prise en charge des IST, CDV, Prise en charge des PVV+) étaient assurés par d'autres services et l'État. Cette approche avait ses limites car la disponibilité des autres services n'était pas toujours acquise. Par exemple, les personnes éduquées se reconnaissant à risque et qui manifestaient le besoin de dépistage n'en trouvaient pas localement. La nouvelle approche préconise la disponibilité de tous les services (prévention, traitement et prise en charge) localement pour assurer un circuit complet aux demandeurs de services. Le PPLS II assure désormais dans ses zones d'intervention, le financement et la coordination de toutes les activités essentielles (mobilisation sociale, Éducation par les pairs, promotion du préservatif, communication sociale, prise en charge des IST, dépistage volontaire, prise en charge sociale, juridique et économique). Ainsi, pour des zones de faible couverture sanitaire, une équipe mobile fut déployée par District sanitaire. Le paquet de service offert par chaque équipe mobile était composé de : CPN, CPoN, le dépistage, la vaccination des enfants, prise en charge des IST et IO.

B. Processus de planification et de mise en œuvre des actions communautaires

- a) Mobilisation sociale: La réponse locale intégrée privilégiait l'implication des communautés dans l'analyse de la situation du VIH/problèmes de population les concernant, le choix des promoteurs de projets et favorise la responsabilité des leaders dans le suivi des activités ; l'ensemble de ce processus est appelé mobilisation sociale. En d'autres mots, la mobilisation sociale consiste à amener une communauté à prendre conscience du problème qui la mine, à l'organiser au tour de ses leaders en vue de résoudre le problème identifié :
- b) Atelier de planification régionale : L'atelier de planification, deuxième étape de la nouvelle approche, permet d'ancrer les projets dans les communautés et de construire un partenariat entre différents acteurs locaux pour la lutte contre le VIH/SIDA. Sont conviés à cet atelier les autorités administratives, les services techniques et les ONG concernés par le VIH, les Associations à Base Communautaire (ABC) et les leaders communautaires. C'est à l'occasion de l'atelier de planification que les plans d'action des projets sont formulés, les coûts des projets estimés et que les tableaux de partenariat sont établis. Il faut préciser que l'atelier est organisé à l'échelle régionale.
- c) Validation par le Comité Directeur: Après l'étape de l'atelier de planification, vient l'approbation des projets par le Comité Directeur du Fonds de Soutien aux Activités en matière de population et de lutte contre le VIH/SIDA (FOSAP), composante du PPLS II, qui joue le rôle d'agence fudiciaire. Le Comité Directeur veille au respect des objectifs et des axes stratégiques du Projet, à la cohérence des sous projets avec les politiques nationales et à la répartition équitable des ressources suivant les priorités du Gouvernement. En outre, le Comité approuve ou rejette les sous projets qui lui sont soumis.
- d) Étape de mise en œuvre: La validation des projets par le Comité Directeur donne lieu à l'établissement et la signature des conventions de financement entre le FOSAP et les promoteurs. Après l'évaluation de la contrepartie des promoteurs, les fonds sont mis à disposition des promoteurs conformément aux conventions de financement signées. Les activités sont mises en œuvre suivant les plans d'action des projets établis lors des ateliers de planification. Les rapports d'activités sont produits mensuellement par les ABC qui les soumettent au Projet Dynamisateur (cf & F) pour compilation.

C. Actions sectorielles

Les Noyaux des Ministères Chefs de File établissent chacun annuellement un Plan d'action. Ces plans d'action sont soumis à l'approbation conjointe du Comité de Pilotage du PPLS II et de la Banque Mondiale. Après cette étape, chaque Noyau met en œuvre ses activités suivant son plan d'action. La supervision/contrôle de qualité est assurée d'abord par chaque Noyau et ensuite par l'équipe multisectorielle de supervision constituée au niveau central.

D. Système de revue du projet

- 1. <u>Revue communautaire</u>; La revue de la communauté consiste à évaluer la mise en œuvre des activités confiées aux associations à base communautaire. Le rôle du facilitateur est d'aider la revue à être un mécanisme de décision qui permet aux communautés de renouveler leur confiance à l'association ou de la lui retirer. Pour cela, les progrès réalisés, les principaux résultats obtenus ainsi que les contraintes à la mise en œuvre sont partagés avec la communauté.
- 2. Procédés de quantification et d'exploitation des données : Pour faciliter la gestion du Projet, des indicateurs de la réponse locale, de performance et d'impacts ont été définis. Ces indicateurs ont été expliqués aux ABC et à tous les partenaires engagés dans la mise en œuvre du Projet. En plus, dans une logique de capitalisation et de meilleure exploitation des données, un canevas de rapport d'activités a été établi et remis à chaque catégorie de partenaires (ABC, Projet Dynamisateur,). Une base de données est créée au niveau central (FOSAP) et permet de consolider les principales données recueillies des partenaires à travers les rapports d'activités. Ces données consolidées sont exploitées et synthétisées dans le rapport d'activités du FOSAP. Ce rapport d'activités distribué à tous les partenaires fait l'objet de restitution systématique au niveau local.
- 3. Coordination de la réponse locale : La réponse locale à la lutte est constituée de l'ensemble des actions de lutte contre le VIH/SIDA au niveau local. Celle-ci est matérialisée par la somme des plans d'action des partenaires locaux. Une première réunion appelée réunion de mise en commun de la réponse locale permet le partage et la validation des différents plans d'action par l'ensemble des partenaires. Ensuite, à la fin de chaque trimestre, les partenaires se réunissent pour faire le bilan de leurs activités, partager les résultats obtenus au niveau national et local, et réfléchir sur les contraintes et y apporter de solutions. Pour les deux zones pilotes, la coordination de la réponse locale est placée respectivement sous l'autorité du Gouverneur de la région. Le secrétariat technique de cette coordination est assuré par les Projets Dynamisateurs.
- 4. <u>Supervision nationale</u>: La supervision nationale est assurée par une équipe multisectorielle du niveau central. L'équipe est composée des cadres du PNLS, du PPLS II, des Ministères Chefs de File, de la Direction des ONG, de la Direction des Activités en matière de Population, du FOSAP et d'autres services techniques.

Les équipes de supervision travaillent avec les ABC partenaires, les Projets Dynamisateurs, les Centres Sociaux, les services techniques des Ministères Chefs de File, les Centres de dépistage Volontaire (CDV), les centres régionaux et points de vente de préservatifs d'AMASOT et les Centres de prise en charge des IST. A la fin de la mission, une réunion de synthèse est organisée pour mettre en commun les principaux résultats obtenus, partager les faiblesses identifiées et s'entendre sur les actions à entreprendre pour corriger les faiblesses.

E. Approche normative

Toutes les activités essentielles sont normées. Celles-ci sont l'éducation par les pairs, la promotion du préservatif, la communication sociale, la prise en charge sociale, économique et juridique et la mobilisation sociale. Pour chacune de ces activités, un guide a été élaboré. Chaque guide contient des fiches techniques et des normes qui permettent aux prestataires de mener aisément leurs activités.

F. Encadrement rapproché des interventions

Le Projet Population et Lutte contre le SIDA (PPLS), à travers sa composante Fonds de Soutien aux Activités en matière de Population (FOSAP), vise le développement, la promotion des ONG/Associations en leur offrant un support financier, technique et professionnel. A cette fin, préoccupé par la situation précaire dans laquelle se retrouvaient la plupart des ONG/Associations ayant sollicité une aide financière au bénéfice d'un « projet », aussi et surtout par le manque d'expérience de ces ONG/Associations et les limites de leur capacité managerielle, des ONG intermédiaires ont été mises à contribution. Ces ONG intermédiaires partageant les mêmes objectifs que le Projet et dotées de capacités techniques suffisantes pour encadrer des petites ONG/Associations sont appelées Projets Dynamisateurs.

Enfants orphelins et vulnérables 0 à 17 ans dont les ménages ont reçu gratuitement un appui de base externe pour la prise en charge des enfants (nombre)		6,872 Rapport FOSAP/FM 2008	8,872	9 870 (111,2%)
Femmes en âge de procréer couvertes par les interventions des ABC (nombre et %)		29,082 EM Pala	393,600	468 495 (119 %)
Enfants vaccines en PENTA3 (nom	bre et %)	52 400 (RMA 2010)	71,620	116 522 (162,69%)
Femmes enceintes ayant bénéficié 3 consultations prénatales (CPN3) visite à un prestataire de services (nombre et %	lors d'une	49 741 (RMA 2010)	70,094	70342 (83,4%)
Accouchements assistes aux form taires publiques et privées (nombre		20 896 (RMA 2010)	25,659	25 093 (97,79%)
Femmes enceintes vaccinées en VAT2+ (nombre et %)		53 742 (RMA 2010)	70,094	111 301 (158,79%)
Femmes ayant bénéficié des consultations post natales lors d'une visite à un prestataire de services de santé (nombre et %)		3 052 (RMA 2010)	7,698	21 586 (280,4%)
Nouvelles utilisatrices des méthodes modernes de contraception (nombre)		4 886 (RMA 2010)	17,836	25 398 (142,40%)
Avantage pour le bénéficiaire (patient, réfugiés, déplacés, HSH, PS)	Elle a permis de toucher à la fois des femm proche holistique VIH et SSR/ SMNI a per n'ayant pas auparavant accès à ces service		mis d'offrir des services d	
Avantages pour le système sanitaire	L'approche a permis d'améliorer les indicateurs de santé au-delà du VIH (vaccination, CPN PF).		là du VIH (vaccination, CPN,	
Leçons apprises	L'approche a permis d'ancrer les projets dans les communautés et de construire un partenariat entre différents acteurs locaux pour la lutte contre le VIH. Les plans d'action locaux ont permis d'adapter les interventions aux besoins des cibles. Elle a démontré la possibilité d'intégrer d'autres approches aux activités VIH et de produire des résultats Facteurs critiques de réussite : un réseau d'acteurs communautaires bien étoffé, une approche de Projet dynamisateur adaptée, une équipe restreinte de pilotage, de formation et de supervision, une disponibilité des ressources financières, l'implication des autorités administratives et la presse dans la revue/bilan des interventions communautaires ; Échéances des activités : des revues trimestrielles au niveau communautaire et régiona ; Procédés de quantification et d'exploitation des données : la compilation des rapports périodiques de tous les acteurs et l'actualisation de la base de données permettent de rendre compte des indicateurs de la réponse locale et de la performance du projet. L'impact des interventions se mesure à travers des enquêtes CAP			

Nom de la structure	Centre de Solidarité des Jeunes pour la Formation et le Développement (CS-JEFOD)
Nom de l'approche	Projet de prévention, de dépistage et prise en charge du VIH-Sida chez les adolescents et jeunes les plus vulnérables (Travailleurs de sexe, domestiques saisonniers, vendeurs ambulants, enfants de la rue) de 10-24 ans dans les 3eme, 5eme, 6eme, 7eme, 8ème et 9eme Arrondissements de la ville de N'Djamena
Domaine de prestation de services	Prévention et prise en charge du VIH pour les jeunes, populations clés et vulnérables

Le Centre de Solidarité des Jeunes pour la Formation et le Développement (CSJEFOD) est une association nationale à but non lucratif, apolitique, autorisée à fonctionner officiellement par le Ministère de l'Intérieur et de l'Administration du Territoire sous folio 2668 de l'année 2007. Elle est reconnue comme une ONG (Organisation Non Gouvernementale) par le Ministère du plan, de l'Économie et de la Coopération Internationale sous le numéro 004/PR/P/MPECI/SG/GGREP/DONG/2012.

L'ONG travaille en milieu jeune depuis 2008 dans les secteurs de l'éducation, de la santé, de l'économie, de la culture et du sport, sur fond des valeurs de non-violence, de justice et de respect des droits de l'homme pour un monde meilleur. Dans cette perspective, le Centre de Solidarité des Jeunes pour la Formation et le Développement sollicite une collaboration avec l'UNICEF pour la prévention du VIH et SIDA, la promotion du test de dépistage mobile et la prise en charge des adolescents et jeunes infectés de 10-24 ans dans six (6) Arrondissements de la ville de N'Djamena, ciblant les sites de fréquentation à haut risque de contamination. Ainsi l'UNICEF qui a pour ambition de promouvoir le bien-être des enfants et des adolescents, noue ce partenariat en vue de la prévention et prise en charge du VIH et Sida en milieu adolescents et jeunes.

Sur la base du plan d'action du Programme de Coopération entre le Gouvernement de la République du Tchad et l'UNICEF, ce dernier s'engage à coopérer avec l'ONG Centre de Solidarité des Jeunes pour la Formation et le Développement, à renforcer les capacités des adolescents et jeunes à faire face à l'épidémie du VIH et SIDA à travers l'éducation basées sur les compétences de Vie Courante (CVC), accès sur le dialogue communautaire, la promotion du test de dépistage mobile et la prise en charge des PVVIH en ciblant les plus vulnérables dans six (6) Arrondissements totalisant vingt-cinq (25) sites de vulnérabilités fréquentées par les adolescents et jeunes vulnérables.

Les fonctionnaires de rue de 40m, les adolescentes exploitées sexuellement sur des sites d'activités des professionnels de sexe, les jeunes et adolescents non scolarisées ont été identifiés comme cibles premières de cette intervention.

En effet, depuis 2005, le gouvernement du Tchad s'est résolument engagé dans la lutte contre les IST/VIH et SIDA qui a endeuillé tant de famille. Des plaidoyers ont été organisés auprès des partenaires au développement afin de mettre fin à cette épidémie. C'est dans le souci d'accompagner le gouvernement à lutter efficacement contre ces fléaux que l'ONG CSJEFOD a, depuis 2008, élaboré et orienté ses programmes dans ces domaines pour aider les adolescents et jeunes en sensibilisant à se faire dépister afin de connaître sa sérologie et bénéficier de la prise en charge médicale.

C'est ainsi qu'à travers le « Projet de prévention, de dépistage et prise en charge du VIH-Sida chez les adolescents et jeunes les plus vulnérables (Travailleurs de sexe, domestiques saisonniers, vendeurs ambulants, enfants de la rue) de 10-24 ans dans les 3^{eme}, 5^{eme}, 6^{eme}, 7^{eme}, 8^{ème} et 9^{eme} Arrondissements de la ville de N'Djamena» a permis une mobilisation grandissante non seulement des adolescents et jeunes vulnérables mais les parents/tuteurs et les autorités administratives et communales. Ce présent projet a été conçu pour une durée de trois (3) mois, qui a couru du 1^{er} Octobre au 31 Décembre 2018.

L'objectif est de prévenir l'infection du VIH et SIDA, la promotion du test de dépistage mobile et la prise en charge des adolescents et jeunes vulnérables de 10 à 24 ans dans six (6) Arrondissements de la Ville de N'Djamena ciblant les sites de hauts risques de contamination

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

L'ONG CSJEFOD a mis en place un mécanisme d'information et de sensibilisation accompagné du test de dépistage volontaire mobile, dans le cadre du projet « **Projet de prévention**, **de dépistage et prise en charge du VIH-Sida chez les** adolescents et jeunes les plus vulnérables (Travailleurs de sexe, domestiques saisonniers, vendeurs ambulants, enfants de la rue) de 10-24 ans dans les 3^{eme}, 5^{eme}, 6^{eme}, 7^{eme}, 8^{ème} et 9^{eme} Arrondissements de la ville de N'Djamena».

L'équipe de la mise en œuvre est composée d'un Chef de projet, qui assure la gestion administrative, un Trésorier Général et trois (3) Superviseurs recrutés pour le suivi et l'accompagnement des adolescents et jeunes relais formés, un pour les 6^{eme} et 9^{eme} Arrondissements, un pour les 5^{eme} et 8^{eme} Arrondissements et enfin un troisième Nestor pour les 3^{eme} et 7^{eme} Arrondissements.

Pour mieux orienter les activités, une première réunion interne en date du 04 Octobre 2018 avec l'équipe du projet a permis d'élaborer le chronogramme de travail, les termes de référence (Tdr) de différentes activités aussi déterminer les critères de choix nécessaires pour le recrutement de ces trois (3) superviseurs, les trente-cinq (35) adolescents et jeunes vulnérables et aussi les trente (30) acteurs notamment les parents/tuteurs, autorités locales, artistes, hommes de médias, responsables des hôtels et auberges pour les prochains ateliers.

Tous les outils de travail ont été soumis à l'équipe de l'UNICEF lors d'une réunion de concertation au sein de l'UNICEF, quelques recommandations et des observations ont été apportées par l'équipe de l'UNICEF sur les stratégies, les critères de choix des participants aux deux (2) ateliers prévus conformément à l'accord signé.

En dehors de l'équipe du projet, l'ONG CSJEFOD a recruté au total vingt-quatre (24) agents de santé (laborantin et chargé de conseil psychosocial) pour le test de dépistage volontaire communautaire. Les superviseurs et animateurs travaillent en étroite collaboration avec les jeunes et relais communautaires formés et les points focaux de vingt-cinq (25) sites de fréquentation à haut risque pour alerter et orienter les activités.

Les superviseurs conformément au contrat de volontariat signé, ils s'occupent de l'identification des sites stratégies d'intervention, la mobilisation des jeunes et adolescents vulnérables, le suivi à domicile et aux Centres de Dépistages Volontaires et la prise en charge des adolescents et jeunes volontaires dans les centres de santé pour le test de confirmation et leur prise en charge, la préparation et l'organisation des dialogues communautaires, des match de football, des productions théâtrales et émissions radios et télévisions avec les jeunes et adolescents vulnérables. Par ailleurs le Coordonnateur du projet en qualité du premier responsable du projet, il apporte ses appuis en conseils à l'équipe de la Coordination.

Résultats

- Cinquante-cinq mille six cent vingt-six (55.626) adolescents et jeunes les plus vulnérables (Travailleurs de sexe, domestiques saisonniers, vendeurs ambulants, enfants de la rue) dans les six (6) Arrondissements sont informés sur les moyens de préventions du VIH, la prise en charge du Sida dans un esprit de tolérance, de cohabitation pacifique et de non-discrimination;
- Quarante un mille sept cent dix-neuf (41719) 75% des adolescents et jeunes les plus vulnérables connaissent les voies de transmission et moyens de prévention du VIH, posent des gestes et ont des attitudes positives et disséminent les messages de non-discrimination dans leur entourage;
- 3. **Dix mille soixante-onze (10.071) soit 93%** des adolescents et jeunes sont dépistés du VIH et connaissent leurs statuts sérologiques ;
- 4. **Mille huit cent sept (1807)** parents/tuteurs, autorités locales, artistes, hommes de médias, responsables des hôtels et auberges sont informés sur la loi 019/PR/2007 portant lutte contre le VIH/SIDA/IST et protection des droits des personnes vivant avec le VIH et SIDA et la loi No 006/PR/2002 Portant promotion de la santé de reproduction et d'autres pratiques néfastes;
- 5. Mille quatre-vingt-quatre (1084) soit 60% des parents/tuteurs, autorités locales, artistes, hommes de médias, responsables des hôtels et auberges ciblés connaissent les textes relatifs aux droits des personnes vivant avec le VIH et SIDA, la promotion de la santé de reproduction et d'autres pratiques néfastes, le mariage des enfants et les voies de transmission, les moyens de prévention du VIH accompagnés du test de dépistage communautaire des adolescents et jeunes
- 6. **Huit cent soixante-sept (867) soit 80%** des parents/tuteurs, autorités locales, artistes, hommes de médias, responsables d'hôtels et auberges s'engagent à contribuer véritablement à la promotion des textes ci-dessus et encouragent leurs adolescents et jeunes à se faire dépister de manière volontaire en vue de connaître leur état sérologique et enfin faire le suivi régulier pour la prise en charge ;

Avantage pour le bénéficiaire (patient, réfugiés, déplacés, HSH, PS)	Il s'agit d'un projet intégrateur qui a permis de toucher les populations clés (PS et vulnérables (jeunes, artistes, domestiques saisonniers, vendeurs ambulants, enfants de la rue) avec des activités de prévention du VIH. De plus, le plaidoyer auprès des autorités et populations locales a contribué à améliorer l'environnement favorable, la tolérance sociale et la stigmatisation
Avantages pour le sys- tème sanitaire	L'intervention a permis de détecter et référer des cas pour les IST et le dé- pistage du VIH. Le dépistage des jeunes a permis d'augmenter le nombre de jeunes et adolescents sous ARV
Leçons apprises	La combinaison des interventions avec le plaidoyer pour l'environnement favorable contribue à mieux atteindre les cibles. Le ciblage des populations clés et vulnérables chez les jeunes est une stratégie importante non seulement pour la prévention du VIH mais également pour atteindre les 2 premiers 90 de l'objectif 90-90-90

Nom de la structure	Centre Djenandoum Naasson (CDN)
Nom de l'approche	A cœur-ouvert : espace de secret partagé, de non-discrimination et de non jugement
Domaine de prestation de services	Prévention et PEC du VIH

Créé en 2005 dans le cadre du jumelage entre les villes de Moundou au Tchad et celle de Potiers en France, le centre Djenandoum Naasson (CDN) est l'une des structures pionnières de la prise en charge des PVVIH à Moundou. Ce centre appuyé par le programme Grandir depuis 2007, gère la plus grande file active d'enfants séropositifs suivis à Moundou et environs. Le centre assure une PEC globale des PVVIH. Pour faire face aux rumeurs, stigmatisation et tabou entretenus dans l'environnement tchadien, le centre a initié et mis en œuvre plusieurs activités afin d'assurer un accompagnement psychosocial de qualité à ses clients. « A Cœur ouvert » a démarré au centre en juin 2006, une période où les activités de prévention et prise en charge médico-sociales n'étaient pas encore très développées et où les PVV étaient abandonnés à euxmêmes à cause de la forte discrimination et stigmatisation liées au VIH. Pour aider les PVV à faire face aux différentes situations liées à leur sérologie, il fallait créer une activité d'IEC qui devait démarrer en prélude des consultations.

C'est ainsi que la stratégie dénommée «« A CŒUR OUVERT » a été proposée et adoptée par les patients à l'unanimité. L'activité « A Cœur ouvert » qui constitue une bonne pratique se déroule au centre Djenandoum Naasson de Moundou. L'objectif de cette activité est de sensibiliser les usagers du centre non seulement sur le bien-fondé des actions qu'il réalise en leur faveur mais aussi et surtout de les amener à connaitre leurs droits et devoirs vis-à-vis des services de santé qui leur offrent des prestations. Autrement dit, « A Cœur ouvert » est un espace d'échange et de partage entre les patients et le personnel. Il leur permet de discuter de manière constructive sur les questions liées à la prise en charge globale proposée par le centre. Dans les échanges, l'accent est mis sur les attitudes de non-jugement et de non-discrimination. Dans cet espace d'échange, les valeurs de la confidentialité, du consentement éclairé et du libre choix sont régulièrement respectées par les usagers et le personnel afin d'instaurer entre les deux parties, un climat de confiance mutuelle. C'est un régulateur qui contribue au mieux à l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux bénéficiaires de service.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

A sa création, l'activité était essentiellement animée par le personnel du service social composé par 3 agents) sur des thèmes précis. Au fil de temps, l'activité a évolué car de la sensibilisation sur les modes de transmission, moyens de prévention, stigmatisation, discrimination, etc., tous les thèmes sur la prise en charge médico-sociale sont développés avec l'implication de tout le personnel du centre. Les thèmes sont proposés sur écrit par les agents de chaque service ; selon leur pertinence, les thèmes sont choisis et discutés en staff (réunion de validation avec tout le personnel) avant leur mise en œuvre. Les animateurs sont programmés hebdomadairement en fonction des thèmes retenus ; les animations ont une durée de 30 minutes et démarrent tous les jours ouvrables de 7h 15 minutes à 7h 45 minutes du matin pour en présence de tout le personnel. Il importe de souligner que le renouvèlement des thèmes de « A Cœur ouvert » se fait au minimum tous les mois, ce qui permet de toucher tous les patients (rendez-vous des patients pour le renouvèlement du traitement ARV va d'un à trois mois). Bref, un cadre qui permet aux uns (prestataires de service) et autres (usagers) d'agir dans le respect de la dignité humaine en vue d'une bonne collaboration ; elle permet également de rechercher ensemble des solutions adaptées aux problèmes identifiés. Par exemple en cas de retard du côté des patients ou de celui du personnel, il faut expliquer ou donner les raisons de ce retard afin que les deux camps puissent se comprendre et éviter de se mettre en colère.

Résultats		
Après la mise en œuvre de l'approche		
Avant la mise en œuvre de l'approche	[Plus-value]	
L'insuffisance de prise de conscience et connais- sances de la question de la stigmatisation et discri- mination ainsi que leurs effets néfastes ; la peur de se faire dépister des PVVIH avant cette approche par manque de connaissances et d'informations ; le mau- vais accueil du personnel de santé à l'égard des PVV et le déni de la maladie.	 - Instauration d'un climat de confiance mutuelle; - Respect des droits et devoirs par les usagers de service et le personnel; - Réceptivité (prise en compte) du personnel des critiques constructives des patients; - Désir permanent du personnel d'innover les thèmes de l'animation de l'activité; - Ponctualité du personnel (tout le personnel doit être au CDN avant le démarrage de la séance de « A Cœur ouvert à 7h 15 minutes » du matin); - Adhésion des patients à leur PEC: les patients observent le circuit de la PEC (CDV, service social, service médical de la consultation à la prise de médicaments à la pharmacie); - Respect des rendez-vous par les patients; - Décomplexité des PVV par rapport à leur sérologie; - Forte demande de service de dépistage volontaire (grâce aux témoignages, les patients et les accompagnants sensibilisent leurs proches à se faire massivement dépister); - Participation des bénéficiaires dans leur PEC (contribution à hauteur de 1000 par mois pour soutenir le centre); - Implication des familles des PVV suivis dans les activités du CDN; - Adhésion massive des couples des PVVIH aux CPN dans le cadre de la PTME (réussite à 100%); - Baisse du taux des perdus de vue, bonne observance des patients aux traitements; 	
	-Intégration de l'activité dans les autres centres de PEC (exemple de HDJ/HPM et CDLS qui ont intégré cette activité dans les leurs).	
Leçons apprises	Créer un cadre confiant aux patients leur permet de casser les tabous et d'accroitre la demande de service de dépistage et de prise en charge.	

Nom de la structure	Réseau National Tchadien des Associations des PVV (RNTAP+)	
Nom de l'approche	Femmes leaders pour améliorer les indicateurs de la PTME	
Domaine de prestation de services	Prévention du VIH en milieu communautaire	

Au Tchad, l'épidémie du VIH évolue de façon généralisée et exponentielle dans un contexte marqué par la persistance des comportements à risques favorisés par les pesanteurs socioculturelles, l'analphabétisme et la pauvreté.

Les questions relatives à la santé de reproduction et la SMNI demeurent un sujet tabou dans les communautés. Les activités en faveur de la prévention des grossesses non désirées sont timides. Quelques rares associations ont abordé cette problématique, mais sa couverture est toujours faible sur l'étendue du territoire national.

C'est ainsi que, dans le cadre du Nouveau Model de Financement (NFM/FM) alloué au Tchad, le Réseau national des personnes vivant avec le VIH (RNTAP+) a élaboré un projet intitulé: « appui à la mobilisation communautaire, de plaidoyer en faveur de l'accès et l'utilisation des services de prévention et de soins de qualité chez les femmes enceintes, allaitantes et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH ».

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Des femmes ont été choisies parmi les femmes PVVIH qui ont fait la PTME avec succès. Il s'agit de partager leurs expériences de la PTME et des avantages de la planification familiale et de la prévention positive. 3 sessions de formation de 2 jours à l'intention de 74 femmes leaders à Ndjamena ont été organisées en 2019.

Ces femmes séropositives paires leaders formées organisent par trimestre des séances collectives d'IEC sur la SMNI/PTME/PF au profit des femmes ciblées. Ces séances ont permis de renforcer l'acceptation du dépistage par les femmes enceintes et le suivi post-natal ainsi que le maintien du couple mère-enfant dans la cascade PTME. Les femmes enceintes ciblées par ces séances sont celles qui n'ont pas acceptées le dépistage lors des CPN (taux d'acceptation = 53% en fin 2014) ou qui ont un problème de maintien dans la cascade. Il s'est agi d'organiser des séances collectives dans la communauté par trimestre. Chaque séance organisée regroupe 30 personnes en vue d'une bonne participation. Une collation est accordée aux participantes.

Résultats	
Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]
Les questions relatives à la santé de reproduction et la SMNI demeurent un sujet ta- bou dans les communautés. Les activités en faveur de la prévention des grossesses non désirées sont timides.	Echange d'expérience effective entre les femmes participantes dans la communauté. Au 4ºme trimestre de 2019, sur une cible de 3991, un total de 2494 personnes dont 381 hommes et 2113 femmes ont été touchées lors des séances de SMNI/PTME/PF. On a constaté à un changement de comportement des PVV mais surtout chez les femmes séropositives :
Les séances d'échange d'ex- périence n'étaient pas encore bien structurées (il était rare qu'une femme séropositive fasse le témoignage à visage découvert devant les autres femmes)	☐ le taux d'infection des enfants nés de mères séropositives a relativement baissé ; ☐ La plupart des femmes enceintes séropositives accouchent à l'hôpital et dans les centres de santé.
Leçons apprises	Cette expérience a montré qu'il était possible d'obtenir des témoignages à visage découvert et de briser le silence. Cette stratégie a permis d'améliorer de manière significative l'offre de service et la demande en matière de la SR/SMNI/PTME/VIH.

Nom de la structure	Réseau National Tchadien des Associations des Personnes Vivant avec le VIH (RNTAP+)
Nom de l'approche	Participation des hommes et femmes champions en faveur de la PTME/SMNI/PF
Domaine de prestation de services	Prévention du VIH

Au Tchad, l'épidémie du VIH évolue de façon généralisée et exponentielle dans un contexte marqué par la persistance des comportements à risques favorisés par les pesanteurs socioculturelles, l'analphabétisme et la pauvreté.

Les questions relatives à la santé de reproduction et la SMNI demeurent un sujet tabou dans les communautés. Les activités en faveur de la prévention des grossesses non désirées sont timides. Quelques rares associations ont abordé cette problématique, mais sa couverture est toujours faible sur l'étendue du territoire national.

C'est ainsi que, dans le cadre du Nouveau Model de Financement (NFM/FM) alloué au Tchad, le Réseau national des personnes vivant avec le VIH (RNTAP+) a élaboré un projet intitulé: « appui à la mobilisation communautaire, de plaidoyer en faveur de l'accès et l'utilisation des services de prévention et de soins de qualité chez les femmes enceintes, allaitantes et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH ».

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Les activités de mobilisation sociales sont animées par les hommes et femmes champions (1 femme et 1 homme). Les séances organisées permettent de renforcer l'acceptation du dépistage par les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer, le suivi post-natal, le maintien du couple mère-enfant dans la cascade PTME et de plaider auprès des leaders d'opinions. Ces couples champions sont formés sur la SMNI/PTME/PF et portent leurs messages sur cette thématique. Les femmes en âge de procréer ciblées par ces séances par exemple sont celles qui n'ont pas accepté le dépistage lors des CPN (taux d'acceptation = 53% rapport coordination PTME 2014) ou qui ont un problème de maintien dans la cascade. Ainsi donc, des séances collectives dans la communauté sont organisées par trimestre mais aussi des émissions radiophoniques dans les radios communautaires.

'	
Résultats	
	Après la mise en œuvre de l'approche
Avant la mise en œuvre de l'approche	[Plus-value]
Il a été constaté dans 16 villes du Tchad et mêmes dans certains centres urbains que la demande de service de PTME était presque inexistante quand bien même que l'offre existait. Les femmes enceintes séropositives ignoraient les avantages de la PTME.	Des progrès significatifs ont été constatés au cours de cette année. A travers les séances de mobilisation sociale organisées par les 52 hommes et femmes champions dans les centres périurbains, 23132 personnes ont été touchées parmi lesquelles on compte 7290 hommes et 15842 femmes en 2018. Au quatrième trimestre de 2019 sur 1257 (464 hoes ; 793 fes) personnes ayant participées aux séances de mobilisation sociale, 447 (170 hommes ; 277) ont été orientées dans les formations sanitaires soit 35% d'hommes et 35% de femmes. Les séances d'IEC portant sur la SMNI/PTME/PF animées par les 74 femmes leaders formées ont permis de renforcer l'acceptation du dépistage par les femmes enceintes et le suivi post-natal ainsi que le maintien du couple mère-enfant dans la cascade PTME.
Leçons apprises	L'expérience a prouvé que l'on peut faire travailler ensemble des pairs de personnes infectées et non infectées.

Nom de la structure	Réseau National Tchadien des Associations des Personnes Vivant avec le VIH (RN-TAP+)
Nom de l'approche	Contribution des Conseillers Psycho-sociaux (CPS) dans l'accompagnement des clients
Domaine de prestation de services	Traitement, Prise en charge et soutien

Le Tchad à travers son PSN 2018-2022 a souscrit aux objectifs 90- 90- 90. Pour l'atteinte de ces objectifs, la stratégie « test and treat » de l'OMS a été adoptée. Le pays compte 114 structures hospitalières (hôpitaux, FOSA, centre de prise en charge) et la prise en charge des PVV est assurée en 2017 dans 102 sites dont 85 sont des hôpitaux. Le programme ambitionne d'étendre la couverture de la prise en charge à l'ensemble des hôpitaux fonctionnels en couvrant les 29 restants. Pour ce faire, la stratégie de dépistage différencié du VIH sera introduite, et la PEC différenciée, le tout soutenu par une forte implication communautaire.

Dans le souci de contribuer à la résolution de ces faiblesses évoquées, le RNTAP+ avec l'appui des partenaires a formé et déployé sur le terrain des conseillers psychosociaux. Les CPS ont pour taches d'assurer les permanences au niveau hospitalier (centre de santé), des entretiens individuels avec les patients orientés par le personnel de santé à travers le pré-test et le post-test et appuyer les activités de promotion de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

Au niveau communautaire, ils incitent les femmes enceintes et les couples à fréquenter les CPN. Ils servent également de relais à travers le conseil à l'observance et la vie positive.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Les CPS sont formés et déployés dans les formations sanitaires à travers le pays. Ils ont pour taches d'assurer les permanences au niveau hospitalier (centre de santé), des entretiens individuels avec les patients orientés par le personnel de santé à travers le pré-test et le post-test et appuyer les activités de promotion de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Ils incitent les femmes enceintes et les couples à fréquenter les CPN. Ils servent également de relais à travers le conseil à l'observance et la vie positive.

Résultats		
		Après la mise en œuvre de l'approche
Avant la mise en œuvre de l'a	ар-	[Plus-value]
Faible couverture en CPN taux de rétention des PVVI ARV était trop faible. On avait aussi noté que les ac les progrès majeurs, les résul les acquis des districts san n'étaient pas suffisamment mentés. La discrimination et matisation des patients PV les structures sanitaires par sonnel soignant étaient noto	H sous ctivités, ltats et nitaires docu- la stig- V dans le per-	Les interventions des CPS ont permis d'augmenter la couverture des centres de santé ayant des activités CPN/PTME de 59,36% (799/1346) en 2016 à 72,90% (1087/1491) en 2017. Le taux de rétention des PVV s'est amélioré et le taux des perdus de vue a baissé de manière significative. Les résultats des activités SMNI/PF/PTME sont très satisfaisants grâce à l'appui des CPS (3046 personnes dont 471 hommes et 2575 femmes ont été touchées par les CPS) au T4 2019. En fin, les pharmacies et CDV/CDT sont tenus par les CPS.
Faible leadership des associations des PVV		Implication des réseaux des PVV et des tuberculeux dans le processus d'élaboration de différentes notes conceptuelles pour les subventions du Fonds Mondial et à la validation de tous les documents cadres des programmes.
Leçons apprises		state que leur dévouement dans la chaine de PEC est considérable et cer- PS font même la prescription et dispensation des ARV.

Nom de la structure	Réseau National Tchadien des Associations des Personnes Vivant avec le VIH (RNTAP+)
Nom de l'approche	Dépistage dans la famille des PVV à partir des cas index
Domaine de prestation de services	Prise en charge pédiatrique et prévention

Le Tchad est un pays d'Afrique centrale avec un système de santé très faible. Les causes principales sont la persistance d'un gap important en ressources humaines (en quantité et en qualité), la faible couverture géographique des services de santé de qualité (2/3 de la population se trouve à plus 5 km d'un centre de santé) et de leur gouvernance, un système de suivi et évaluation très faible

L'analyse de la situation des soins pédiatriques montre que le statut sérologique n'est pas connu chez 78,1% (8 435/10 800) des enfants de 0-14 ans. De surcroit, 78,6% (7 638/9 720) de ces enfants n'ont pas accès à un TARV et 0,8% d'entre eux ont une charge virale indétectable. En 2017, moins d'un enfant sur cinq soit 17,3% a eu accès à une prise en charge VIH pédiatrique. L'analyse des goulots d'étranglement de la prise en charge pédiatrique du VIH met en exergue les faiblesses liées l'organisation de l'offre de service en dépistage et en soins courants aux enfants vivant avec le VIH. En effet, la couverture limitée des services de diagnostic précoce des nourrissons, la faible décentralisation du traitement pédiatrique, le manque d'extension de la fourchette de délégation des tâches des pédiatres et médecins aux paramédicaux (Infirmiers, Sages-femmes Diplômées d'Etat et agents Techniques de Santé), et aux agents de santé communautaire et sociaux sans omettre la stigmatisation du VIH, qu'elle soit personnelle, familiale ou au niveau de la société constituent les principaux goulots d'étranglement de la prise en charge pédiatrique au Tchad. A cela s'ajoute l'insuffisance de ressources humaines formées à la prise en charge pédiatrique et l'absence d'intégration des services de santé maternelle et infantile avec les services de dépistage du VIH et de traitement antirétroviral. Cette absence d'intégration ne permet pas une utilisation optimale des différentes portes d'entrée pouvant faciliter l'identification et la prise en charge des enfants exposés ou infectés par le VIH.

L'objectif du nouveau plan national d'accélération de la prise en charge pédiatrique du VIH et du sida 2019-2023 est de lever ces goulots. Le plan vise l'amélioration de la santé et de la survie des enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH par l'accélération du dépistage, de la mise sous traitement ARV et de la rétention aux soins.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Cette stratégie consiste à accroitre l'offre de service en matière de dépistage et prise en charge pédiatrique dans la communauté des personnes vivants avec le VIH. Il s'agit de toucher dans les provinces concernées les PVV sous traitement. La taille de l'échantillon est retenue sur la base de la file active selon le rapport du Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida de l'année 2018.

Elle permettra de dépister 90% du total des enfants, adolescents et jeunes enfants, issus des PVV sous traitement dans ces ménages. Car, nous supposons que dans une famille de cas index, on peut dépister au moins trois (3) enfants de la tranche d'âge ciblée ci-dessus. Le diagnostic précoce des nouveaux nés des mères séropositives sera également effectué au cours de l'activité.

La campagne durera 10 jours et mobilisera 36 agents à savoir les CPS, les membres des associations y compris les points focaux VIH et les laborantins des districts sanitaires cités ci-haut. Chaque agent doit dépister en moyenne 12 personnes par jour soit (04) cas index touchés. Pour rappel, les stratégies envisagées consistent à identifier et mobiliser dès le départ les sujets index (PVVIH sous TARV) à partir desquels les enfants seront dépistés. Pour garantir la confidentialité et obtenir le consentement éclairé, les rendez-vous ont été pris selon la convenance du sujet index (l'heure et le lieu ont été décidés par le cas index). La méthodologie ci-après a été utilisée :

- Réunion préparatoire avec les partenaires au niveau central ;
- Mission de plaidoyer auprès des leaders d'opinions(religieux), responsables administratifs, sanitaires et les leaders des associations des PVVIH
- Identification et formation des agents de dépistage ;
- Supervision, collecte et compilation des données ;
- Restitution des résultats au niveau des districts concernés.

Résultats	
Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]
L'analyse de la situation des soins pédiatriques montrait que le statut sérologique n'était pas connu chez 78,1% (8 435/10 800) des enfants de 0-14 ans. De surcroit, 78,6% (7 638/9 720) de ces enfants n'avaient pas accès à un TARV et 0,8% d'entre eux avaient une charge virale indétectable	na, Chari-Baguirmi, Guera, Batha, Ouaddaï), 9768 enfants, jeunes et adolescents ayant un âge compris entre 1 à 25 ans plus. Sur les 1646 sujets index, 654
Leçons apprises	 - Le choix de la période et le lieu de mise en œuvre de cette campagne sont importants (pas pendant la période des récoltes par exemple).

Nom de la structure	Réseau National Tchadien des Associations des Personnes Vivant avec le VIH (RNTAP+)
Nom de l'approche	Dépistage nocturne dans les points chauds
Domaine de prestation de services	Prévention complets destinés aux populations clés
Contexte et justification de l'approche	

Le Tchad fait face à une épidémie du VIH de type généralisé avec une prévalence de 1,6% dans la population générale en 2015. Cette prévalence cache des disparités car elle est plus concentrée chez les populations clés parmi lesquelles se trouvent les Professionnelles de Sexe, et personnes à risques. La vulnérabilité des personnes à risque est tributaire de plusieurs déterminants tels que la stigmatisation, la discrimination, le cadre légal politique et juridique qui confinent cette population à la clandestinité, créant ainsi des obstacles à leur accès au dépistage du VIH et des IST, à l'information, aux moyens de prévention, aux soins, aux traitements, aux services d'appui, bref aux paquets d'intervention à développer pour la prise en compte de cette catégorie de population qui constitue véritablement des sources de transmission. Cette situation engendre une augmentation des risques de transmission du VIH non seulement parmi les personnes à risques mais leurs autres partenaires. Les risques individuels encourus par les personnes à risque sont évidents en ce qui concerne les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

En vue de réduire les nouvelles infections à VIH au sein des populations clés (professionnelles de sexe et leurs clients), le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) a proposé dans le cadre des subventions du Fonds Mondial dans sa phase 1, la stratégie de dépistage nocturnes dans les points chauds. Le Projet a pour finalité de contribuer au renforcement de la réponse nationale au VIH/SIDA pour le passage à l'échelle des structures de prévention et de prise en charge globale de ces populations clés.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Soixante (60) animateurs et Disc Jocker(DJ) sont formés et déployés dans 11 villes à forte concentration des PS pour mettre en œuvre ce projet. Pour pouvoir disposer des données sur le taux de positivité chez les PS, le dépistage nocturne est réalisé par trimestre par ville concernée (Abéché, N'Djamena, Bongor, Kélo, Moundou, Doba, Koumra et Sarh, Mongo, Ati et Oum-Hadjer). Chaque séance de dépistage est précédée d'une animation et l'équipe de dépistage est composée de 2 CPS et d'un animateur. Les binômes réalisent les activités d'animation grands publics et propose l'offre de dépistage dans les points chauds .Les cibles testées positives sont référées dans les FOSA pour la confirmation et mise sous TARV. En pratique :

- Le DJ commence avec le jingle de l'animation produit spécialement ;
- Il annonce le thème de l'animation du jour préalablement planifié ;
- Il déroule le thème pendant une quinzaine (15e) de minutes;
- Il propose aux PS et leurs clients les moyens les plus efficaces pour se protéger contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH, sans oublier le risque que représente la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et le sida;
- Il fait la promotion des préservatifs et les points de ventes les plus proches.

Il propose le test de dépistage aux clients et indique les structures de santé les plus proches qui font la PEC.

	Résultats	
Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]	
La situation de l'épidémie du VIH dans ce groupe n'était pas connue, ainsi que le niveau de connaissance sur le VIH et les moyens de prévention. L'insuffisance du nombre des pairs éducateurs au sein des populations clés ,l'absence des supports de communication spécifique à ce groupe, l'indisponibilité des préservatifs et le manque de confiance aux personnels de santé qui ne gardaient pas le secret médical (absence de confidentialité, mauvais accueil du personnel de santé à l'égard des PVV et populations clés).	La mise en œuvre de l'approche a permis de disposer des données et de réaliser une cartographie des points de fréquentation des populations dans 11 villes en 2017. Au T4 2019, les résultats des activités de dépistage ont montré que 495 professionnelles de sexe et leurs clients ont été dépistées parmi lesquelles on dénombre 214 PS et 281 Clients. Il ressort que toutes les personnes dépistées ont pris connaissance de leur statut sérologique dont 37 cas positifs, 25 PS et 12 de leurs clients soit un taux de séropositivité de 7%. Les cas positifs sont orientés vers les structures de prise charge.	
Leçons apprises	Une adhésion de la part des autorités administratives, sanitaires et de la police suite à la formation et à la sensibilisation. Ces activités de formation et de sensibilisation se sont révélées nécessaires suite aux difficultés constatées en début de la stratégie ; -Forte adhésion des pairs éducateurs PS ; - Les PS et leurs clients souhaiteraient recevoir de préservatifs gratuitement.	

MEILLEURES PRATIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Nom de la structure	ructure ONG / BASE			
Nom de l'approche Prise en charge de la tuberculose dans les maisons d'arrêt				
Domaine de prestation de services	Prise en charge de la tuberculose			

Contexte et justification de l'approche

Les prisonniers ont été identifiés comme faisant partie de population clés pendant le processus de demande de financement du NFM1 et du NFM2. Les interventions dans les maisons d'arrêt ont été confiées à l'ONG BASE qui collabore avec d'autres associations à base communautaire.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Organiser des séances de sensibilisation mensuelles dans les prisons ciblées (05). Ces séances sont organisées conjointement par un membre de l'ONG BASE un membre de la croix rouge et un élément de RENALTUB.

Résultats		
Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]	
L'analyse de la situation avait démontré une intervention quasi inexistante dans les maisons d'arrêt alors que les maisons d'arrêt tchadiennes constituaient des milieux propices de propagation de la TB.	56 séances ont pu être réalisées dans les 5 grandes maisons d'arrêt. Le nombre de prisonniers atteints est de 300. 82 crachats prélevés et envoyés au CDT 17 patients sous traitements antituberculeux.	
Leçons apprises	Des prisonniers atteints de la TB sont privés des soins faute de la faiblesse des infirmeries. Cette approche a permis de rapprocher le service des prisonniers. L'approche est à conseiller pour le VIH dans les maisons d'arrêt. Intervention utile permettant de mettre en traitement de nouveaux patients TB. Expérience utile à poursuivre.	

Nom de la structure	ONG BASE	
Nom de l'approche	entification et formation des ASC nomades	
Domaine de prestation de services	Prévention et prise en charge de la TB	

Le mode de vie des populations nomades comporte des déplacements permanents. Leur accès aux services de diagnostic de tuberculose est limité. Dans la demande du NFM, ils sont classés parmi les populations clés/vulnérables. Aller chercher les cas de tuberculose parmi ces populations est alors une intervention pouvant améliorer la prise en charge globale de la tuberculose dans le Pays.

La mise en œuvre du volet communautaire ciblant la population nomade a consisté à la réalisation de l'identification des Agents de Santé Communautaire Nomades, leur formation sur les signes, les traitements de la maladie pour leur permettre de sensibiliser, d'identifier les suspects et accompagner les cas de tuberculose en traitement dans le milieu nomade.

En effet, la formation des Agents de Santé Communautaire vise à les outiller sur les techniques de communication pour le changement de comportement (CCC), la mobilisation sociale et le plaidoyer en vue de leur permettre de renforcer la participation communautaire aux soins de la tuberculose. Il s'agit d'augmenter la connaissance des communautés sur la tuberculose et d'intensifier la recherche des cas de tuberculose dans la communauté. À travers l'organisation des séances de causerie éducative, de la visite à domicile et du Counseling, les ASC vont jouer un rôle d'interface entre les communautés et les Centres de Santé et les hôpitaux de districts visant à obtenir une bonne adhésion au traitement pour les cas de la tuberculose et la recherche des perdus de vue.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

Au courant du mois de juillet 2017, une mission d'identification des Agents de Santé communautaire en milieu nomade a été réalisée conjointement par le Programme National de lutte contre la tuberculose (PNT) le Bureau d'Appui, Santé Environnement (BASE) et le Programme National pour la Santé des Nomades et des Populations d'accès difficiles (PNSN). Les cinquante (50) Agents de Santé Communautaire Nomades sélectionnés ont été formés sur le Guide de l'Agent de Santé Communautaire en matière de lutte contre la Tuberculose au Tchad.

À travers l'organisation des séances de causerie éducative, de la visite à domicile et du Counseling, les ASC vont jouer un rôle d'interface entre les communautés et les Centres de Santé et les hôpitaux de districts visant à obtenir une bonne adhésion au traitement pour les cas de la tuberculose et la recherche des perdus de vue.

Résultats			
	Après la mise en œuvre de l'approche		
Avant la mise en œuvre de l'approche	[Plus-value]		
Les nomades abandonnés à leur triste sort. Manque d'intervention spécifique de prise en charge de la TB	Cette mission d'identification a permis de sélectionner 50 ASC Nomades, dans dix (10) Centres de santé situés sur les couloirs de transhumance, soit cinq (5) ASC par centre de santé.		
chez les nomades.	Ces cinquante (50) Agents de Santé Communautaire Nomades sélectionnés ont été formés sur le Guide de l'Agent de Santé Communautaire en matière de lutte contre la Tuberculose au Tchad.		
Leçons apprises	Il est possible d'assurer les services de santé à la population nomade, pourvu qu'on requiert l'implication et l'engagement des acteurs communautaires le long des couloirs d'organiser une collaboration entre les ASC nomades et les services de santé des couloirs de transhumance.		

Nom de la structure Programme National de Lutte contre le Paludisme			
Nom de l'approche	m de l'approche Prise en charge communautaire du paludisme		
Domaine de presta- tion de services	Prise en charge du paludisme		

Avant cette expérience la prise en charge du paludisme se faisait seulement au niveau des formations sanitaires. Les populations avaient difficilement accès aux services de prise en charge liées à la distance, aux facteurs économiques, à l'ignorance. De plus, la demande de prise en charge du paludisme par les malades étaient faibles du fait de l'absence d'information mais aussi des coûts engendrés pour atteindre les services.

Pour cette intervention, il s'est agi d'engager d'autres acteurs communautaires dans la fourniture de services de sensibilisation, de détection et de prise en charge des cas de paludisme au sein des communautés. A la faveur de la santé communautaire, le programme paludisme a introduit la prise en charge des cas de paludisme en milieu communautaire en compléments des efforts déployés dans les services de santé.

Méthodologie /stratégies de mise en œuvre

La méthodologie utilisée a été la suivante :

- Recrutement des ASC suivant des critères prédéfinis ;
- Formation des ASC sur les outils de la santé communautaire ;
- Équipement des ASC (vélo, bottes, sacs.....);
- Dotation des ASC des intrants ;
- Motivation des ASC;
- Encadrement et supervision des ASC.

Résultats			
Avant la mise en œuvre de l'approche	Après la mise en œuvre de l'approche [Plus-value]		
Informations chiffrées non disponibles	 En 2017 Sur les 325 134 cas de paludisme suspectés dans les Provinces pilotes, 296 789 ont été testés par le TDR et par les ASC, soit 91,15%. 234 757 ont été confirmés positifs, soit 79% de taux de positivité; 220 270 cas confirmés positifs ont été pris en charge correctement selon les directives nationales (ASAQ); 95 007 cas ont été référés au Centre de santé, soit 29,22% des cas suspectés. En 2018 Sur les 381 708 cas de paludisme suspectés dans les Provinces pilotes, 289 035 ont été testés par le TDR et par les ASC, soit 76%. 222 205 ont été confirmés positifs, soit 79% de taux de positivité; 161 227 cas confirmés positifs ont été pris en charge correctement selon les directives nationales (ASAQ); 		

fic	vantage pour le béné- ciaire (patient, réfu- és, déplacés, HSH, PS .)	Cette approche a permis d'offrir des services à des populations éloignées des centres de santé et de réduire les coûts financiers supportés par les communautés
Avantages pour le système sanitaire sengorger les services en faisant prendre en charge communautés. Cela a permis également d'améliorer termes de morbidité et de mortalité (détection et tra Cette approche a démontré qu'il est possible d'eng ceux de la santé dans la lutte contre le paludisme. En vention qui contribue à i) réduire la charge du travai offrir des services de proximité aux communautés élo		Cette approche a permis d'atteindre les populations les plus éloignées et de désengorger les services en faisant prendre en charge les cas simples au sein des communautés. Cela a permis également d'améliorer les indicateurs de santé en termes de morbidité et de mortalité (détection et traitement précoce
		Cette approche a démontré qu'il est possible d'engager d'autres acteurs que ceux de la santé dans la lutte contre le paludisme. En plus, elle s'avère une intervention qui contribue à i) réduire la charge du travail du personnel de santé, b) offrir des services de proximité aux communautés éloignées des centres de santé et c) de contribuer à réduire la morbidité en milieu rural

4.5.11. Discussion sur les résultats de l'étude

• Sur la place des acteurs communautaires et de la société civile

Une place de choix est accordée aux organisations de la société civile et aux organisations communautaires dans la santé

Au Tchad, dans les politiques comme dans les orientations stratégiques, une considération est accordée à la société civile et les acteurs communautaires. Dans le Plan national de développement (PND) pour atteindre le résultat 2.3.2 : relatif au respect des droits humains, il est prévu l'implication de la société civile et le renforcement de ses capacités. Il en est de même pour le résultat 2.3.7 qui stipule que la société civile est impliquée dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des politiques publiques. Pour le suivi/coordination de ce Plan, un Comité technique composé des membres du Gouvernement impliqués dans la mise en œuvre du PND 2017-2021 et présidé par le Ministère en charge du Plan a été mis en place. Parmi les sous-organes rattachés directement à ce Comité Technique de Pilotage figure les organisations de la société civile.

Au niveau du Plan national de développement sanitaire, l'orientation stratégique 23 est dédié au Renforcement des activités de santé à base communautaire dans tous les districts sanitaires, tandis que l'orientation stratégique 24 prévoit le Renforcement des stratégies de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé. Les acteurs de cette promotion ne sont pas seulement structures publiques mais, aussi la société civile.

Dans le document de stratégie de couverture sanitaire universelle (CSU) l'axe 5 prévoit de « prendre davantage en compte les souhaits de la population en consultant la société civile sur les besoins en protection sociale et en santé ».

Sur la base de ces quelques exemples ci-dessus, il n'y a plus de doute sur la considération de la société civile et les organisations communautaires dans les politiques et les orientations stratégiques nationales.

Cette place de choix est occupée, mais bonifiée de manière mitigée

La participation communautaire est une dimension importante des stratégies de développement, notamment en santé dont elle constitue à la fois un élément du processus et une finalité. Reconnue d'importance depuis le lancement de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire a été progressivement étendue dans les différents domaines et programmes de santé.

Toutefois, il apparait de manière récurrente dans les évaluations que l'implication et la qualité de la participation communautaire ne vont de pair, ce qu'a constaté également l'étude. Soit les acteurs qui les impliquent ne le font pas de manière appropriée ou honnête, soit les acteurs impliqués finissent par ne plus être légitimes faute de prise en compte des avis des représentés ou de redevabilité à leur égard. Par ailleurs, la compréhension des mécanismes ou le fonctionnement des instances dans lesquelles les représentants des OSC participent constituent également un frein supplémentaire .

C'est pourquoi, le Fonds mondial à la faveur des subventions accordées aux pays propose à ces derniers un modèle continu de dialogue nationale pendant l'élaboration et la durée de mise en œuvre des subventions accordées.

Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme : « Chaque pays qui reçoit un soutien du Fonds mondial tient des « dialogues au niveau du pays » permanents dans le cadre desquels les personnes touchées par les maladies peuvent mettre en commun leurs expériences et contribuer à définir les programmes et les services qui peuvent répondre au mieux à leurs besoins et à ceux de leur communauté. C'est également là que des choix sont pris à propos des services pour lesquels un ???

Le Fonds mondial soutient un dialogue au niveau du pays qui soit porteur de sens, transparent et ouvert à toutes et tous.

En vue de permettre une participation efficace et bonifiée de la part des OSC à ces dialogues, il importe alors d'accroître les capacités des OSC dans ce sens mais aussi de renforcer la redevabilité afin de maintenir l'intérêt de la participation auprès des autres OSC et des acteurs communautaires afin qu'ils se reconnaissent davantage dans les choix faits pour eux et en leur nom.

• Sur les rôles et contribution des acteurs communautaires et de la société civile

Les rôles et les contributions des OSC sont réelles et visibles dans l'offre de soins et les prestations des services en direction des populations clés/vulnérables et des réfugiés

Dans les différents stratégies et interventions de la riposte contre les maladies prioritaires, les rôles des acteurs communautaires sont bien définis. L'analyse a montré que les OSC participent aux différents processus nationaux de planification (stratégique, opérationnelle), de mise en œuvre et de mobilisation des ressources. Cependant, pour la santé communautaire, le rôle dévolu aux organisations communautaires pourrait être davantage accru notamment en ce qui concerne la santé communautaire en milieu urbain et semi-urbain où les spécificités/réalités sociales et organisationnelles ne permettent ???

Le mouvement associatif au Tchad n'est pas encore arrivé à maturité. Néanmoins, à la vue de la revue documentaire, il n'y a pas de doute que les acteurs communautaires et de la société civile constituent un groupe d'acteurs incontournables pour des actions primaires de santé là où le système de santé se trouver limité. Les expériences du PPLSII, des plateformes régionales et nationales initiées par la DOSS, de la Prise en charge communautaire du paludisme dans les Provinces de Mandoul et de Moyen Chari illustrent bien ce que les acteurs communautaires et de la société civile sont à même de jouer comme rôles, pourvu qu'ils soient encadrés, formés et appuyés.

Le rôle des OSC dans la santé communautaire n'est pas encore formalisée et pourrait être davantage définie

Dans le plan stratégique de santé communautaire 2015-2018, le rôle central dans les interventions de santé communautaire est dévolu aux ASC qui sont des acteurs choisis au sein de leur communauté et qui constituent un prolongement naturel du système de soins dans les communautés. La participation communautaire se fait via les COSAN et les COGESS, dont le niveau de fonctionnalité reste faible. Pour développer davantage le rôle des OSC (en dehors des ASC) dans la santé communautaire, la nouvelle stratégie de santé communautaire pourrait s'inspirer des exemples suivants :

En Guinée, le plan stratégique prévoit une plus grande implication des OSC dans le développement de la santé, notamment pour toucher davantage les populations clés et développer des interventions spécifiques de santé communautaires en milieu urbain et semi-urbain dont les réalités sociétales et institutionnelles ne favorisent pas l'utilisation des ASC et des Relais communautaires (RECO)

Au Burundi, dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle vision du secteur de la santé au Burundi (Politique Nationale de Santé 2016-2025), la santé communautaire occupe une place de choix.

Le Projet KIRA va appuyer la santé communautaire avec un focus sur les Groupements d'Agents de santé communautaire. Ces derniers vont être contractualisés dans le cadre du FBP seconde génération avec un focus sur le FBP communautaire. La sous composante 2.C de ce projet porte sur l'appui à la promotion de la demande auprès des communautés et aux activités de sauvegardes sociales et environnementales. Cette sous composante offre les opportunités de travailler avec les groupes vulnérables dont les Batwa à travers les interventions spécifiques aux sauvegardes sociales notamment l'assistance aux populations Batwa pour mieux accéder aux services de santé

Au Burkina Faso, depuis quelques années (2014) et à la faveur du renforcement du système communautaire, il a été mis en place le conventionnement et la contractualisation des OSC avec le Ministère de la santé pour la mise en place d'interventions de santé, y compris l'appui et l'encadrement des ASC. Parmi les OSC contractualisées, on trouve les Organisations à base communautaire d'exécution (OBCE) qui mettent en œuvre des activités et les ONG Rencap (ONG de renforcement des capacités). Les ONG Rencap ont entre autres mission de renforcer les capacités des OBCE, d'apporter un appui aux ASC/ASBC.

Les contributions des OSC sont réelles et effectives mais demeurent peu documentées et exploitées par les OSC

L'étude et la revue documentaire ont également montré que les données communautaires sont peu capitalisées et incomplètes. A l'instar du DHIS2 qui prend compte les données sanitaires, le système d'information communautaire reste faible non structuré et les capacités des acteurs assez faibles pour permettre une meilleure capitation de leurs résultats et acquis.

Au Burkina Faso, Les données communautaires dans le DHIS2 (appelé ENDOS-BF ou Entrepôt de données sanitaires). Les données communautaires sont collectées, analysées puis saisies dans le ENDOS-BF par les ONG Rencap.

En l'absence d'une bonne capitalisation et d'espace de valorisation, les résultats et les contributions des OSC ne sont pas suffisamment mis à profit par les organisations elles-mêmes pour influencer la planification et les interventions. En effet, le suivi communautaire tel que pratiqué et notifié se fait essentiellement au sein des organisations. Il n'existe pas un cadre ou une dynamique propre aux organisations communautaires pour assurer le suivi des programmes en vue de développer un plaidoyer efficace pour les améliorer les services pour les cibles.

En Guinée, comme dans certains pays, il a été mis en place l'Observatoire Communautaire sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) à partir de 2015, par la Coalition des Femmes Leaders de Guinée (COFEL) en partenariat avec le Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME), pour apporter une contribution à la résolution substantielle des insuffisances et faciliter l'accès des communautés aux services de santé dans les structures de soins. L'OCASS est un dispositif indépendant de la société civile qui a pour objectif la collecte des données sur la disponibilité des services de santé au profit des malades de la tuberculose, du VIH et du paludisme, au Burkina Faso, au Niger et en Guinée.

Points faibles et défis

- La capacité des OSC à assumer leur rôle dans les instances décisionnelles (politique, planification, répartition des financements) et de peser sur la prise de décisions;
- La capacité de mobilisation des ressources (tant national qu'international) ;
- L'aptitude à intervenir dans les zones difficiles (insécurité, zones hostiles naturellement): il y a assez des acteurs au centre et au sud du pays, moins au Nord, pratiquement pas à l'extrême Nord
- La capacité à capitaliser et à valoriser leurs résultats au plan national et international

4.5.12. Opportunités pour l'élargissement /extension / décentralisation des interventions et pour la performance des interventions

Nonobstant les contraintes économiques, géographiques, organisationnelles et sécuritaires pour certaines Provinces, des acquis constituant des opportunités existent et, pourraient contribuer à l'élargissement des interventions communautaires dans l'ensemble des Délégations de Santé Provinciales au Tchad. Entre autres acquis et opportunités, on peut citer :

- La volonté politique d'impliquer les communautés et la société civile dans les interventions sanitaires: cette volonté est affirmée dans le PND, le PNDS, le PSN de santé communautaire, la Politique Nationale de la CSU;
- Existence d'une Direction au MSP en charge de la santé communautaire : la Direction de l'Organisation des Services de Santé et des Mécanismes de Financement (DOSSMF) du Ministère de la santé Publique a entre autres mandats la charge de coordination et de mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire ;
- Existence d'un comité de suivi de la mise en œuvre de la santé communautaire au MSP: Par note de service, un Comité de suivi de la mise en œuvre de la santé communautaire a été mis en place. On pourra faire fonctionner ce comité pour le suivi de la mise en œuvre et l'harmonisation de la santé communautaire à travers le pays;
- Existence des Directives en matière de santé communautaire : par Note circulaire N°353/PR/ MSP/DG/DOSSFM/SDSC/2019, le Ministère de Santé a rendu public les directives relatives à la santé communautaire ainsi que le paquet d'activités harmonisé pour ce groupe d'acteurs ;
- Existence des ASC dans 16 Provinces/23 : suivant la cartographie des ASC faite par la DOSSFM en 2018, quelques 2515 ASC actifs sont réparties entre 16 Provinces du pays ;
- Existence des OSC dans toutes les provinces: Chaque Province du Tchad dispose au moins d'une association. Les Provinces du centre et le sud du pays comptent plus des OSC que celles du Nord néanmoins, on pourra s'appuyer sur l'existant et promouvoir la création des nouvelles OSC là où le besoin se fait sentir;
- Expérience de la PEC communautaire dans les provinces du Moyen Chari et le Mandoul : cette expérience a produit des résultats très positifs si bien qu'il était prévu de l'étendre dans le Logone Occidental et Logone Oriental avec le NFM2 mais, cette extension n'est pas encore effective malgré que le financement existe;
- Plateforme nationale, régionales : avec l'appui du PALAT, la DOSSFM avait mis en place une plateforme nationale et dix plateformes régionales en 2017. Ces plateformes avaient pour mandat d'impliquer les organisations de la société civile et communautaires dans la lutte contre le VIH, la TB et le paludisme. Elles avaient bien fonctionné en 2017/2018 mais sont maintenant aux arrêts faute de financement;
- Appui de certains partenaires nécessitant l'implication des organisations communautaires et de la société civile : les appuis extérieurs existants nécessitant l'implication de la société civile et des organisations communautaires constituent aussi des opportunités pour structurer, renforcer et élargir davantage la participation communautaire à la santé

4.5.13. Recommandations

Les principales recommandations de l'étude sont les suivantes :

Domaine de RSC	Défis /insuffisance	Recommandations
	Dans le décret n°364 sur la participation communautaire, le rôle des acteurs communautaires reste peu précis	Réviser le décret n°364 sur la participation communautaire pour l'adapter aux réalités actuelles
Politique, planifica-	Les abus dans les organes (COSAN, COGES) où siègent la société civile limite l'impact	Systématiser le rôle des acteurs communautaires dans les instances décisionnelles
tion et participation	La qualité de la participation et la capacité des acteurs de la société ne leur permet d'in- fluer efficacement sur les décisions	Renforcer la participation de la société civile dans les différents processus nationaux
		Former les acteurs de la société civile au leadership et à la l'influence des politiques et programmes de santé
Mobilisation des ressources	La mobilisation des ressources est irrégulière et les montants mobilisés en interne restent faibles	Développer une stratégie et un plan de mobilisation des ressources (internationales et domestiques) en faveur des OSC en appui à la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre les maladies prioritaires et la santé communautaire
	Le fonctionnement des OSC fait partie des domaines sous financées	Mutualiser les ressources des OSC afin de réduire les coûts de fonctionnement et les coûts d'opération
Prestations de ser-	Les prestations des OSC ne sont systé- matisées et codifiées ainsi que les coûts opérationnels, ce qui ne facilite pas leur implication	Élaborer un référentiel d'intervention des OSC dans la santé incluant les catégories et es référentiels de coûts standards
vices	Faible implication des OSC dans la santé communautaire	Élaborer une stratégie de soutien des OSC à la santé communautaire, notamment les interventions en milieu urbain
Droits humains et	Les données sur le stigma/ discrimination sont obsolètes	Actualiser l'étude sur l'index de stigma
genre, Stigmatisa- tion/ discrimination	Les documents des OSC ne prennent pas suffisamment en compte le genre et les droits humains	Renforcer les capacités des OSC en genre et droits humains (planification/ budgétisation genre sensible, interventions genre et droits humains sensible)
Couverture des	La distribution spatiale, la densité des OSC et leur fonctionnalité/ capacité de gestion ne sont pas corrélées au besoin de la lutte	Élaborer une cartographie d'accessibilité des services communautaires et des prestations des OSC pour les réfugiés, populations clés/ vulnérables
réfugiés, populations clés et vulnérables	contre les maladies prioritaires et l'atteinte des cibles comme les réfugiés, populations clés	Élaborer un plan de renforcement du système communautaire basé sur les besoins et les objectifs des maladies prioritaires
		Développer un système d'information communautaire annexé au DHIS2
	Les apports et contributions et résultats des OSC ne sont pas tous captés, l'information stratégique n'est pas produite et utilisée pour l'influence des politiques, la planification et les orientations opérationnelles	Élaborer un rapport de capitalisation annuelle des résultats des OSC dans la lutte contre les maladies
Suivi évaluation		Renforcer les capacités des acteurs et structures commu- nautaires sur le suivi évaluation et la production de l'infor- mation stratégique
		Mettre en place un dispositif communautaire de suivi de la disponibilité e de la qualité des services
Gouvernance	Il existe des réseaux d'OSC mais à faible fonctionnalité	Renforcer les capacités des leaders des réseaux et OSC en leadership et gestion des organisations
		Développer un cadre de collaboration pertinent avec les différents programmes, les Centres de Santé et les hôpitaux
	Certaines structures rencontrent des crises de gouvernance et de gestion (financière) menaçant parfois leur existence	Développer des outils et manuels de gouvernance et gestion simplifié pour les OSC (gestion administrative, gestion financière, gestion des membres, etc)

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Ministère de la Santé Publique, Annuaire statistiques 2017;
- 2. Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED), Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014-2015
- 3. Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED), RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT (RGPH2, 2009);
- 4. PNUD, Rapport sur le développement Humain 2016;
- 5. OCHAChad, APERÇU DES HUMANITAIRES 2018;
- 6. Programme National de lutte contre la Tuberculose : REVUE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU TCHAD (2014-2018) ;
- 7. Programme National de lutte contre la Tuberculose , Plan Stratégique National de lutte contre la Tuberculose 2018-2022 ;
- 8. OMS, Profil pays 2016;
- 9. Programme National de lutte contre la Tuberculose, Rapport annuel 2017;
- 10. OMS, AFRO/GLC, Monitoring mission report 2017;
- 11. CICR, Notification de nouveaux cas TB et VIH dans les prisons entre 2014-2017;
- 12. Bureau d'Appui Santé et Environnement, RAPPORT GENERAL DES RENCONTRES DE PLAIDOYER AVEC LES ADMINISTRATIONS CARCERALES DES MAISONS D'ARRÊT DE N'DJAMENA, MOUNDOU, MOUSSORO, ABECHE ET SARH POUR FACILITER LES SEANCES DE SENSIBILISATION SUR LES IST/VIH/SIDA ET LA TUBERCULOSE AU PROFIT DES PRISONNIERS;
- 13. UNHCR, Chiffres de la Population concernée par le HCR au Tchad (Résumé, 30/06/2018);
- 14. UNHCR, Indicateurs TB et VIH dans les camps en 2017;
- 15. UNHCR, Résumé du rapport 2017;
- 16. Bureau d'Appui Santé et Environnement, RAPPORT ANNUEL DE L'ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH ET TUBERCULOSE EN MILIEUX COMMUNAUTAIRES Janvier à décembre 2017 ;
- 17. SEN/CNLS, Rapport de l'étude INDEX DE STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH;
- 18. SEN/CNLS, CARTOGRAPHIE ET DENOMBREMENT DES POINTS CHAUDS DE FREQUENTATION DES POPULATIONS CLES DANS 11 VILLES DU TCHAD;
- 19. RNTAP+, Base des données;
- 20. ONSIDA/SPECTRUM, Chad 2018 HIV Estimate;
- 21. SEN/CNLS, PSN 2018-2022;
- 22. PROGRAMME SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE, Rapport annuel 2017 ;
- 23. Coordination nationale PTME, Base des données PTME;
- 24. Présidence de la République, Loi N°_001_/PR/ 2017 Portant Code Pénal;
- 25. Présidence de la République, Loi N°06/PR/2015 portant interdiction de mariage d'enfants ;
- 26. MINISTERE DE LA FEMME, DE LA PROTECTION DE LA PETITE ENFANCE ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, Politique Nationale Genre ;
- 27. SEN/CNLS, Rapport final d'évaluation de la prise en compte du genre dans la riposte nationale au VIH au Tchad;
- 28. Ministère de la Santé Publique, Rapport de l'enquête Sara : disponibilités et capacités opérationnelles des services de santé ;
- 29. Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire 2018-2021;
- 30. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/Sida et PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE, Priorisation des régions d'intervention VIH et TB au Tchad dans le cadre du NFM 2;
- 31. Nadjilem Djasndibaye et Abdoulaye Ki, Focus group Personnes à risque, Janvier 2018;
- 32. Christian Tshimbalanga, consultant Droits humains Populations clés du PNUD, Eugène Le Yotha Ngartebaye, consultant Droits humains Populations clés du PNUD, Abdoulaye Ki, ONUSIDA, Saley, CNLS, Focus group avec populations clés, juillet 2018;

- 33. Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique de Santé Communautaire 2014-2018;
- 34. Ministère de la Santé Publique, Rapport du groupe de travail sur l'harmonisation de la santé communautaire;
- 35. SWEDD, Rapport d'étude sur Amélioration de la chaine d'approvisionnement jusqu'au dernier kilomètre;
- 36. Bureau Santé et Environnement, RAPPORT TRIMESTRIEL DE L'ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH ET TUBERCULOSE EN MILIEU COMMUNAUTAIRE Avril à juin 2018 ;
- 37. CHORA, Organisation Tchadienne pour le développement, Rapport d'activité de lutte contre le VIH et la TB en milieu communautaire dans les villes de Bol et Moussoro;
- 38. CHORA, Organisation Tchadienne pour le développement, Rapport des travaux de consultation avancée et screening des populations lacustres et insulaires avril 2018 ;
- 39. Haut Conseil National de Coordination pour l'accès au Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, Rapport d'évaluation de la prise en charge du genre dans les ripostes nationales au VIH et à la Tuberculose au Tchad, février 2018;
- 40. OMS, Rapport d'évaluation du système de laboratoire de la République du Tchad, mai 2018;
- 41. Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique National de Renforcement du Système d'Information Sanitaire au Tchad 2018-2022 ;
- 42. Ministère de la santé Publique, Plan Stratégique de développement des ressources humaines pour la santé 2013-2020 :
- 43. Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique de la DGPL;
- 44. Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle du Tchad 2017-2019 ;
- 45. Ministère de la Santé Publique, Pla Stratégique National pour l'amélioration de la qualité des données programmatiques de santé au Tchad 2018-2022 ;
- 46. Cellule ACTION-FED (Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, Ordonnateur National du FED), LA SOCIÉTÉ CIVILE AU TCHAD CARTOGRAPHIE DES ACTEURS ;
- 47. Union Européenne et Partenaire, Feuille de route pour l'engagement avec la société civile 2014-2017;
- 48. HCNC, Note conceptuelle TB/VIH/RSS 2019-2021,
- 49. GROUPE DE RECHERCHE ET D'INFORMATION SUR LA PAIX ET LA SÉCURITÉ, Les défis de la société civile au Tchad, Août 2016 ;
- 50. SEN/CNLS et ONUSIDA, Plan d'accélération de la Riposte au VIH pour l'atteinte des 90-90-90 au Tchad, prenant en compte les contributions des OSC 2019-2020 ;
- 51. SEN/CNLS et ONUSIDA, Rapport de Cartographie des OSC impliquées dans la lutte contre le VIH au Tchad, Juillet 2019;
- 52. OCHA Chad, Rapport de situation Novembre 2019;
- 53. OCHA Chad, Rapport de situation Septembre 2019;
- 54. OCHA Chad, Bulletin humanitaire N°4, Juillet-Août 2018;
- 55. OCHA Chad, Bulletin humanitaire N°5, décembre 2018



Annexe 1

Protocole de l'enquête incluant les outils de collecte https://drive.google.com/drive/folders/1YHvmb7aA2 JB-JBF75zuZ7jSjDaUr9mK?usp=sharing

Annexe 2

Les rapports de la revue documentaire de chaque pays https://drive.google.com/drive/folders/1uWLIJ9zjOaWHDIFkuWZk9utxiLKiVKB1?usp=sharing

Annexe 3

Les rapports des ateliers de restitution et de validation de chaque pays https://drive.google.com/drive/folders/1XKFl-Z7ncO-pdKHP-XAZogaSqWHiNMKT?usp=sharing

Annexe 4

Les rapports pays validés de chacun des 5 pays https://drive.google.com/drive/folders/1F7Ns0yORpFeaVuBG2SA1FEKug6WlU4mt?usp=sharing

Annexe 5

La liste (pour chacun des 5 pays) des informateurs clés des programmes et des bénéficiaires rencontrés https://drive.google.com/drive/folders/1ArfsvCvo3XmQ8geY1dskFi9vu6bMMh7Y?usp=sharing









Ce document a été produit dans le cadre des activités de la Plate-forme Régionale Afrique Francophone du Fonds Mondial (PRF) hébergé par le Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME)

COPYRIGHTS RAME@2020