

Le modèle de l'observatoire communautaire sur le traitement (OCT)

COMMENT LES COMMUNAUTÉS PEUVENT
RECUEILLIR ET ANALYSER DES DONNÉES SUR
LA SANTÉ POUR ASSURER LA REDEVABILITÉ
ET SUSCITER LE CHANGEMENT

À PROPOS DE L'ITPC

L'International Treatment Preparedness Coalition (ITPC) est un réseau mondial de personnes vivant avec le VIH et d'activistes communautaires œuvrant pour un accès universel à un traitement optimal du VIH pour les personnes dans le besoin. Formé en 2003, l'ITPC prône activement l'accès aux traitements à travers le monde en s'appuyant sur trois piliers stratégiques :

- L'éducation au traitement et la création de la demande (#TreatPeopleRight)
- La propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments (#MakeMedicinesAffordable)
- La surveillance et la redevabilité communautaires (#WatchWhatMatters)

Pour en savoir plus sur l'ITPC et notre travail, consultez itpcglobal.org.

À PROPOS DE « WATCH WHAT MATTERS »

Watch What Matters (surveiller ce qui compte) est une initiative de recherche et de surveillance communautaire qui rassemble des données sur l'accès au traitement et la qualité du traitement contre le VIH dans le monde. Elle remplit l'un des principaux objectifs stratégiques de l'ITPC, à savoir que les personnes au pouvoir soient tenues responsables vis-à-vis des communautés qu'elles desservent.

La surveillance communautaire des systèmes de santé augmente la redevabilité du gouvernement et facilite des initiatives de plaidoyer avisées et ciblées qui peuvent améliorer le traitement du VIH, en particulier pour les populations clés. Au cours des dix dernières années, l'ITPC a surveillé la mise à l'échelle et la qualité du traitement du VIH dans différents pays du monde du point de vue des communautés. En Asie du Sud, en Europe de l'Est et en Asie centrale, l'ITPC a surveillé les problèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement et de rupture des stocks de médicaments. En 2015, avec le soutien de la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), l'ITPC a formalisé des observatoires communautaires sur le traitement (OCT) en Afrique de l'Est, en Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale et en Amérique latine.

En s'appuyant sur ce travail, Watch What Matters vise à rationaliser et à normaliser les données sur l'accès au traitement collectées par les communautés - afin de s'assurer que les données ne sont plus collectées de manière fragmentée et qu'elles reflètent les considérations les plus importantes pour les personnes vivant avec et affectées par le VIH. Il repose sur un modèle unique qui permet aux communautés de recueillir et

d'analyser systématiquement des données qualitatives et quantitatives sur les obstacles entravant l'accès au traitement, et de les utiliser pour orienter les efforts de plaidoyer et promouvoir la redevabilité.

Watch What Matters met actuellement en œuvre un certain nombre de projets, notamment l'Observatoire régional communautaire sur le traitement en Afrique de l'Ouest (ORCT-AO), la série de rapports « Missing the Target » (MTT) et une initiative pilote d'observatoire communautaire sur le traitement au Zimbabwe.

Pour en savoir plus sur WWM et sur notre travail, consultez WatchWhatMatters.org

À PROPOS DE CETTE PUBLICATION

Cette publication décrit un modèle de surveillance dirigée par la communauté appelé observatoire communautaire sur le traitement (OCT). Il s'agit d'un guide détaillé pour la mise en place d'un OCT ; il explique ce qu'est un OCT - tel que défini et conçu par l'ITPC - et décrit la structure, le but et les avantages d'un tel modèle.

Il décrit également comment les OCT orientent les initiatives de plaidoyer sur le VIH et illustre comment ils peuvent être mis en œuvre dans divers contextes, à l'aide d'exemples tirés de notre ORCT-AO.

Cette publication est destinée à toute organisation ou communauté intéressée par la surveillance dirigée par la communauté, y compris, sans toutefois s'y limiter, les organisations à base communautaire, les réseaux de PWVIH et les responsables de la mise en œuvre des programmes.

POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS

Veuillez nous contacter à admin@itpcglobal.org

REMERCIEMENTS

L'ITPC remercie et exprime sa reconnaissance à tous ceux qui ont soutenu ce travail sur la surveillance dirigée par la communauté. En particulier, nous reconnaissons les efforts inlassables de nos partenaires du projet d'Observatoire régional communautaire sur le traitement en Afrique de l'Ouest (ORCT-AO) qui exécutent ce travail, y compris les réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH, les membres du conseil consultatif régional, et PAC-CI (Programme Agence nationale de recherche sur le sida Coopération Côte d'Ivoire).

L'ITPC remercie également le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Robert Carr Fund, l'International AIDS Society et l'Initiative 5 %.

SOMMAIRE

1	Introduction
2	Qu'est-Ce Qu'un Observatoire Communautaire Sur Le Traitement (OCT) ?
4	Qu'est-Ce Qui Est Surveillé Par Les Observatoires Communautaires Sur Le Traitement ?
6	Quelle Est La Valeur Ajoutée Des Observatoires Communautaires Sur Le Traitement ?
7	Comment Fonctionnent Les Observatoires Communautaires Sur Le Traitement ?
7	Principes Directeurs D'un OCT
8	Structure D'un OCT
10	Mise En Place D'un OCT
10	• Préparations préalables à la mise en œuvre
13	• Opérationnalisation
14	• Utilisation Des Données
15	Normes Et Accréditation D'un OCT
17	Principales Considérations Pour La Mise En Place D'un Observatoire Communautaire Sur Le Traitement
17	Application Et Adaptabilité
17	Financement Et Durabilité
17	Réduction Des Risques
17	Autres Modèles De Surveillance Communautaire
19	Études De Cas
22	Annexes
23	Notes de Fin

SIGLES & ABRÉVIATION

ARV	Antirétroviral
CCM	Instance de coordination nationale
CoPCT VIH	Continuum de la prévention, de la prise en charge et du traitement du VIH
EEAC	Europe de l'Est et Asie centrale
HSH	Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
ITPC	International Treatment Preparedness Coalition (coalition internationale pour la préparation au traitement)
GCC	Groupe consultatif communautaire
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
MdS	Ministère de la Santé
MTT	Série de rapports « Missing the Target »
OCT	Observatoire communautaire sur le traitement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
ORCT-AO	Observatoire régional communautaire sur le traitement en Afrique de l'Ouest
PE	Protocole d'entente
PPE	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RSC	Renforcement des systèmes communautaires
S&E	Suivi et évaluation
SIGS	Systèmes d'information de gestion en santé
TAR	Traitement antirétroviral
UDI	Usagers de drogues injectables
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WWM	Watch What Matters (surveiller ce qui compte)

INTRODUCTION

À un peu plus d'un an des objectifs 2020 de l'ONUSIDA, nous sommes confrontés à une sombre réalité : l'accès au traitement est extrêmement inégal parmi certains groupes de populations spécifiques et à certains endroits, en dépit des 21,7 millions de personnes dans le monde qui bénéficient d'une thérapie antirétrovirale (TAR).

Le plus souvent, les données mondiales et régionales masquent les disparités nationales et locales. Par exemple, alors que plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde ont accès au traitement antirétroviral, au Libéria, seulement 29 % des personnes vivant avec le VIH y ont accès. Les personnes vivant en dehors de la capitale Monrovia ont encore moins de chances d'avoir accès au traitement antirétroviral.

Pour que des résultats mondiaux durables en matière de santé publique soient atteints, les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de lutte contre le VIH—tels que 90-90-90—doivent inclure des données sur la qualité des soins et intervenir en fonction de ces données. Pourtant, les données mondiales, régionales et nationales comprennent rarement des rapports complets sur la qualité des services liés au VIH, même si cela est essentiel à leur réussite. Les personnes qui reçoivent des soins de mauvaise qualité sont moins susceptibles de continuer leur traitement et leurs soins, les exposant au risque de contracter des maladies évitables et à un risque de décès. Aussi, il est prouvé que des soins de mauvaise qualité sont une cause plus importante de surmortalité dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure que la non-utilisation des soins de santé.

En 2017, l'OMS a publié des Lignes directrices consolidées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne, visant à soutenir «... un passage progressif d'un système de quantification des services (p. ex. le nombre de tests de dépistage du VIH administrés) à un modèle qui place les patients et leur accès à une cascade de services intégrés (prévention, dépistage, traitement et soins chroniques) au centre du suivi de la réponse au VIH du secteur de la santé. »

Cependant, les observations sur le terrain montrent que les politiques et les directives en matière de traitement ne sont pas appliquées de manière fiable ou uniforme. Des facteurs tels que les ressources humaines et financières, la qualité de la formation dispensée aux personnels de santé, la disponibilité des médicaments ou des tests de laboratoire et des équipements pour les réaliser varient également et influent sur la qualité des services. Bien que les PVVIH et leurs communautés utilisent la plupart des services de traitement antirétroviraux disponibles, elles manquent souvent des informations et des plates-formes nécessaires pour participer de manière significative à la prise de décision concernant les programmes de traitement qui ont un impact direct sur leur vie.

La surveillance dirigée par la communauté offre le potentiel d'accroître le suivi et le plaidoyer en faveur de l'amélioration des services liés au VIH. Elle permet aux bénéficiaires de soins, à la société civile et aux organisations communautaires de jouer un rôle clé dans la collecte d'informations précieuses sur la disponibilité et la qualité des services de traitement, qui peuvent être utilisées pour demander des comptes aux responsables du secteur de la santé.

Au cours des dix dernières années, l'International Treatment Preparedness Coalition (ITPC) a surveillé la mise à l'échelle des services de VIH dans différents pays du monde du point de vue des communautés. Nous avons réussi à renforcer la capacité des militants de la lutte contre le VIH à travers le monde pour qu'ils collectent et analysent des données et démontrent comment la surveillance menée par la communauté permet aux communautés de proposer des solutions et de s'impliquer de manière significative dans le système de santé.

Cette publication décrit un modèle de surveillance dirigée par la communauté appelé observatoire communautaire sur le traitement (OCT). Le présent rapport a pour objectif d'expliquer ce qu'est un observatoire communautaire sur le traitement, tel que défini et conçu par l'ITPC, et d'illustrer comment il est utilisé pour orienter les interventions de plaidoyer en faveur du traitement contre le VIH.

QU'EST-CE QU'UN OBSERVATOIRE COMMUNAUTAIRE SUR LE TRAITEMENT (OCT) ?

Un **observatoire communautaire sur le traitement (OCT)** est un mécanisme qui collecte et analyse systématiquement des données qualitatives et quantitatives de routine. Ces données sont utilisées pour suivre les tendances le long de la cascade de soins du VIH et pour orienter des actions ciblées qui amélioreront la qualité des services liés au VIH.

Dans un OCT, un groupe organisé de membres de la communauté, tels qu'un réseau de personnes vivant avec le VIH, collecte des données sur divers aspects des services de prévention, de dépistage, de prise en charge et de traitement du VIH. Cela peut inclure, par exemple, des indicateurs sur le nombre de tests de dépistage du VIH effectués dans une zone spécifiée, ou sur la fréquence et la

durée des ruptures de stock d'ARV enregistrées au cours d'une certaine période. La surveillance par la communauté est un processus continu, avec plusieurs points d'entrée. La figure 1 montre comment la surveillance communautaire peut être utilisée pour évaluer la prestation de services tout au long de la cascade de soins du VIH.

Contrairement aux autres mécanismes de surveillance ou de recherche communautaires, les OCT constituent un processus de surveillance **systématique** et **continu**. Les données sont collectées à des intervalles définis (p. ex. tous les mois) et entrées dans une base de données centralisée. Comme les données sont régulièrement collectées, les OCT peuvent suivre les tendances et

les variations au sein du système de santé au fil du temps. Cela permet aux militants de documenter la disponibilité, la continuité et la qualité de tous les aspects de la prestation de services liés au VIH, d'alerter les systèmes d'approvisionnement lorsque les stocks de produits (p. ex. médicaments et tests) passent sous un seuil critique, et d'élaborer et d'émettre des recommandations pour apporter des améliorations.

Une fois rassemblées et vérifiées, les données de tous les sites sont analysées et les résultats sont utilisés

pour orienter des initiatives de plaidoyer ciblé.

Un OCT peut fonctionner au niveau du district, de la province, du pays, de la région ou au niveau mondial. La figure 2 montre comment la surveillance communautaire peut être coordonnée à tous les niveaux, avec des données et des preuves saisies au niveau communautaire et remontant vers le haut, pour renseigner le plaidoyer aux niveaux national, régional et mondial, selon les besoins—et inversement.

FIGURE 1
La surveillance communautaire tout au long de la cascade des services de prévention, de soins et de traitement du VIH.

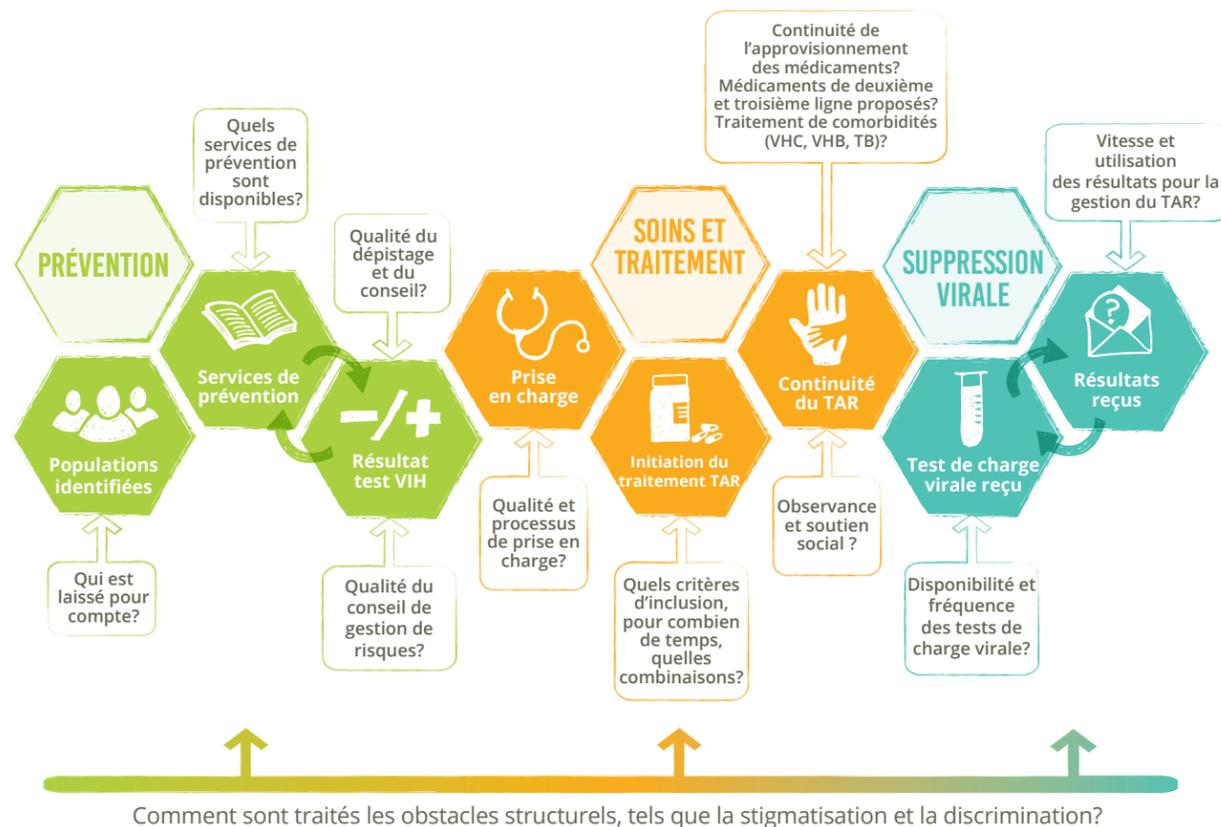
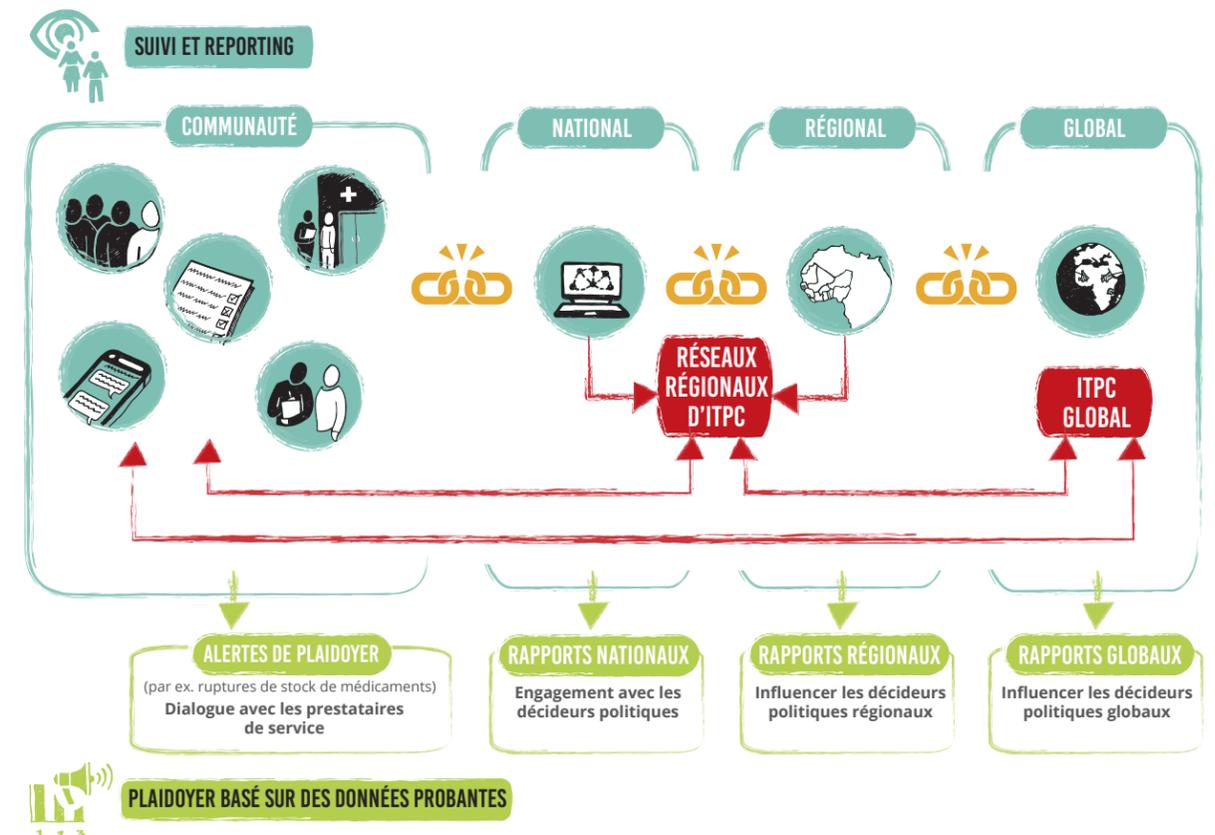


FIGURE 2
Modèle de surveillance communautaire de l'ITPC.



QU'EST-CE QUI EST SURVEILLÉ PAR LES OBSERVATOIRES COMMUNAUTAIRES SUR LE TRAITEMENT ?

Les observatoires communautaires peuvent surveiller différents aspects d'une question relative à la santé ou à la justice sociale.

Lorsqu'ils sont utilisés dans le secteur du VIH, les OCT surveillent des problèmes définis par la communauté tout au long du continuum de services de prévention, de soins et de traitement du VIH (CoPCT), appelé cascade du VIH. Cela inclut, sans toutefois s'y limiter, la mise en œuvre des politiques, la qualité de la prestation de services, la prévention, le dépistage, la mise en relation avec les soins de santé, l'inscription, le traitement et la rétention.

Dans un OCT, les données sont collectées à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs :

■ Les indicateurs de données quantitatives

mesurent et suivent les nombres (p. ex. le nombre de tests de dépistage du VIH réalisés). Ils sont collectés au niveau de l'établissement de santé et sont utilisés pour dresser un tableau actuel des services. Si certaines données quantitatives collectées par un OCT sont similaires à celles collectées par les systèmes nationaux d'information de gestion de santé (SIGS), dans de nombreux cas, les OCT collectent des données que les systèmes nationaux ne surveillent pas (p. ex. la surveillance des ruptures de stock, le laps de temps écoulé avant que les résultats des tests soient partagés avec les destinataires des soins, la ventilation par populations clés, etc.).

■ Les indicateurs de données qualitatives

décrivent et caractérisent la nature d'une situation. Ils aident à révéler les expériences et les points de vue des bénéficiaires de soins et de leurs communautés. Les données qualitatives sont collectées au moyen de questions d'enquête ouvertes, d'entretiens et de discussions de groupe. Les SIGS nationaux ne récoltent pas souvent les données qualitatives. Par conséquent, les données qualitatives collectées par un OCT fournissent des informations uniques et expliquent ou offrent une meilleure définition des problèmes identifiés par des données quantitatives.

Ensemble, les données quantitatives et qualitatives d'un OCT dressent le tableau le plus complet de ce qui se passe au niveau de la prestation de services le long de la cascade du VIH—en termes d'accès et de qualité.

Des exemples d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs utilisés dans les OCT sont énumérés dans les Tableaux 1 et 2, respectivement.

Quelle est la différence entre les systèmes d'alerte & les observatoires communautaires sur le traitement ?

Les communautés ont commencé à tirer la sonnette d'alarme concernant les ruptures de stock d'ARV depuis que ces médicaments sont devenus disponibles. Ces systèmes d'alerte—où les PVVIH et les agents de santé pairs avertissent les réseaux de PVVIH chaque fois qu'une rupture de stock se produit dans leur communauté—constituent une plate-forme réactive qui aide à donner l'alerte en cas de défaillance du système de santé.

Contrairement aux systèmes d'alerte, les OCT surveillent un ensemble d'indicateurs complets de manière systématique, au fil du temps. Il s'agit d'un travail de routine, qui permet aux communautés d'analyser les tendances des données au fil du temps et de proposer des solutions au moyen d'informations probantes issues des communautés. À bien des égards, les OCT s'appuient sur les éléments fondamentaux d'un système d'alerte. En impliquant des partenaires—institutions académiques, groupes consultatifs communautaires (GCC) et autres parties prenantes concernées, les OCT permettent aux communautés de surveiller de manière robuste l'accès à et la qualité des services de santé et offrent des solutions aux problèmes fondamentaux à mesure qu'ils se posent. En théorie, avec le temps, un OCT très efficace devrait réduire le nombre d'alertes émises dans un système de santé en identifiant et en résolvant les causes principales.

TABLEAU 1. Exemples d'indicateurs quantitatifs pouvant être collectés par les OCT

DOMAINE D'INTERVENTION PRIORITAIRE	INDICATEUR	
PRÉVENTION ET DÉPISTAGE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de personnes ayant subi un test de dépistage du VIH 2. Nombre de personnes ayant subi un test de dépistage du VIH et qui connaissent leurs résultats 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Nombre de personnes répondant aux critères d'admissibilité à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) qui la reçoivent 4. Nombre de personnes répondant aux critères d'admissibilité à la prophylaxie post-exposition (PPE) qui la reçoivent
SOINS ET TRAITEMENT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de PVVIH initiant une TAR 2. Nombre de PVVIH sous TAR 3. Nombre de PVVIH encore sous TAR 12 mois après le début du traitement 4. Rupture de stock (ARV) - nom de l'ARV, nombre de jours de rupture de stock, raison (si connue) 5. Rupture de stock (test VIH) - type de test (rapide, sanguin), nombre de jours de rupture de stock, raison (si connue) 6. Rupture de stock (fournitures de laboratoire pour le test VIH) - type de fournitures (biens consommables et/ou durables), nombre de jours de rupture de stock, raison (si connue) 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Rupture de stock ou problème rencontré (équipement pour le dépistage du VIH) - type d'équipement, nombre de jours de rupture de stock, raison (si connue) 8. Rupture de stock (fournitures de laboratoire pour test de charge virale) - type de fourniture, nombre de jours de rupture de stock, raison (si connue) 9. Rupture de stock ou problème rencontré (équipement de laboratoire pour test de charge virale) - type d'équipement, nombre de jours de rupture de stock ou de rupture, raison (si elle est connue)
SUPPRESSION VIRALE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de PVVIH ayant reçu un test de charge virale 2. Nombre de PVVIH ayant reçu les résultats du test de charge virale dans les deux semaines suivant le test 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Nombre de PVVIH sous TAR ayant une charge virale indétectable

TABLEAU 2. Exemples d'indicateurs qualitatifs pouvant être collectés par les OCT

DOMAINE D'INTERVENTION PRIORITAIRE	INDICATEUR	
PRÉVENTION ET DÉPISTAGE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles sont les raisons pour lesquelles les personnes ne subissent pas de test de dépistage du VIH ? 2. Quelles sont les raisons pour lesquelles les personnes ne reçoivent pas les résultats de leur test de dépistage du VIH ? 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Quels sont les critères locaux et/ou nationaux d'admissibilité pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP) ? 4. Quels sont les critères locaux et/ou nationaux d'admissibilité pour la prophylaxie post-exposition (PPE) ?
SOINS ET TRAITEMENT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles sont les raisons pour lesquelles les PVVIH n'ont pas accès à la TAR ? 2. Quelles sont les raisons des ruptures de stock ? 3. Comment évalueriez-vous la qualité globale du service dans votre établissement de santé ? (Échelle : 1 à 5 ; 5 étant le plus élevé) 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Avez-vous été traité(e) avec respect par votre agent de santé aujourd'hui ? 5. Toute autre question soulevée lors des discussions sur les soins et le traitement
SUPPRESSION VIRALE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles sont les raisons pour lesquelles les PVVIH ne subissent pas de test de charge virale ? 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Toute autre question soulevée lors des discussions sur la suppression virale

QUELLE EST LA VALEUR AJOUTÉE DES OBSERVATOIRES COMMUNAUTAIRES SUR LE TRAITEMENT ?

Les observatoires communautaires sur le traitement servent de mécanismes de surveillance des systèmes de prestation de services de santé et de services sociaux. Lorsque les communautés sont souvent négligées, marginalisées ou déconnectées des processus décisionnels, les OCT leur fournissent un moyen de s'assurer que les systèmes de santé répondent à leurs besoins—et reconnaissent leurs droits.

Les OCT fournissent une image globale de la quantité et de la qualité des services fournis par un établissement. Ils peuvent ainsi suivre l'utilisation des services tout en surveillant la qualité des soins. Même dans les contextes où les données communautaires sont correctement capturées par le biais des systèmes de suivi existants, tels que les registres nationaux, elles ne sont pas toujours disponibles pour les bénéficiaires de soins ou la société civile. Ainsi, les OCT jouent un rôle précieux en permettant à la communauté de consulter les données sur les systèmes de santé, même si elles sont identiques à celles collectées via le système national d'information de gestion en santé (SIGS).

Les OCT jouent un rôle primordial dans le suivi des services liés au VIH et dans l'orientation d'activités ciblées de plaidoyer susceptibles d'améliorer l'accès à des services de qualité, en particulier pour les populations clés sous-desservies (p. ex. les migrants, les adolescents, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les usagers de drogues injectables, les prisonniers et les personnes transgenres).

Les OCT aident à rationaliser et à normaliser toutes les données sur l'accès au traitement et à s'assurer que les principales considérations et les problèmes des personnes vivant avec et affectées par le VIH sont intégrés dans le processus. Le suivi des programmes de traitement au niveau des pays se concentre souvent principalement sur des indicateurs quantitatifs, avec peu d'informations disponibles sur les aspects qualitatifs de la prestation de services. Lorsque de telles données existent, elles sont souvent collectées de manière fragmentée—et ne sont pas toujours efficaces à des fins de plaidoyer. Le processus de suivi systématique et continu des OCT peut aider à surmonter ces problèmes. Ainsi, les OCT fournissent des informations précieuses pouvant être utilisées pour responsabiliser les prestataires de soins de santé, les bailleurs de fonds et les gouvernements, et pour favoriser un dialogue positif sur ces questions.

Les données des OCT peuvent aider à :

- Compléter les données du SIGS en collectant des données difficiles à collecter ou autrement exclues.
- Produire des rapports parallèles qui tiennent les gouvernements responsables et mettent en évidence les problèmes qui ne figurent pas dans les rapports gouvernementaux.
- Fournir de meilleures informations sur les problèmes liés à l'accès et à la qualité le long de la cascade de soins du VIH, qui peuvent être utilisés pour identifier, hiérarchiser et traiter les lacunes en matière de traitement et de services.
- Fournir des informations aux membres de la communauté pour élaborer et évaluer des stratégies de création de la demande, qui jouent souvent un rôle essentiel dans la liaison entre les personnes et les services.
- Construire une base de données factuelles pour renseigner la société civile et la communauté en faveur d'une amélioration des soins et services.

Les OCT jouent également un rôle essentiel dans le renforcement des systèmes communautaires (CSS), en impliquant les membres de la communauté dans la conception, la prestation, le suivi et l'évaluation des services destinés à améliorer leur santé. Les OCT mis en œuvre avec succès permettent également aux PVVIH de plaider en faveur d'un accès à des services de lutte contre le VIH de meilleure qualité, grâce aux éléments suivants :

- Accroître les connaissances et les capacités des PVVIH et des populations clés afin qu'elles soient informées des normes de qualité en matière de traitement du VIH et sachent comment surveiller la prestation des services.
- Construire une base de données factuelles sur les besoins, la disponibilité, la continuité et l'accessibilité des services de qualité en matière de VIH.
- Renforcer les capacités des partenaires de mise en œuvre (p. ex. les réseaux de PVVIH) en matière de force organisationnelle, de gouvernance et de compétence technique (p. ex. en suivi et évaluation [S&E], conception et mise en œuvre de programmes).
- Renforcer le partage d'informations et les mécanismes conjoints de résolution des problèmes entre les différentes parties prenantes nationales impliquées dans l'élaboration de politiques, la planification et la fourniture de services relatifs au traitement.

COMMENT FONCTIONNENT LES OBSERVATOIRES COMMUNAUTAIRES SUR LE TRAITEMENT ?

Dans un OCT, un groupe organisé de membres de la communauté—tels que des réseaux de PVVIH - est formé pour collecter des données sur divers aspects de la prévention, des soins et du traitement du VIH. Ces données sont collectées à des intervalles définis (généralement mensuels ou trimestriels) et saisies dans une base de données centralisée. Une fois que les données de tous les sites ont été rassemblées et leur qualité vérifiée, elles sont analysées. Les données de routine étant systématiquement collectées, les réseaux de PVVIH et les membres de la communauté peuvent les utiliser pour effectuer des analyses comparatives qui permettent de surveiller les tendances au fil du temps et d'orienter les efforts de plaidoyer ciblé.



Principes directeurs d'un OCT

Les observatoires communautaires sur le traitement sont développés et mis en œuvre conformément à quatre volets clés : éducation, éléments de preuve, plaidoyer et implication.

- **Éducation.** Grâce à des formations interactives sur l'éducation au traitement, les membres de la communauté acquièrent une connaissance pratique de la pathogenèse et de la transmission du VIH ; la cascade de prévention, de dépistage, de soins et de traitement, y compris la TAR optimale ; la prestation de services ; le suivi de la charge virale

et les questions relatives aux droits humains. Cette composante essentielle garantit que les membres de la communauté comprennent les implications des directives nationales en matière de traitement dans le contexte des objectifs actuels, des déclarations et des normes internationalement reconnues en matière de traitement et de services liés au VIH (p. ex. Fast-Track, les objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA, les objectifs de développement durable, les directives de l'OMS) et constitue le fondement de l'examen, du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de ces directives.

- **Éléments de preuve.** Les membres de la communauté collectent et génèrent des données afin d'identifier les obstacles à l'accès au traitement du VIH. Il s'agit souvent de l'élément le plus visible du travail d'un OCT, car il intègre la majorité de la structure, du processus et du flux opérationnel du mécanisme. Cela implique des processus d'analyse et de cartographie de la situation, la collecte, la vérification, la saisie, le nettoyage et l'analyse des données—y compris la surveillance des tendances—et des audits de qualité des données. Chacune de ces étapes est expliquée plus en détail dans la section Configuration d'un OCT à la page 10.

- **Plaidoyer.** Pour que les OCT aient un impact maximum, les membres de la communauté doivent utiliser les compétences et les connaissances acquises grâce au volet sur l'éducation pour élaborer et mener des activités exploitables, qui sont basées sur les données et informations générées lors de la collecte d'éléments de preuve. Le plaidoyer éclairé par ces éléments de preuve favorise un accès équitable aux services de prévention, de soins et de traitement. Le plaidoyer est également essentiel pour garantir des prix abordables et la durabilité des traitements à toutes les personnes vivant avec le VIH, et pour identifier les obstacles liés à la stigmatisation et à la discrimination, ainsi que les obstacles structurels.

■ **Implication.** Les OCT fonctionnent au sein d'un système plus vaste d'intervenants qui peuvent influencer l'accès aux services de santé, ainsi que la qualité de ces services. Cela inclut les ministères de la Santé, les conseils nationaux sur le sida, les prestataires de soins de santé, les partenaires techniques, les organisations multilatérales et bilatérales et les bailleurs de fonds. À ce titre, il est important que les OCT créent une dynamique grâce à des partenariats stratégiques. Cela inclut l'implication des décideurs politiques et des instances de coordination nationale (CCM) ; la construction de partenariats avec des parties prenantes ayant des intérêts communs ; la sensibilisation de la communauté et la mise en place de GCC.

Structure d'un OCT

La structure de base d'un observatoire communautaire sur le traitement repose sur cinq composantes essentielles :

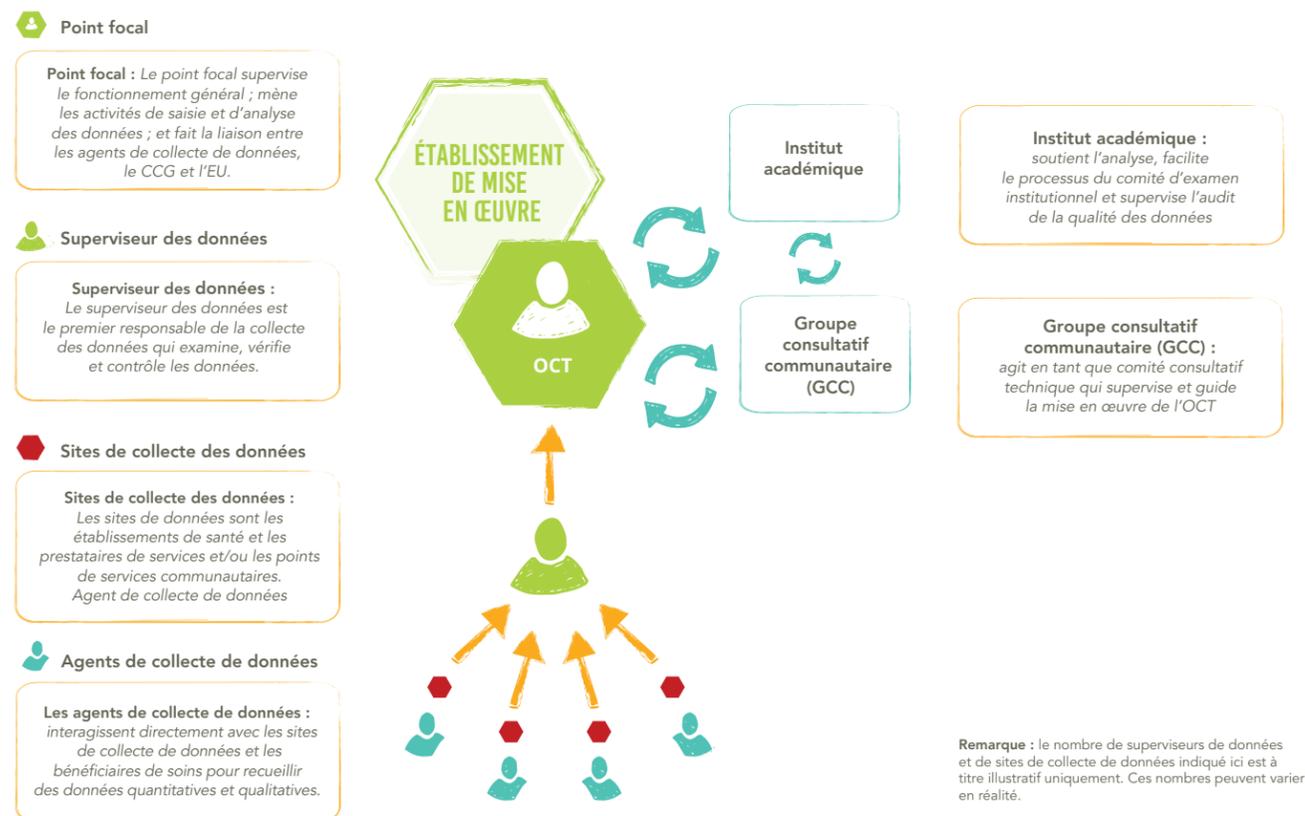
- 1. Réseau de mise en œuvre.** Pour créer une base solide favorisant la durabilité d'un OCT, celui-ci doit être intégré à une institution ou à une organisation existante, comme par exemple un réseau national de personnes vivant avec le VIH. Cela garantit que l'observatoire fait partie d'un système plus vaste et appartient à la communauté pour assurer sa durabilité. Il ne devrait pas être établi en tant que projet autonome. Pour plus d'informations sur la durabilité, consulter la page 16.
- 2. Point focal.** Le point focal est une personne employée à temps plein qui supervise le

fonctionnement général de l'OCT et sert de liaison entre les agents de collecte de données, le GCC, les établissements universitaires et tous les intervenants externes. Une fois les données collectées, vérifiées et rassemblées, elles sont soumises à un point focal, qui est responsable de la saisie des données dans la base de données centralisée. Dans les opérations à grande échelle, les responsabilités du point focal peuvent être déléguées à plusieurs postes (p. ex. la supervision des opérations, la supervision du personnel et la saisie des données peuvent être attribuées à trois personnes).

- 3. Sites de collecte de données.** Les sites de collecte de données sont les centres de santé (publics ou privés), les centres de prestation de services communautaires et/ou les points de services communautaires (p. ex. les groupes communautaires pour les ARV) où les données seront collectées.
- 4. Agents de collecte de données.** Les agents de collecte de données sont responsables de la collecte des données pour un nombre spécifique de sites. Les agents de collecte de données interagissent directement avec ces sites (centres de santé ou points de prestation de services) pour récolter des données quantitatives. Ils collectent également des données qualitatives en menant des entretiens avec des informateurs clés et en organisant des groupes de discussion avec des bénéficiaires de soins, des membres de la communauté et d'autres parties prenantes. Un seul agent de collecte de données par site est généralement suffisant, mais cela peut varier en fonction du volume et de la fréquence de la collecte des données. Par exemple, lorsqu'il n'est pas nécessaire pour les agents de collecte de données de se rendre sur place plus d'une fois par mois pour la collecte des données quantitatives, il serait possible (et plus efficace) d'avoir d'un seul agent pour plusieurs sites.
- 5. Superviseur de données.** Un agent de collecte de données principal est chargé de rassembler les données de tous les sites de collecte de données, d'effectuer la vérification des données et de les nettoyer. Selon le nombre de sites de collecte de données, plusieurs superviseurs de données peuvent gérer une équipe d'agents de collecte de données et la collecte de données à partir des sites correspondants.

- 6. Groupe consultatif communautaire (GCC).** Afin de veiller à ce que l'OCT réponde aux besoins de la communauté, l'institution chargée de la mise en œuvre doit collaborer avec un GCC. Le GCC contribue à l'élaboration d'outils de collecte de données, appuie la mise en œuvre de l'OCT, soutient l'analyse des données et oriente les décisions organisationnelles. Le GCC comprend des parties prenantes clés (p. ex. gouvernement, partenaires, experts dans le domaine) et des représentants de la communauté et des groupes de population clés (p. ex. jeunes, femmes vivant avec le VIH, HSH, UDI, professionnels du sexe et autres), en fonction des besoins et des priorités de la communauté.
- 7. Institut académique.** Un partenariat avec un Institut académique est une aide précieuse pour renforcer les capacités des membres de la communauté au sein de l'OCT. De préférence, un partenaire universitaire local fournira un appui technique continu, une aide à l'élaboration des outils de collecte de données et à l'analyse des données, ainsi que des audits de la qualité des données. L'institut académique peuvent également faciliter les processus éthiques et aider à mettre en place un comité d'examen institutionnel. Les partenaires universitaires peuvent également aider à publier et à diffuser les données de l'OCT dans des revues soumises à comité de lecture et lors de conférences. S'il n'est pas possible d'établir une relation formelle avec un Institut académique, d'autres partenaires ou personnes externes—tels que des étudiants diplômés, des experts en recherche, des consultants ou des agences technique—peuvent apporter leur soutien à ces processus.

FIGURE 3
Structure de l'OCT de l'ITPC. La structure de base d'un observatoire communautaire sur le traitement repose sur cinq composantes essentielles



Les OCT ont la même structure, quel que soit leur niveau de travail. Pour les OCT fonctionnant au niveau d'une région (c.-à-d. dans plusieurs pays), la structure peut être mise à l'échelle de manière à ce que tous les OCT au niveau national soient intégrés dans un seul OCT régional, qui regroupera ensuite les données et les informations au niveau régional. Un exemple de cette intégration est fourni dans la section Études de cas qui donne de plus amples informations sur l'Observatoire régional communautaire sur le traitement en Afrique de l'Ouest à la page 19. De même, les OCT peuvent fonctionner au niveau international. Les OCT nationaux alimentent les OCT régionaux, qui

alimentent ensuite un OCT international qui regroupe et analyse les données.

Mise en place d'un OCT

Le développement et la mise en œuvre d'un OCT opérationnel implique plusieurs étapes et processus importants, comme suit :

- 1. Préparations préalables à la mise en œuvre.** le démarrage d'un OCT nécessite une planification détaillée. Cela inclut :
 - **L'élaboration d'un plan opérationnel et d'un cadre de performance.** Un plan opérationnel et un cadre de performance décrivent ce qui sera surveillé par l'OCT, expliquent comment initier ce travail et évaluent la performance de l'OCT. Ces documents de gestion sont essentiels car ils guideront et encadreront le travail, la mise en œuvre et l'efficacité de l'observatoire. Ils devraient inclure des mesures de suivi des plans de travail et établir des normes de performance opérationnelle. Dans la mesure du possible, des évaluations approfondies de la capacité organisationnelle devraient être menées par une tierce partie externe afin d'évaluer les systèmes et les politiques de gouvernance.
 - **Élaboration d'un outil de collecte de données et d'une plate-forme de base de données -** Une fois qu'un plan opérationnel définissant l'envergure du travail de surveillance de l'OCT a été mis en place, l'étape suivante consiste à élaborer un plan de suivi et un outil de collecte de données. L'outil de collecte de données comprend des indicateurs permettant de surveiller la prestation de services et l'accès au traitement pour identifier les problèmes. Le plan de suivi décrit les principaux protocoles régissant la collecte des données, de la collecte initiale à l'analyse. Cela comprend la spécification de la fréquence de la collecte des données, l'identification des sources requises pour la vérification des données et la définition d'une méthode claire pour évaluer la qualité des données. Une fois l'outil de collecte de données élaboré, une plate-forme d'hébergement de la base de données est conçue (ou adaptée d'une plate-forme existante) pour héberger les données qui seront collectées. La base de données doit être

Protéger les communautés, d'abord et avant tout

Comme pour toutes les recherches menées par la communauté, les OCT doivent garantir la confidentialité et la sécurité des personnes ayant accès aux soins dans les établissements sanitaires qui sont surveillés - en particulier dans les lieux où les PVVIH et les membres des populations clés sont stigmatisés et criminalisés. Les responsables de la mise en œuvre de l'OCT et tout le personnel doivent imposer des normes éthiques et veiller à ce que tout le personnel reçoive une formation appropriée sur la manière de manipuler, stocker, analyser et diffuser les données. Les responsables de la mise en œuvre devraient également convenir avec tous les sites de données (c'est-à-dire les partenaires des établissements de santé) d'un protocole standard pour le traitement des fichiers de données des patients e/ou de santé et en faire état dans le cadre du protocole d'entente ou d'un accord de travail.

sécurisée et accessible uniquement aux développeurs autorisés (conformément aux instructions et à l'autorisation données dans le cadre de l'approbation éthique). La base de données devrait être conçue pour permettre aux utilisateurs de faire des comparaisons entre les centres de traitement ou les pays et de créer des cartes, des graphiques et des tableaux

CONCEPTS CRITIQUES QUI AUGMENTENT LA CRÉDIBILITÉ DES DONNÉES DE L'OCT

La production de données robustes par l'OCT et le plaidoyer fondé sur des preuves qui en découle, dépendent presque entièrement de la conception d'un plan de données et d'une méthodologie de collecte des données adaptés. Étant donné que ces décisions peuvent devenir assez complexes, le partenariat avec un institut académique est essentiel pour que l'OCT soit opérationnel (voir page 9 pour en savoir plus sur les partenaires). Ci-dessous vous trouverez des détails sur la taille et la sélection de l'échantillon.

Taille de l'échantillon et intervalles de confiance : les sites de collecte de données des OCT doivent être sélectionnés de manière aléatoire afin de constituer un échantillon représentatif de la population. Plus la taille de l'échantillon est grande, plus vos données seront susceptibles de refléter une moyenne qui correspond à la moyenne de la population. Par exemple, votre estimation de la taille moyenne des hommes dans une ville sera plus précise si votre échantillon est plus grand. Si votre échantillon est trop petit, une personne de très grande taille ou de très petite taille pourrait fausser la moyenne. Les OCT devraient calculer la taille de leur échantillon en se basant sur un intervalle de confiance de 95 %. Plus l'intervalle de confiance est large, plus il est probable qu'il reflète la moyenne réelle. Lorsque les ressources le permettent, l'ITPC recommande un intervalle de confiance de 99 % pour réduire la probabilité d'erreur aléatoire. Pour déterminer la bonne taille

de l'échantillon de façon à en garantir l'exactitude, un tableau de référence de la taille de l'échantillon est disponible en annexe. Des outils de calcul de la taille d'échantillon en ligne sont également facilement accessibles. Par exemple : pour obtenir un échantillon représentatif des 6,1 millions de personnes vivant avec le VIH/sida vivant en Afrique de l'Ouest et centrale, il faudrait interroger environ 16 600 PVVIH.

Échantillonnage et sélection : Outre la taille de l'échantillon qui doit être suffisamment grand, il est également essentiel que l'échantillon soit sélectionné de manière aléatoire. Un certain nombre d'approches d'échantillonnage doivent être envisagées en fonction des résultats visés. Par exemple, vous souhaitez peut-être effectuer un échantillonnage aléatoire simple, dans lequel chaque site a la même probabilité d'être inclus ; ou un échantillonnage aléatoire pondéré où chaque client est l'unité d'échantillonnage. Voici d'autres éléments à prendre en considération :

- Le volume de clients pour un site (volume élevé ou faible)
- La faisabilité de la mise en œuvre
- La nécessité d'une ventilation particulière :
 - Rural ou urbain
 - Populations clés
 - Âge

interactifs.

- **Recrutement des équipes de mise en œuvre des OCT.** Le réseau de mise en œuvre (p. ex. le réseau national des personnes vivant avec le VIH) doit désigner un ou plusieurs points focaux principaux et recruter l'équipe de collecte des données. Les points focaux principaux sont identifiés à l'aide de critères de sélection spécifiques, notamment le fait d'être connecté aux établissements de santé, aux PVVIH et aux réseaux communautaires (p. ex. les réseaux de

population clés). De préférence, le point focal principal devrait être un utilisateur de ces établissements, qui comprend et connaît le système de soins de santé et de prestation de services. L'équipe de collecte des données est également identifiée à l'aide de critères de sélection spécifiques et recrutée conformément à des termes de référence (TdR) qui définissent les attentes et les qualifications requises. Les mêmes critères de sélection sont utilisés pour tous les agents de collecte de données, que l'équipe soit petite (p. ex. 1 à 2 personnes) ou

grande (p. ex. 10 personnes et plus). Au sein de l'équipe de collecte de données, un superviseur de données est désigné pour superviser chaque équipe et travailler en étroite collaboration avec le point focal.

- **Établissement d'un partenariat entre le GCC et l'institut académique.** Le GCC et ses partenaires universitaires assurent la surveillance opérationnelle et fournissent une assistance technique importante. Le partenariat avec un institut académique devrait être formalisé à travers un protocole d'entente ou un contrat.
- **Sélection et implication des sites de collecte de données.** Les sites de collecte de données sont identifiés en fonction des critères de sélection décrits dans le plan de suivi. Les critères de sélection incluent des facteurs concernant le milieu (urbain ou rural), la prévalence du VIH, le nombre de bénéficiaires

de soins, l'établissement de santé (grand hôpital ou centre communautaire) et la volonté de participer. Une fois les sites sélectionnés, un partenariat formalisé doit être établi entre l'OCT et le site, à travers un protocole d'entente ou autre accord de travail. Selon le type de site de données (p. ex. un établissement de santé public), il peut également être nécessaire d'établir un accord de travail avec le ministère de la Santé, afin de garantir que l'OCT puisse accéder aux données et les recueillir.

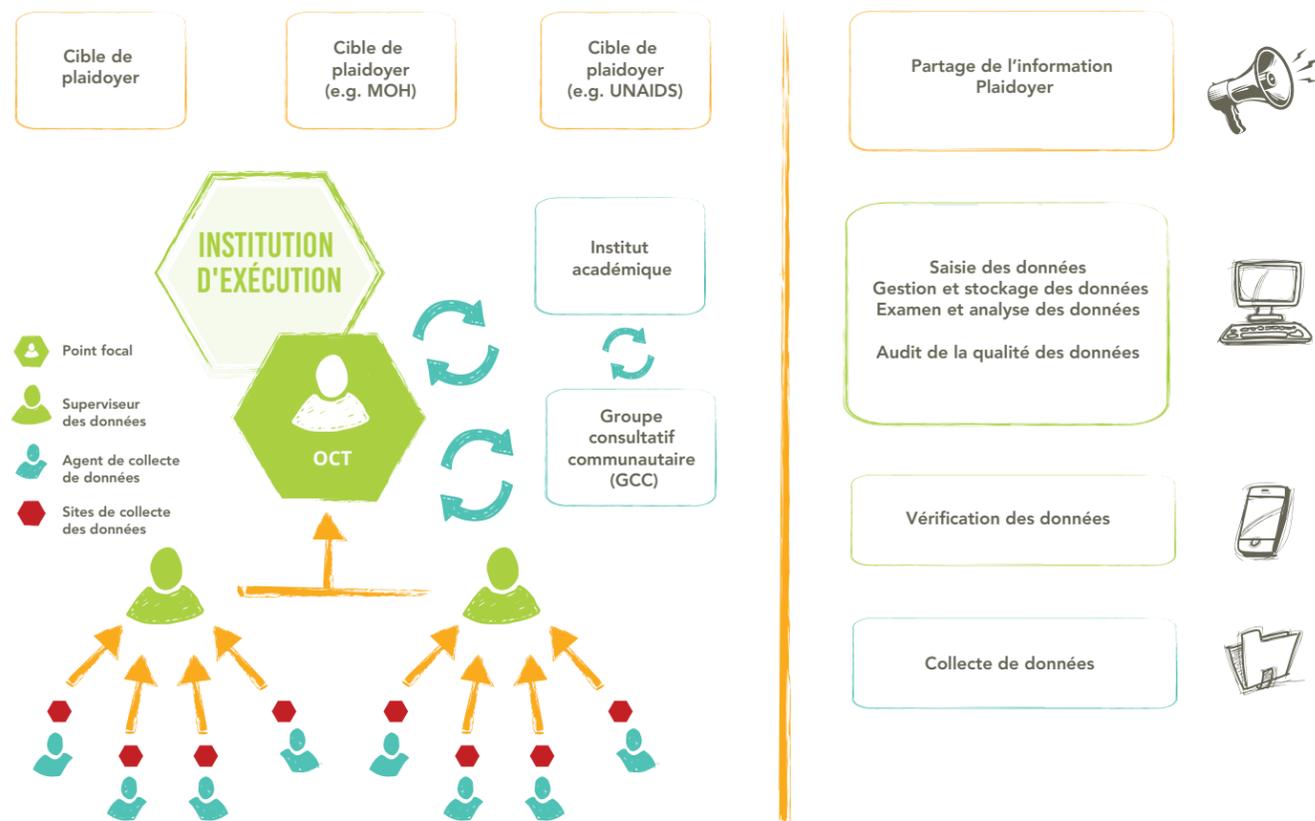
La sélection des sites de données et le recrutement de l'équipe de mise en œuvre de l'OCT peuvent avoir lieu en parallèle. Bien que les deux processus soient distincts, ils peuvent se renseigner l'un l'autre. Par exemple, si l'OCT est uniquement en mesure de recruter des agents de collecte de données dans une seule province en raison de contraintes budgétaires, ceci orientera la sélection des sites de données,

en les limitant aux sites de cette province. De même, si l'OCT a sélectionné des sites de données dans une province où un dialecte spécifique est parlé, la sélection des agents de collecte de données se limitera à ceux qui parlent ce dialecte.

- **Approbation éthique.** Les comités d'examen institutionnel et les comités d'éthique indépendants sont des organes administratifs créés pour protéger les droits et le bien-être des personnes participant à la recherche. Les OCT doivent obtenir l'approbation éthique pour s'assurer qu'ils disposent des systèmes nécessaires pour protéger les droits des personnes et des communautés qu'ils sont censés servir. Ce processus peut être difficile et prendre beaucoup de temps (compte tenu des exigences propres à chaque pays et de la fréquence des réunions des comités d'examen institutionnel et d'éthique indépendants). Il est donc idéal d'examiner les conditions requises à l'avance et de soumettre les documents le plus tôt possible (c'est-à-dire plusieurs mois à l'avance). L'institut académique et d'autres experts du GCC de l'OCT peuvent faciliter ce processus.
- **Formation de l'équipe de mise en œuvre des OCT.** Le point focal principal et l'équipe de collecte de données sont formés : 1.) pour bien comprendre le paquet de soins et de traitements (sur la base des dernières directives de l'OMS), et 2.) pour utiliser correctement l'outil de collecte de données. Cela comprend une formation sur la pathogenèse et la transmission du VIH, et sur la prévention, le dépistage, le traitement et la prestation de services tels que recommandés par l'OMS, ainsi qu'un atelier pratique sur le contenu des indicateurs et l'utilisation des outils de collecte de données (y compris le matériel et les logiciels applicables). Les formations de l'ITPC destinées aux OCT durent généralement entre trois et cinq jours. Le ou les superviseurs de données et le point focal principal suivent une formation supplémentaire spécifique à leurs rôles.

- **Réalisation d'une évaluation de référence.** L'OCT devrait effectuer une évaluation de référence pour documenter l'état initial de tous les indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Au fil du temps, les données peuvent être comparées à l'évaluation de référence pour suivre les tendances et les améliorations (ou les détériorations) dans l'accès au traitement et la qualité des services.
- 2. Opérationnalisation.** Une fois que les préparatifs préalables à la mise en œuvre sont terminés et que les structures de base de l'OCT sont en place, la surveillance peut commencer.
- **Collecte de données.** Les agents de collecte de données commencent leur travail en utilisant le(s) outil(s) de collecte de données finalisés sur chaque site, à la fréquence indiquée dans le plan opérationnel final (p. ex. tous les mois ou tous les trimestres).
 - **Vérification des données.** Le ou les superviseurs des données examinent les données soumises, vérifient les sources d'informations et valident les données tous les mois ou tous les trimestres, comme spécifié dans le plan opérationnel final.
 - **Saisie des données.** Une fois les données vérifiées, les superviseurs les transmettent au point focal principal ou à un autre membre de l'équipe désigné pour leur saisie dans la base de données. Pendant ce temps, le point focal principal consulte régulièrement le GCC et l'institut académique afin de mettre en évidence les pratiques exemplaires/problèmes rencontrés dans le processus et le système de collecte de données, de résoudre les problèmes et d'assurer le suivi.
 - **Gestion et stockage des données.** Si les données sont collectées avec un formulaire papier standardisé et/ou un questionnaire, le plan opérationnel doit décrire les procédures normalisées de sauvegarde, de stockage et/ou d'élimination des formulaires papier après leur saisie dans la base de données. La procédure de stockage ou d'élimination des formulaires papier doit être conforme aux protocoles du comité d'examen institutionnel, afin de garantir la protection des informations sensibles ou d'identification. Les formulaires physiques, les

FIGURE 4
Flux des données opérationnelles de l'OCT de l'ITPC



questionnaires, les notes des réunions et tout autre rapport des entretiens et des discussions de groupe doivent être stockés dans des tiroirs verrouillables. Les documents peuvent également être numérisés et téléchargés vers une base de données centrale à des fins de sauvegarde, afin de minimiser les pertes de données et de les sécuriser. Si les données sont collectées électroniquement, les procédures de gestion doivent veiller à ce qu'elles soient enregistrées et stockées dans des formats normalisés, afin de garantir la cohérence de façon à faciliter l'accès, l'examen et l'analyse, et de pouvoir les utiliser à des fins de compte rendu.

- **Examen et analyse des données.** Une fois les données saisies dans la base de données, le point focal principal de l'OCT effectue une analyse de premier niveau pour vérifier les délais de transmission, le taux de remplissage, la clarté et la cohérence. Si aucun examen supplémentaire n'est nécessaire, le point focal (et/ou le spécialiste du suivi et de l'évaluation, s'il fait partie de l'équipe de mise en œuvre) peut commencer à effectuer une analyse plus approfondie. Les considérations clés pour l'analyse comprennent :

- Les données démontrent-elles les progrès accomplis vers la réalisation des cibles ?

Est-il possible de relier les données à des résultats ?

Quelles données sont les plus utiles pour le plaidoyer ?

Existe-t-il des indicateurs pour lesquels des données n'étaient pas disponibles ? Si oui, pourquoi ? L'indicateur est-il toujours pertinent ?

Existe-t-il des données ou des tendances dans les données qui soulèvent des questions ? Si oui, quelles sont les étapes à suivre pour y répondre ?

- **Audit de la qualité des données.** Outre l'examen et l'analyse de routine de la qualité des données par le(s) superviseur(s) des données et le point focal, il est essentiel de mener une supervision formelle des données et des évaluations de la qualité (SDEQ). Cela

nécessite des visites sur le terrain pendant lesquelles l'équipe de mise en œuvre peut résoudre tout problème pouvant conduire à des données inexacts, incomplètes et peu fiables.

3. **Utilisation des données.** Une fois les données analysées et auditées, elles sont prêtes à être partagées, diffusées et utilisées pour orienter les actions de plaidoyer.

- **Partage de l'information.** La collecte de données par l'OCT étant un processus continu, il peut être utile de créer un plan de communication ou de diffusion de l'information. Le partage d'informations inclut le développement de produits de communication (p. ex. résumés de recherche, présentations) et de plates-formes pour la diffusion des résultats principaux. Pour les OCT fonctionnant au niveau régional ou mondial, il peut être utile de disposer de plates-formes transversales telles que des sites Web et des listes de diffusion, où les mises à jour nationales peuvent être consolidées—comme le fait actuellement le site *Watch What Matters* de l'ITPC. Des relations devraient également être établies avec les principaux intervenants et les médias, et les principaux résultats et données peuvent être partagés avec eux régulièrement.

- **Recueillir des commentaires.** Au-delà du partage d'informations, une composante essentielle de l'utilisation des données consiste à recueillir les commentaires des communautés et des établissements de santé dans lesquels elles sont collectées. Cela garantit que les communautés et les établissements de santé peuvent réagir aux données analysées et aux tendances observées et proposer des solutions concrètes. Les solutions peuvent être mises en œuvre en temps réel ou sur une période de temps plus longue. Cette étape ne figure souvent pas dans les autres modèles de surveillance des systèmes de santé. Bien que les données puissent être utilisées pour exiger une action des parties prenantes aux niveaux national et/ou régional, l'obtention immédiate et directe de cette information permet aux militants PVVIH et aux systèmes de santé de mettre en œuvre des changements simples, immédiats et efficaces au niveau de la communauté.

- **Plaidoyer.** Les membres de la communauté peuvent utiliser les données et les analyses qui en découlent pour renseigner l'élaboration de stratégies et de campagnes de plaidoyer ; dans des rapports partagés via des plates-formes de communication et avec les principales parties prenantes, telles que les réseaux de PVVIH et de militants, les établissements de santé (y compris ceux où les données sont collectées), les prestataires de soins, les décideurs, les programmes nationaux de lutte contre le sida et les bailleurs de fonds. Comme pour tout rapport de plaidoyer, il est important d'identifier et d'inclure les principales recommandations visant à améliorer la qualité et la couverture des services.

L'ITPC a mis au point un ensemble de normes minimales visant à garantir que les OCT fonctionnent correctement, sont réactifs et bénéficient aux communautés qu'ils cherchent à soutenir. Les normes d'accréditation couvrent des aspects relatifs à la gouvernance, à la gestion des partenariats, à la gestion organisationnelle, à la gestion des données et aux capacités techniques. Les OCT qui répondent à ces normes minimales peuvent obtenir l'accréditation qui reconnaît leur statut d'OCT de l'ITPC, après avoir fait l'objet d'un examen indépendant évaluant leurs performances par rapport à ces normes. Le tableau 3 présente des exemples de normes d'accréditation et les critères d'évaluation utilisés dans le cadre du processus d'accréditation des OCT par l'ITPC.

Normes & accréditation d'un OCT

Au fur et à mesure de la mise en fonctionnement de l'OCT, l'équipe de mise en œuvre doit examiner le plan opérationnel et le cadre de performance, afin de s'assurer qu'il respecte les normes de fonctionnement. Il s'agit d'un processus annuel continu auquel participent à la fois le réseau de membres de la communauté et le GCC.

TABLEAU 3. Exemples de normes d'accréditation d'un OCT

NORME	CRITÈRES D'ÉVALUATION
<p>GOVERNANCE & REDEVABILITÉ L'organisation hôte démontre l'existence de bonnes pratiques de gouvernance et de redevabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bien : L'organisation a de bonnes structures et systèmes de gouvernance en place pour garantir la redevabilité. L'existence d'un conseil d'administration se réunissant régulièrement (au moins quatre fois par an), y compris lors des assemblées générales annuelles ; l'existence d'une constitution du conseil ; les procès-verbaux des réunions du conseil et du personnel ; la documentation attestant que l'OCT est en conformité avec les lois et réglementations nationales ; des preuves indiquant l'existence de processus décisionnels clairs et transparents, et d'une capacité et de systèmes solides pour une gestion et une surveillance efficaces. Passable : l'organisation a mis en place quelques structures et systèmes de gouvernance pour garantir la redevabilité. L'existence d'un conseil d'administration, bien qu'il ne se réunisse pas régulièrement (c'est-à-dire moins de quatre fois par an). L'organisation a quelques capacités et systèmes pour une gestion et une surveillance efficaces. Insuffisant : L'organisation n'a pas de structures de gouvernance (p. ex. pas de conseil d'administration). Elle n'est pas enregistrée dans le pays dans lequel elle travaille. Elle ne bénéficie d'aucun parrainage et n'a aucun système financier en place pour garantir la redevabilité. L'organisation n'a ni la capacité ni les systèmes pour permettre une gestion et une surveillance efficaces.
<p>PERSONNEL L'organisation hôte dispose de suffisamment de personnel qualifié (programme, finances, suivi et évaluation, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bien : l'organisation dispose de membres qualifiés du personnel en nombre suffisant pour s'acquitter de ses fonctions (programme, finances, suivi-évaluation, etc.). Les performances du personnel sont continuellement évaluées et des formations de recyclage sont organisées pour renforcer leurs capacités. Passable : L'organisation dispose de quelques membres du personnel suffisamment qualifiés pour s'acquitter de ses fonctions. Des termes de référence, des descriptions de poste ou un manuel des ressources humaines sont disponibles en version provisoire. Insuffisant : L'organisation ne dispose pas de personnel qualifié en nombre suffisant pour s'acquitter de ses fonctions. Les rôles et responsabilités du personnel ne sont pas définis. Des termes de référence, des descriptions de poste ou un manuel des ressources humaines ne sont pas disponibles.
<p>COLLECTE DES DONNÉES L'OCT dispose d'un mécanisme établi pour la collecte systématique et précise de données sur des sites désignés et d'un système de surveillance du personnel recueillant les données</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bien : Des systèmes solides sont en place pour recueillir et stocker les données (outils de collecte de données, base de données, stockage sécurisé des formulaires de données complétés, formulaires de consentement, comité d'examen institutionnel, etc.). Les processus de collecte de données sont audités et bien gérés par le point focal de l'OCT et/ou par le personnel de S&E. Passable : Des systèmes limités sont en place pour recueillir et stocker les données. Cependant, les systèmes et les outils ne sont pas systématiquement utilisés ou mis en œuvre efficacement. Insuffisant : Aucun système n'est en place pour recueillir et stocker les données.
<p>INTÉGRATION NATIONALE L'OCT est intégré au contexte national et participe aux activités du Groupe consultatif communautaire (GCC) et de l'Instance de coordination nationale (CCM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bien : Interactions régulières entre l'OCT et le GCC ou le CCM. Intérêt national porté à l'OCT sous forme de ressources pour assurer sa continuité. Les données de l'OCT sont intégrées au SIGS ou utilisées pour orienter les plans stratégiques nationaux. Passable : Quelques interactions entre l'OCT et le GCC ou le CCM Insuffisant : L'OCT n'a aucune interaction avec le GCC ou le CCM

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN OBSERVATOIRE COMMUNAUTAIRE SUR LE TRAITEMENT

Application et adaptabilité

Le modèle d'OCT de l'ITPC peut être appliqué à grande échelle dans des communautés, régions et pays divers, et dans presque tous les domaines concernant la santé ou la justice sociale. Dans le contexte du VIH, il a été adapté pour surveiller des aspects spécifiques des soins relatifs au VIH—par exemple, la prévention du VIH parmi les usagers de drogues injectables—et plus généralement pour surveiller une variété de questions clés en Afrique de l'Ouest. Tant que les métriques et les indicateurs sont élaborés en collaboration avec les communautés pour qu'ils soient pertinents, les OCT peuvent aider à identifier les obstacles à l'accès et les opportunités de plaider en faveur du changement.

La structure d'un OCT est la même, qu'il fonctionne au niveau des établissements ou au niveau national. L'exemple de l'Observatoire régional communautaire sur le traitement en l'Afrique de l'Ouest est fourni dans la section Études de cas à la page 19.

Financement et durabilité

La création et l'exploitation d'un OCT nécessite d'importants investissements en temps et en ressources. Trois domaines essentiels relatifs à la durabilité doivent être pris en compte et abordés pour qu'un OCT puisse fonctionner de manière efficace et efficiente, selon les objectifs fixés :

■ Capacité technique et durabilité.

L'investissement dans les connaissances, les compétences et la capacité technique des membres de la communauté et de leurs réseaux est essentiel au succès d'un OCT. Les outils de collecte de données ne peuvent être élaborés et utilisés seuls ; les compétences techniques et la capacité de l'équipe de mise en œuvre doivent être consolidées et renforcées. Il s'agit de veiller à ce que les personnes (p. ex. les agents de collecte de données, les points focaux, etc.) soient correctement formés et disposent des outils et des ressources nécessaires pour s'acquitter de

OBTENIR LES FONDS NÉCESSAIRES À LA MISE EN PLACE D'UN OCT

Dans le contexte du financement du VIH qui ne cesse de rétrécir, il peut être difficile de trouver des bailleurs de fonds disposés à soutenir la surveillance dirigée par la communauté. Cependant, **le financement des activités base est essentiel pour la création, le maintien et la mise à jour des fonctions fondamentales d'un OCT. Même si le montant est minime, la priorité doit être accordée au financement des activités de base dans les modèles de calcul des coûts afin d'assurer la durabilité de l'OCT.**

Les réseaux de mise en œuvre souhaitant mettre en place un OCT doivent être avisés des éléments suivants :

- Le contexte national - y compris l'épidémie de VIH dans leur pays.
- Toute autre initiative de surveillance, y compris un autre OCT travaillant dans le pays et/ou la région.
- Possibilités de partenariats clés et stratégiques, par exemple avec des partenaires universitaires intéressés, etc.

De plus, les activités suivantes sont importantes :

- La cartographie des bailleurs de fonds (qui finance quoi dans la région)
- Développement d'un « argumentaire éclair » (synthétisez en quelques phrases pourquoi vous voulez surveiller ce qui compte)

Si aucun financement n'est disponible, essayez de continuer à faire ce que vous faites le mieux possible - c'est important !

leurs rôles respectifs. Dans de nombreux cas, la formation doit être un processus continu qui aborde les nouveaux défis et fournit des informations actualisées.

■ **Durabilité des systèmes.** Il est essentiel qu'un OCT soit intégré à une structure ou à une organisation existante qui en devient responsable, comme un réseau national de personnes vivant avec le VIH. Il ne devrait pas être établi en tant que projet autonome. La structure ou le réseau national doit avoir la capacité d'héberger un projet de cette envergure, y compris les systèmes nécessaires à la gouvernance, au suivi et à l'évaluation, à la gestion financière et aux communications. Cela garantit que l'OCT est intégré dans un système durable plus large qui appartient à la communauté.

Les OCT jouent un rôle essentiel dans le renforcement des systèmes communautaires (RSC) en définissant les rôles des membres de la communauté en matière de conception, de fourniture, de surveillance et d'évaluation des services destinés à améliorer la santé.

■ **Viabilité financière.** Le coût financier de la mise en œuvre d'un OCT est une considération importante. Les coûts opérationnels devraient inclure les salaires, les indemnités, le transport, les investissements dans la base de données et la technologie, ainsi que les frais généraux (loyer des bureaux, électricité, téléphone, charges et soutien à la mise en œuvre du plaidoyer, etc.). **Il est important de chiffrer les besoins d'un OCT avant la mise en œuvre de manière précise et réaliste, afin de garantir l'obtention d'un financement suffisant. D'après l'expérience de l'ITPC, les coûts de création et de mise en œuvre d'un OCT peuvent aller de 100 000 à 150 000 USD par an.** Cela comprend les coûts de collecte, de gestion et d'analyse des données, des opérations et du personnel du projet, de formation/renforcement des capacités, des interventions de plaidoyer, de l'organisation de réunions avec les parties prenantes (GCC) et des visites de contrôle/audits de qualité des données. Cette fourchette de coûts varie selon les pays, en fonction du coût de la vie en général, du nombre de sites de collecte de données, de l'utilisation de formulaires papier ou numériques pour la collecte de données, du nombre d'employés, de la distance entre les sites de collecte de données et de l'emplacement des sites de collecte de

données (zones urbaines/périurbaines/rurales). Cela explique pourquoi le financement des activités de base pour établir et maintenir ces capacités essentielles est fondamental et doit être une priorité.

Réduction des risques

Les stratégies d'atténuation des risques jouent un rôle important dans la durabilité des OCT. Elles doivent prendre en compte des facteurs tels que des contextes nationaux complexes et parfois instables, des interventions différenciées basées sur les besoins de la communauté, des activités d'un meilleur rapport coût-efficacité permettant l'utilisation optimale d'un budget limité, la coordination avec les initiatives existantes pour assurer la synergie entre les projets nationaux et régionaux, et la capacité d'absorption des réseaux communautaires organisés.

Les organisations et institutions souhaitant mettre en place un OCT devraient également examiner le contexte politique et environnemental aux niveaux national, régional et mondial afin d'en déterminer l'impact potentiel sur leur travail, et prendre les précautions appropriées.

Autres modèles de surveillance communautaire

Des observatoires communautaires sont actuellement en cours de mise en œuvre à travers le monde dans divers contextes. Ce modèle est la norme selon laquelle les OCT de l'ITPC fonctionnent dans le cadre de notre initiative de surveillance communautaire plus large, intitulée « *Watch What Matters* », qui inclut d'autres modèles de surveillance basée dans la communauté.

D'autres modèles de surveillance communautaire, tels que la série de rapports « *Missing the Target* » de l'ITPC, fournissent également aux communautés des moyens de constituer une base d'informations factuelles dont elles ont besoin pour renseigner leur plaidoyer.

ÉTUDES DE CAS

ÉTUDE DE CAS N° 1 : L'Observatoire régional communautaire sur le traitement en Afrique de l'Ouest (ORCT-AO)

En février 2017, l'ITPC, avec le soutien du Fonds mondial, a lancé l'Observatoire régional communautaire sur le traitement en Afrique de l'Ouest (ORCT-AO). En s'appuyant sur des travaux antérieurs de surveillance des ruptures de stock d'ARV dans la région, l'ORCT-AO vise à accroître l'accès au traitement du VIH dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Bissau, Libéria, Mali, Sénégal, Sierra Leone et Togo ; en (1) officialisant et en élargissant les observatoires communautaires sur le traitement existants à tous les pays cibles ; (2) en créant un observatoire régional sur le traitement ; et (3) en renforçant les capacités des membres des 11 réseaux nationaux de PVVIH à surveiller les services de traitement. Le projet fait partie de notre campagne « *Watch What Matters* » (surveiller ce qui compte) et suit le modèle de surveillance communautaire de l'ITPC (Figure 1). Le projet, d'une durée de trois ans, cible spécifiquement cinq populations clés et vulnérables—HSH, professionnels du sexe, UDI,

femmes enceintes et jeunes—qui courent un plus grand risque d'infection par le VIH et font face à de plus grands défis pour accéder aux services de prévention et de traitement du VIH.

Le lancement de l'ORCT-AO en février 2017 fut précédé d'un long processus préparatoire avant la mise en œuvre. Il comprenait l'élaboration de documents de gestion pour orienter et encadrer la portée et la mise en œuvre du projet ; des évaluations approfondies des capacités organisationnelles menées par le comité d'examen technique du Fonds mondial et l'agent local du fonds, et l'élaboration d'un cadre de performance et de mesures de suivi du plan de travail.

Dans chacun des 11 pays d'Afrique de l'Ouest, des réseaux nationaux de PVVIH ont été identifiés en tant que partenaires dans les pays pour diriger la mise en œuvre des OCT nationaux. Une série de trois ateliers de planification technique ont été organisés entre décembre 2016 et février 2017 pour former les équipes de mise en œuvre de chaque pays. Ces ateliers portaient spécifiquement sur la planification du travail et le renforcement des capacités en matière de suivi et d'évaluation, de collecte des

FIGURE 5 : Nombre total de PVVIH ayant effectué un test de charge virale par rapport au nombre de PVVIH ayant reçu le résultat de leur test de charge virale après deux semaines - (cumulatif de janvier à juin 2018)

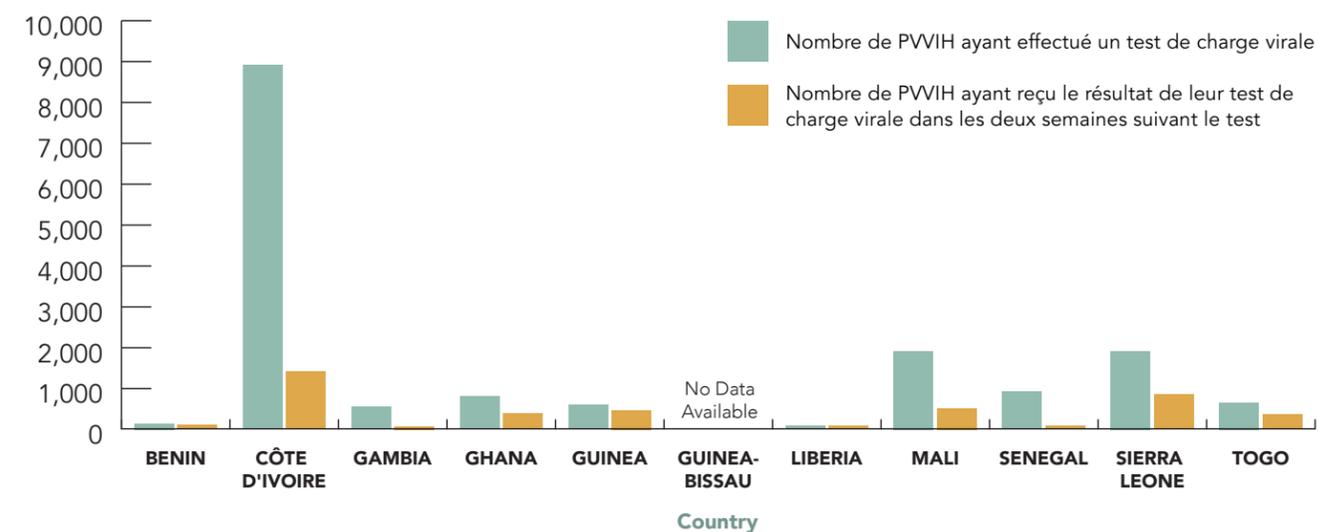
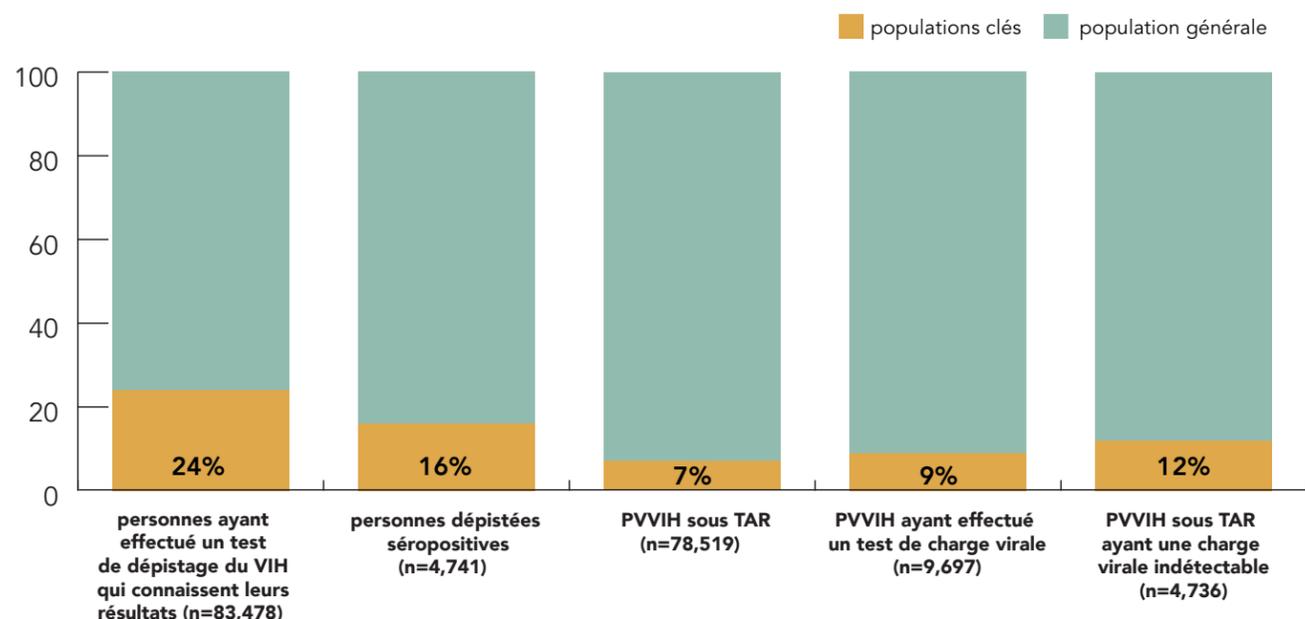


FIGURE 6

Populations clés atteintes le long de la cascade de soins, proportionnellement à toutes les personnes atteintes dans les établissements de santé surveillés par les OCT



données, d'utilisation de la base de données, de gestion financière et de gouvernance. Après le lancement du projet, les partenaires dans le pays ont mis en place des conseils consultatifs techniques—appelés groupes consultatifs communautaires (GCC)—et formé des agents locaux de collecte de données. Les sites de données dans chaque pays ont été sélectionnés sur la base de critères spécifiques (taille de la population, couverture géographique, accessibilité) et ont été amenés à signer des protocoles d'entente pour devenir des sites de collecte de données désignés.

Les données sont collectées à partir de ces sites à l'aide d'outils de collecte de données normalisés sur papier (élaborés en anglais, français et portugais), qui sont ensuite saisies manuellement dans une base de données en ligne et un système d'archivage électroniques, ce qui permet la collecte de documents numérisés pour faciliter le flux des données et les évaluations de la qualité des données. La base de données de l'ORCT-AO comprend un tableau de bord en ligne (également conçu en anglais, français et portugais) où tous les partenaires saisissent des données quantitatives et qualitatives. Les ensembles d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs surveillent des aspects particuliers de la cascade de soins du VIH, en

particulier en ce qui concerne la prévention, le dépistage, l'initiation du traitement antirétroviral et le suivi du traitement (Tableau 1).

À ce jour, les données et les premiers résultats de l'ORCT-AO exposent clairement et spécifiquement les expériences vécues par les communautés en Afrique de l'Ouest, où la stigmatisation et la discrimination, le manque de connaissances et de sensibilisation sur le VIH, les lacunes dans la chaîne d'approvisionnement et les frais d'utilisation empêchent l'accès aux services de prévention et de traitement qu'elles veulent et dont elles ont besoin. Par exemple, il existe une grande disparité entre le nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant effectué un test de charge virale et le nombre de personnes ayant reçu leur résultat au bout de deux semaines (Figure 5).

Il est clair que le potentiel d'absorption n'est pas atteint et le besoin critique de dépistage de la charge virale n'est pas rempli—et même lorsqu'ils le sont, les résultats ne parviennent souvent pas aux bénéficiaires des soins—ce qui a donc aucun effet sur la vie des personnes vivant avec le VIH.

Lorsque les données nationales ne rapportent que le nombre de tests de la charge virale effectués, elles ne reflètent pas la réalité de la situation. Comme le

montrent les données de l'ORCT-AO, les tests de la charge virale ne sont pas effectués systématiquement (comme le recommande l'OMS) et les résultats des tests n'atteignent pas les destinataires des soins ; par conséquent, ces informations essentielles ne sont pas utilisées pour aider les PVVIH à supprimer leur charge virale grâce aux conseils en matière d'observance au traitement et/ou au passage à un nouveau schéma thérapeutique. Les données qualitatives révèlent que le délai moyen de traitement des résultats des tests de charge virale est de 4,5 mois à compter du moment du test.

Ce qui est le plus remarquable, ce sont les données, ou l'absence de données, sur l'accès aux services pour des populations spécifiques. Les données pour certains groupes—p. ex. les femmes enceintes—sont mieux saisies par le système de santé, tandis que d'autres restent invisibles. Les données de l'ORCT-AO montrent des lacunes disproportionnées dans la cascade de soins du VIH pour les populations clés et vulnérables (Figure 6). Ces données mettent en évidence des obstacles importants en matière d'accès pour ces groupes, notamment en ce qui concerne la mise en relation avec les services de prise en charge et l'initiation du traitement antirétroviral. En outre, seuls 38 établissements de santé sur 101 surveillés par l'ORCT communiquent des données pour au moins une population clé, ce qui crée des difficultés supplémentaires pour mettre les prestataires de services de santé devant leurs responsabilités.

Au cours de la période 2018-2019, l'ORCT-OA continuera de surveiller et d'analyser systématiquement les données quantitatives et qualitatives sur les obstacles à l'accès aux services de prévention, de dépistage, de prise en charge et de traitement du VIH. Des rapports périodiques et des analyses comparatives seront publiés et largement diffusés pour renseigner les processus politiques régionaux et mondiaux.

ÉTUDE DE CAS N° 2 : Les OCT en Afrique de l'Est, de l'Ouest et du Centre, en Amérique latine et dans les Caraïbes

En 2015, avec l'appui de la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), des OCT ont été officialisés en Afrique de l'Est, en Afrique de

l'Ouest, en Afrique centrale, en Amérique latine et dans les Caraïbes. Chaque OCT a été conçu de manière à favoriser le militantisme, renforcer les capacités des militants nationaux de la lutte contre le VIH et permettre aux réseaux de PVVIH et de populations clés de contrôler l'efficacité des investissements financiers dans le secteur de la santé. Dans la plupart des cas, les OCT ont concentré leurs efforts sur le suivi de la gestion des ressources du Fonds mondial, en tant que mécanisme de surveillance permettant d'éviter une mauvaise gestion des fonds.

En Afrique de l'Est, l'ITPC s'est concentrée sur les questions de gestion de l'instance de coordination nationale (CCM) et de transparence liées à l'utilisation des ressources du Fonds mondial au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie.

En Afrique de l'Ouest, l'ITPC a collecté des données sur l'état des services de traitement, notamment les ruptures de stock en Côte d'Ivoire, en Gambie et en Sierra Leone. Plus de 150 militants communautaires ont été formés. Les principales conclusions de l'observatoire ont été utilisées pour des activités de plaidoyer aux niveaux régional, national et local. L'observatoire en Afrique de l'Ouest a jeté les bases de ce qui est devenu l'Observatoire régional communautaire sur le traitement en Afrique de l'Ouest (ORCT-AO) en 2017.

En Afrique centrale, l'ITPC a surveillé l'engagement significatif des populations clés dans les CCM de la République centrafricaine, de la République démocratique du Congo et du Cameroun. À la suite de ce processus, les priorités des populations clés ont été intégrées aux notes conceptuelles du Fonds mondial soumises par les plates-formes régionales.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'ITPC a surveillé les problèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, en mettant l'accent sur les ruptures de stock et la gestion des ressources du Fonds mondial. L'observatoire a formé 50 dirigeants communautaires et mis en place deux comités de traitement. Les premières alertes aux ruptures de stock lancées par les comités ont permis d'éviter les ruptures de stock dans les zones surveillées par l'observatoire.

ANNEX

ANNEXE 1 : Tableau de taille de l'échantillon

TAILLE DE LA POPULATION <i>(c'est-à-dire, nombre total de personnes vivant avec le VIH dans le pays ou la région)</i>	TAILLE MINIMALE DE L'ÉCHANTILLON DE L'OCT RECOMMANDÉE <i>(C'est-à-dire, le nombre de personnes vivant avec le VIH recevant des soins dans les sites surveillés par l'OCT)</i>
1 000-1 999	700
2 000-2 999	780
3 000-3 999	850
4 000-4 999	880
5 000-9 999	965
10 000 - 19 999	2 200
20 000 - 29 999	7 300
30 000-39 999	7 700
40 000-49 999	8 000
50 000-99 999	8 700
100 000-149 999	9 000
150 000-199 999	9 100
200 000-249 999	9 200
250 000-299 999	9 300
300 000-499 999	9 400
500 000-999 999	9 500
1 000 000	9 600

NOTES DE FIN

- 1 ONUSIDA. Un long chemin reste à parcourir – Comblant les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices. Mise à jour sur le sida dans le monde. 2018.
- 2 Kentoffio, K., Kraemer, J. D., Griffiths, T., Kenny, A., Panjabi, R., Sechler, G. A., ... & Siedner, MJ (2016). Charting health system reconstruction in post-war Liberia: a comparison of rural vs. remote healthcare utilization (cartographie de la reconstruction du système de santé au Libéria d'après-guerre : comparaison de l'utilisation des soins de santé entre zones rurales et isolées). BMC health services research, 16 (1), 478.
- 3 D'ici 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut sérologique. D'ici à 2020, 90 % de toutes les personnes diagnostiquées séropositives recevront une thérapie antirétrovirale soutenue. D'ici 2020, 90 % de toutes les personnes recevant un traitement antirétroviral auront une charge virale indétectable.
- 4 Kruk, Margaret E., Anna D. Gage, Naima T. Joseph, Goodarz Danaei, Sebastián García-Saisó and Joshua A. Salomon. « Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries » (la mortalité due à des systèmes de santé de qualité médiocre à l'ère de la couverture sanitaire universelle : analyse systématique des décès évitables dans 137 pays). The Lancet (2018).
- 5 OMS. Le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. Lignes directrices unifiées [en ligne]. Juin 2017
- 6 FHI 360/LINKAGES. HIV Cascade Framework for Key Populations. Oct 2015.
- 7 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Community Systems Strengthening Framework (cadre de renforcement des systèmes communautaires). 2014.
- 8 Pour un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 1 %. Pour qu'il soit possible de mettre en place des OCT plus petits, une marge d'erreur de 2 % est utilisée pour les populations de 10 000 à 20 000 personnes. Pour les populations de moins de 10 000 habitants, une marge d'erreur de 3 % est utilisée.

Watch What Matters (surveiller ce qui compte) est une initiative de recherche et de surveillance communautaire qui rassemble des données sur l'accès au traitement et la qualité du traitement contre le VIH dans le monde.

Consultez www.WatchWhatMatters.org pour les dernières nouvelles et mises à jour de l'Observatoire régional communautaire sur le traitement en Afrique de l'Ouest et d'autres projets de surveillance basés dans les communautés.

Cette publication a été conçue grâce au financement du Fonds mondial et au soutien du Robert Carr Fund (RCF) et de la Open Society Foundations (OSF).