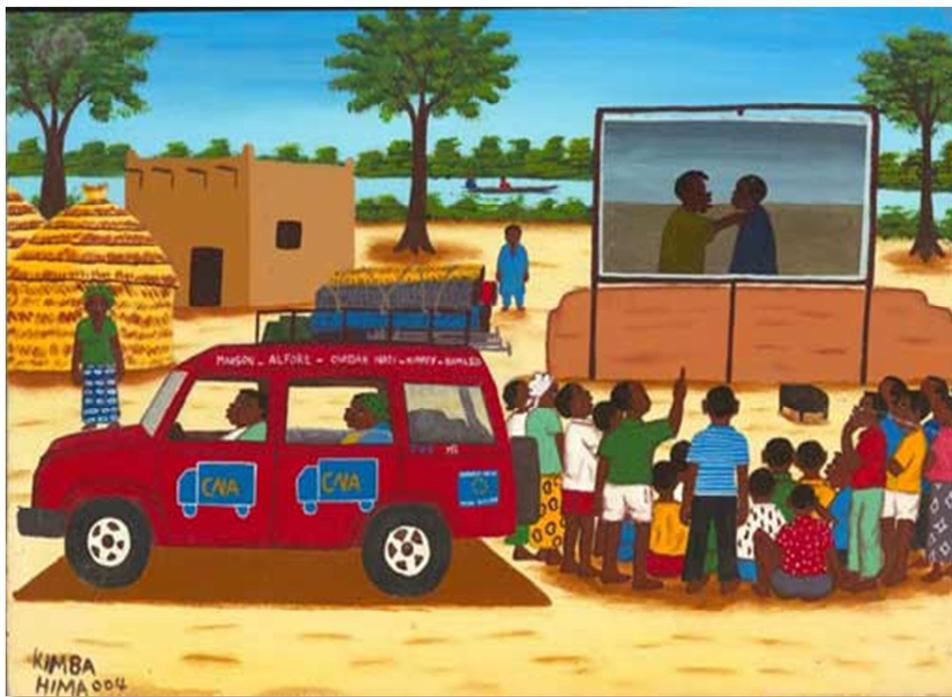




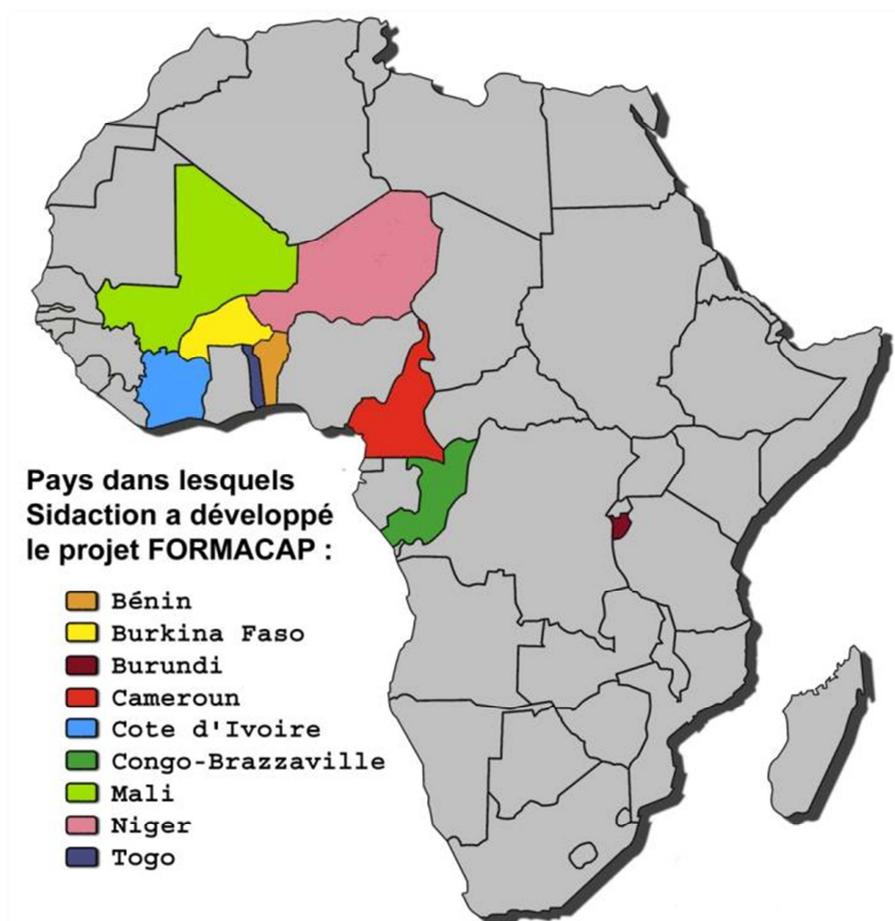
*Dispositifs innovants des associations
De lutte contre le VIH/Sida en Afrique de l'Ouest*



**Décentralisation des services :
Le rôle primordial des
antennes associatives en province**

Mars 2013

**Ce rapport entre dans le cadre d'un exercice de capitalisation du programme de Sidaction
« Développer et promouvoir les compétences des associations de lutte contre le sida en Afrique de
l'Ouest et Centrale / FORMACAP », soutenu par l'Agence Française de Développement
(Projet CZZ 1520-01 / Secteur Santé / Janvier 2010 – Juillet 2013)**



Document réalisé par Vincent BASTIEN, Chargé de mission

SIDACTION

228 rue du Faubourg Saint Martin
75010 Paris – France

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Sigles et abréviations | 4 |
| Préface | 6 |
| Introduction | 7 |
| 1. Contexte d'intervention des associations partenaires | 8 |
| 1.1. Situation globale en Afrique occidentale et centrale | 8 |
| 1.2. Présentation des associations partenaires | 9 |
| 2. Raisons de la décentralisation des services associatifs en province | 17 |
| 2.1. Pallier la faible couverture des systèmes sanitaires publics | 17 |
| 2.2. Réduire les distances entre lieux de vie et lieux de soins | 18 |
| 2.3. Faire face à l'augmentation des files actives | 18 |
| 2.4. Répondre aux besoins des populations en temps de crise | 20 |
| 3. Zones géographiques couvertes par les associations partenaires | 21 |
| 3.1. Couverture géographique à travers les centres de prise en charge | 21 |
| 3.2. Couverture géographique à travers les unités mobiles | 23 |
| 4. Organisation et fonctionnement général des antennes | 25 |
| 4.1. Degré d'autonomie administrative des antennes | 25 |
| 4.2. Ressources allouées aux antennes | 26 |
| 4.3. Gestion financière | 28 |
| 4.4. Supervision, suivi et rapportage des activités | 30 |
| 5. Typologies des services offerts | 33 |
| 5.1. Les services de dépistage | 35 |
| 5.2. Les services de soutien psychosocial | 36 |
| 5.3. Les services de prise en charge médicale | 37 |
| 5.4. Les services en cas d'urgence sanitaire | 39 |
| 6. Principaux résultats obtenus | 40 |
| 6.1. Evolution globale de la file active des associations partenaires | 40 |
| 6.2. Effectifs des files actives des sites décentralisés | 41 |
| 6.3. Poids des files actives des antennes dans les files actives globales | 42 |
| 6.4. Des services plus accessibles et de meilleure qualité | 44 |
| 7. Collaborations avec le secteur public et les acteurs locaux | 47 |
| 7.1. Collaborations avec les partenaires publics | 47 |
| 7.2. Collaborations avec les ONG, associations et réseaux locaux | 49 |
| 7.3. Collaborations Nord-Sud | 51 |
| 8. Contraintes, limites et besoins | 53 |
| 9. Plus-value du développement des antennes provinciales | 56 |
| 10. Conclusion & perspectives | 59 |

Sigles et abréviations

| | |
|------------|--|
| AAS | Association African Solidarité/ Burkina Faso |
| ADIS | Accompagnement, Dépistage, Information et Solidarité / Bénin |
| ACS | Action Contre le Sida / Togo |
| AFD | Agence Française de Développement |
| AGR | Activités Génératrices de Revenus |
| AIDSETI | AIDS Empowerment Treatment International / Burkina Faso |
| AKS | Association Kéné Dougou Solidarité / Mali |
| ALAVI | Association Laafi La Viim / Burkina Faso |
| AMC | Aides Médicales et Charité / Togo |
| ANSS | Association National de Soutien aux Séropositifs et Sidéens |
| ARCAD-Sida | Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH/sida / Mali |
| ARV | Anti Rétro Viraux |
| ASC | Agents de Santé Communautaires |
| ASU | Association Serment Universel / Congo |
| CCC | Communication pour le Changement de Comportement |
| CDC | Center for Disease Control and Prevention |
| CDV | Conseil Dépistage Volontaire |
| CEDAV | Centre de Dépistage Anonyme et Volontaire / Niger |
| CESAC | Centre de Soins, d'Animation et de Conseils |
| CHR | Centres Hospitaliers Régionaux |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CIPEC | Centre d'Information et de Prise En Charge |
| CISSA | Centres d'Information et de Soins de Santé Ambulatoire / Togo |
| CMA | Centre Médical avec Antenne chirurgicale / Burkina Faso |
| CMLS | Comité Ministériel de Lutte contre le Sida / Burkina Faso |
| CNLS | Conseil National de Lutte contre le Sida / Burkina Faso |
| CSAS | Centre Solidarité Action Sociale |
| EC | Espace Confiance |
| EGPAF | Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation |
| EP | Educateur/rice de Pair(e)s |
| EVT | Espoir Vie Togo |
| FESPACO | Festival Panafricain du Cinéma de Ouagadougou |
| FM | Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme |
| FNUAP | Fonds des Nations-Unies pour l'Aide à la Population |
| HSH | Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes |
| IEC | Information Education Communication |
| IST | Infection Sexuellement Transmissible |
| MAS | Maison des Associations |
| MLS | Ministère de la Lutte contre le Sida / Côte d'Ivoire |
| MVS | Mieux Vivre avec le Sida |
| OEV | Orphelins et Enfants Vulnérables |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| PADS | Programme d'Appui aux Districts Sanitaires / Burkina Faso |
| PAMAC | Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire / Burkina Faso |
| PASCI | Programme d'Appui des organisations de la Société Civile de lutte contre le VIH/SIDA / Togo |
| PEC | Prise En Charge |
| PED | Pays En Développement |

| | |
|--------|--|
| PEPFAR | President's Emergency Plan for AIDS Relief |
| PF | Planning Familial |
| PNLS | Programme National de Lutte contre le Sida / Mali, Burundi, Niger |
| PNOEV | Programme National pour les Orphelins et Enfants Vulnérable/ Côte d'Ivoire |
| PNPEC | Programme National de Prise en Charge des PVVIH / Côte d'Ivoire |
| PSP | Pharmacie de la Santé Publique / Côte d'Ivoire |
| PTME | Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant |
| PUMLS | Programme d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida / Côte d'Ivoire |
| PVVIH | Personne Vivant avec le VIH |
| REVS+ | Responsabilité, Espoir, Vie, Solidarité |
| RH | Ressources Humaines |
| RSB | Renaissance Santé Bouaké |
| SWAA | Society for Women and AIDS in Africa |
| TB | Tuberculose |
| TS | Travailleur/se du Sexe |
| UNGASS | United Nations General Assembly Special Session |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund |
| USAC | Unités de Soins et d'Accompagnement Communautaire |
| VAD | Visites A Domicile |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

Dans de nombreux pays, des familles affectées par le VIH font encore des dizaines ou des centaines de kilomètres pour bénéficier de soins, d'examens de laboratoires et de traitements appropriés à leur état de santé. Cet éloignement des services limite l'accès à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien, avant tout pour une question économique. Quitter son domicile et son travail pour de très longues heures, voire plusieurs jours, augmente considérablement le coût supporté par les familles pour bénéficier de ces services, tant par le paiement des déplacements et parfois du logement en capitale, que par le manque à gagner lié à la suspension temporaire des activités sources de leurs revenus quotidiens.

La lutte contre le VIH a fait d'immenses progrès au cours des quinze dernières années quasiment partout en Afrique, mais force est de constater que les services produits par les structures de santé et les acteurs de la lutte contre le sida restent encore trop souvent centralisés dans les capitales et dans les grandes villes, où ils sont parfois même insuffisants. Lorsqu'une mère de famille doit traverser Abidjan pour sa consultation médicale puis se rendre dans un autre quartier pour celle de son enfant séropositif, elle « perd » un temps et un argent précieux avant de pouvoir rentrer chez elle. Au-delà de cet enjeu individuel, l'éloignement des services peut également contribuer à affaiblir ce que l'on nomme dans un jargon un peu technocratique « le maintien dans les soins ». Car, cette mère de famille devra parfois choisir entre dépenser 1 500 FCFA en frais de transport pour les consultations ou nourrir sa famille le soir venu.

La décentralisation des services offerts aux personnes vivant avec le VIH et à celles exposées au VIH est donc avant tout une question de justice. Et le combat pour la gratuité de l'accès aux services n'est pas terminé lorsque les derniers kilomètres à parcourir représentent encore un obstacle trop onéreux à franchir.

Les autorités sanitaires de certains pays l'ont d'ailleurs bien compris lorsqu'elles s'appuient sur les associations de lutte contre le sida compétentes pour une décentralisation effective des activités de prévention, des services de dépistage (y compris grâce à des unités mobiles pour aller au-devant des populations), de soins et de traitements pour les adultes et les enfants. Depuis plus de 15 ans, Sidaction soutient nombre de ces associations, notamment en Afrique sub-saharienne, et contribue ainsi à ce processus de décentralisation des services à deux niveaux : en finançant les coûts de structure et de ressources humaines de leur siège, leur permettant ainsi de consacrer d'autres moyens au déploiement d'activités dans leurs antennes, ou en soutenant directement les projets menés dans ces antennes. En complément, grâce au soutien de l'Agence Française de Développement, Sidaction a mené auprès de ces associations des formations visant à développer et consolider leur système de gestion comptable et financière, et le management des équipes y compris dans les antennes. Poursuivre et valoriser ce processus de décentralisation est donc une priorité ; c'est bien l'objet de l'exercice de capitalisation que Sidaction, avec le soutien toujours fidèle de l'Agence Française de Développement, a pu réaliser. Ce rapport démontre que la décentralisation est possible autant qu'indispensable. Il témoigne du dynamisme des organisations locales que Sidaction soutient depuis tant d'années au service de celles et ceux affectés ou menacés par l'épidémie d'infections à VIH.

Eric Fleutelot

Directeur Général Adjoint International

Introduction

Si les associations font désormais partie intégrante du paysage de la lutte contre le sida dans les pays en développement (PED), les acteurs institutionnels définissant les modèles et les systèmes de prise en charge veulent souvent les cantonner à l'accompagnement compassionnel des patients ou à l'assistance sociale de proximité. Certaines associations ont pourtant développé des pratiques et des approches originales leur permettant d'atteindre des populations particulièrement vulnérables et réputées difficiles d'accès ou ont mis en œuvre des dispositifs organisationnels particulièrement adaptés aux pays à faible ressource. Ces pratiques, ces logiques d'intervention et ces approches ne sont cependant pas modélisées, et ne peuvent donc être essaimées ni discutées au sein des forums où s'élaborent les systèmes de prise en charge.

En conséquence, l'exploitation et la valorisation insuffisante de leurs compétences et de leurs potentialités entraînent un déficit de crédibilité des associations vis-à-vis des autres acteurs, des difficultés à se faire financer et des occasions manquées d'améliorer les résultats de la lutte contre le sida en synergie avec les structures publiques de santé.

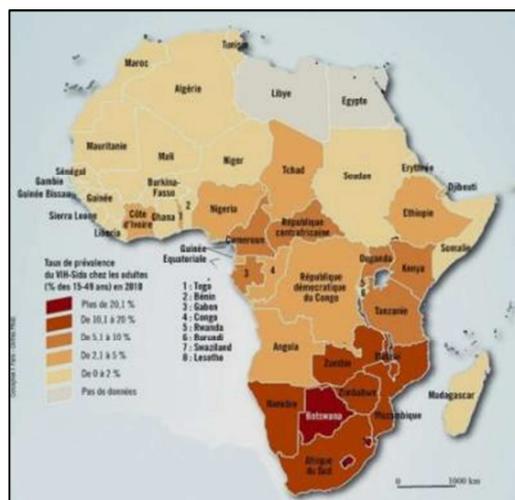
En mettant en exergue des expériences exemplaires à des fins de plaidoyer, cet exercice de capitalisation doit permettre aux associations d'être reconnues dans leur environnement comme des interlocutrices légitimes, et d'exercer un contre-pouvoir concret sur les gouvernements et les bailleurs afin d'influer favorablement sur les politiques et systèmes de prise en charge. Il s'agit donc de faire valoir, notamment auprès des acteurs institutionnels, des pratiques, des savoir-faire ou des dispositifs identifiés dans ces associations pour leur caractère innovant ou leur pertinence à répondre aux enjeux de l'élargissement des services VIH. Ces pratiques/dispositifs, formalisés et consolidés avec le soutien technique et financier de Sidaction, pourront ainsi être diffusés auprès d'autres structures communautaires et associatives afin d'en favoriser l'essaimage.

Ce rapport porte sur le développement, par les associations d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, d'antennes provinciales dans les zones rurales des pays concernés, et sur le déploiement d'unités mobiles dans les quartiers périphériques des grands centres urbains ou dans les régions les plus enclavées. Pour cela, nous avons réuni et analysé des informations recueillies au cours de nombreux entretiens réalisés lors de missions réalisées sur le terrain entre novembre 2012 et mars 2013, et des informations complémentaires collectées à travers une large revue documentaire (rapports d'activités et rapports financiers des associations partenaires, documents mis en ligne sur leurs sites internet, comptes-rendus de missions, évaluation par les partenaires, etc.) Ce rapport vise à valoriser les efforts de ces structures en termes de décentralisation des services, efforts qui s'inscrivent de manière logique et cohérente dans les politiques nationales de décentralisation des systèmes de soins.

1. Contexte d'intervention des associations partenaires

1.1. Situation globale en Afrique occidentale et centrale

D'une manière générale, *l'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par l'épidémie mondiale de VIH* : on estime que 23,5 millions de personnes vivant avec le VIH résidaient en Afrique subsaharienne en 2011, soit 69 % de la charge mondiale du VIH. 92 % des femmes enceintes vivant avec le VIH, et plus de 90 % des enfants ayant contracté le VIH en 2011, résidaient alors en Afrique subsaharienne. Les femmes subissent d'ailleurs toujours l'impact de l'épidémie de VIH de manière disproportionnée, puisqu'elles représentaient 58 % de l'ensemble des PvVIH dans la région en 2011.



Pour autant, s'agissant plus spécifiquement de la situation des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale¹, on constate une très nette évolution ces dernières années. La prévalence du VIH y est relativement faible, notamment la prévalence du VIH chez les adultes qui était estimée à 2 % ou moins dans 12 pays en 2009 (Bénin, Burkina Faso, République démocratique du Congo, Gambie, Ghana, Guinée, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Sierra Leone). Les cinq pays de la région où la prévalence est la plus élevée sont le Cameroun (5,3 %), la République centrafricaine (4,7 %), la Côte d'Ivoire (3,4 %), le Gabon (5,2 %) et le Nigeria (3,6 %). Le tableau ci-dessous donne un aperçu des dernières données disponibles concernant les principaux pays dans lesquels interviennent les associations partenaires de Sidaction :

| Nom du Pays | Nombre d'habitants * | Prévalence VIH chez les 15-49 ans (Onusida) ** | Estimations du nombre de PvVIH ** | Estimations du nombre de PvVIH sous ARV *** | Estimations du taux de couverture en ARV | |
|-------------------|----------------------|--|-----------------------------------|---|--|-------------|
| | | | | | Onusida 2010 ** | UNGASS 2012 |
| Benin | 9 033 000 | 1,2 % | 60 000 | 25 536 | 74 % | 89 % |
| Burkina Faso | 14 784 000 | 1,1 % | 110 000 | 36 248 | 49 % | 79 % |
| Burundi | 8 508 000 | 1,3 % | 180 000 | 26 402 | 34 % | 39 % |
| Cameroun | 18 549 000 | 4,6 % | 610 000 | 105 653 | 38 % | 49 % |
| Congo Brazzaville | 3 768 000 | 3,3 % | 77 000 | 14 830 | 42 % | - |
| Côte D'ivoire | 19 262 000 | 3,0 % | 450 000 | 89 410 | 37 % | 71 % |
| Mali | 12 337 000 | 1,1 % | 76 000 | 23 754 | 46 % | 79 % |
| Niger | 14 226 000 | 0,8 % | 61 000 | 9 420 | 46 % | 48 % |
| Togo | 6 585 000 | 3,4 % | 120 000 | 29 045 | 50 % | 60 % |

* The World Factbook - 2012

** Riposte mondiale au VIH/sida, OMS 2011

*** Rapports UNGASS 2012 des pays

¹ Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010

Globalement, la lutte contre le sida dans les pays d’Afrique occidentale et centrale se caractérise aujourd’hui par :

- Un **déclin des nouvelles infections à VIH** (de 2,4 millions de nouvelles infections à VIH en 2001, à 1,8 million en 2011) et des décès liés au sida (le nombre de personnes décédées de causes liées au sida en Afrique subsaharienne a baissé de 32 % sur la même période) ;
- Un certain nombre de **progrès de la prévention des nouvelles infections chez les enfants** (en moyenne, le nombre d’enfants nouvellement infectés par le VIH en Afrique subsaharienne a diminué de 24 % entre 2009 et 2011) ;
- Une **couverture élargie du dépistage** (grâce à un large éventail de stratégies de dépistage du VIH – test et conseil à l’initiative des agents de santé, techniques de test rapide et campagnes mobile –, mais aussi grâce à une intensification des programmes d’accès aux traitements antirétroviraux) ;
- Une **meilleure couverture du traitement du VIH** (en 2011, 56 % des personnes éligibles pour le traitement du VIH en bénéficiaient – plus de 60 % dans certains pays comme le Bénin) ;
- Des **progrès dans l’intégration du VIH dans les activités en matière de santé** au sens large (21 pays ont par exemple intégré les services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les soins de santé maternelle et infantile)
- Malgré un manque global d’investissements pour le sida, certains pays ont joué un plus grand **rôle dans le financement de leurs propres ripostes nationales au VIH** (le Togo, par exemple, a doublé ses dépenses domestiques pour la lutte contre le VIH entre 2007 et 2010).

1.2. Présentation des associations partenaires

Il convient de garder à l’esprit que si l’Afrique occidentale et centrale fait face à des défis communs, la situation diffère d’un pays à l’autre, et que chacun d’entre eux est donc confronté à des enjeux plus spécifiques propres au contexte socioéconomique et culturel national. Partant, les réponses gouvernementales et celles de la société civile varient parfois fortement d’un pays à l’autre, et les associations de lutte contre le sida ont donc été contraintes d’adapter leurs actions à l’environnement local, ce qui implique des trajectoires et des évolutions différentes.

Dans ce contexte, de très nombreuses associations se sont ainsi progressivement engagées dans un processus de décentralisation de leurs services en zones périurbaines ou en zones rurales, mais les stratégies et les modalités adoptées par ces structures sont multifformes, et la typologie des services offerts varie selon les besoins exprimés par les populations visées et/ou ceux identifiés par les acteurs associatifs.

Pour mieux cerner les contours de ces évolutions, il semble utile de présenter ici succinctement les différents partenaires de Sidaction qui s’inscrivent dans ce type de processus².

² C’est-à-dire les partenaires de Sidaction ayant mis en place des antennes provinciales ou disposant d’unités mobiles. Certains partenaires ayant bénéficié de l’appui du projet FORMACAP depuis 2010 ne sont donc pas présentés dans ce rapport.

a. Bénin

RACINES est une ONG béninoise créée en 1999, intervenant sur l'éducation et la santé dans les quartiers défavorisés de Cotonou, ainsi qu'à Bantè et Savalou (région des collines). Les activités de prise en charge médico-sociale se sont largement développées depuis 2002 à Cotonou puis en 2006 à Savalou à travers les centres ADIS (Accompagnement, Dépistage, Information et Solidarité) ouverts aux adultes et enfants. Ces centres proposent conseil, dépistage et prise en charge globale. Les Centre ADIS sont spécialisés en PTME, ainsi les femmes enceintes et membres de leurs familles en constituent le public prioritaire et majoritaire. Fin juillet 2011 les centre ADIS de Cotonou et Savalou affichent les résultats suivants : plus de 1 800 tests de dépistage réalisés ; une file active suivie est de 1 250 personnes dont 800 sous ARV, et 116 personnes à Savalou dont 46 sous ARV (ces 2 files cumulées représentent 5 % des personnes sous ARV dans le pays) ; une file active « psychosociale » de 230 personnes.



b. Burkina Faso

Créée en 1991 et soutenue par Sidaction depuis 2001, ***l'Association African Solidarité (AAS)*** est aujourd'hui la plus importante structure de prise en charge communautaire des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso. Fin 2011, AAS suit dans son principal site à Ouagadougou (le centre Oasis) une file active de 3 589 personnes, dont 1 523 sous traitement ARV. Elle y développe des services de prévention, de dépistage, et de prise en charge médicale, psychologique et sociale, y compris en direction des populations les plus vulnérables (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, travailleuses du sexe). En complément, AAS anime à Ouagadougou deux autres lieux de prise en charge : la Maison de l'Observance et le centre Alain Babillot (celui-ci étant dédié au suivi des orphelins et enfants vulnérables). En dehors de la capitale, AAS coordonne par ailleurs plusieurs antennes provinciales à Ziniaré, Koupéla, Cinkinsé, etc. En particulier, le centre de Zorgho développe des activités de soutien psychosocial et d'aide à l'observance pour les personnes infectées par le VIH, et des actions de prévention et de dépistage en population générale et auprès des travailleuses du sexe.



L'association ***Responsabilité, Espoir, Vie, Solidarité (REVS+)*** a été créée en 1997 par des personnes vivant avec le VIH. Basée à Bobo-Dioulasso, seconde ville du Burkina Faso, elle compte cinq antennes provinciales (à Diébougou, Dano, Houndé, Solenzo et Dédougou) et enregistre une file active de 3 493 adultes vivant avec le VIH (dont 1 281 sous ARV) et 1 625 orphelins et enfants vulnérables (dont 180 sous ARV). Ses principales activités sont la prévention des IST/VIH/sida, le conseil dépistage volontaire en stratégie fixe et mobile, la prévention des coinfections, le dépistage du cancer du col de l'utérus, la prise en charge psychosociale et médicale des personnes vivant avec le VIH/sida et l'organisation d'activités génératrices de revenus. Elle travaille en synergie avec les autres structures de prévention et de prise en charge (hôpital universitaire Sanou Souro, centre Muraz, hôpital de jour, centres de santé



primaires) à Bobo-Dioulasso, mais est également membre de plusieurs réseaux associatifs au niveau national (AIDSETI, MAS...) et international (SWAA, Coalition PLUS...)

Née en 1995, l'**Association Laafi La Viim (ALAVI)** propose des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge globale des personnes infectées par le VIH (consultations et dispensation de traitements, suivi biologique depuis 2011, appui PTME, soutien psychosocial, distribution de vivres, activités génératrices de revenus, accompagnement des enfants vulnérables et orphelins). Le principal site se trouve à Ouagadougou, mais ALAVI dispose aussi d'antennes provinciales (Tanghin Dassouri, Léna...) Fin juin 2012, ALAVI suivait une file active de 2 274 personnes, dont 983 sous ARV. Depuis 2008, ALAVI mène également à Ouagadougou des activités de sensibilisation, dépistage et d'accompagnement des hommes homosexuels. Le volet pédiatrique s'est renforcé en 2011 avec le dépistage précoce des enfants. Comme les autres associations au Burkina Faso, ALAVI bénéficie du Round 10 du Fonds Mondial après deux années difficiles (ruptures fréquentes de l'approvisionnement en ARV et réactifs).



Créée à l'occasion d'un programme mis en place par la coopération française, la **Maison des Associations (MAS)** de Bobo-Dioulasso bénéficie du soutien de Sidaction depuis 2007. La MAS a pour objectifs de former et coordonner les associations et de promouvoir la collaboration entre associations. Elle a aussi pour mission de gérer et d'éviter les conflits et les compétitions entre associations. Elle encourage les associations à réaliser ensemble des activités au sein de la MAS et en dehors et à aller vers les quartiers les plus pauvres, les quartiers non lotis et les villages. La vocation de la MAS est de contribuer à développer le travail mené dans le domaine de l'information, de la documentation et aussi de la prévention. Les activités qu'elle mène actuellement sont les formations pour les associations (IEC, prévention, élaboration de projets, etc.), l'animation de la maison des associations, accueil du public, l'animation de débats, rencontres, etc., le soutien financier et la participation à la vie des associations membres. Avec l'aide de Sidaction et de la Mairie de Paris, la MAS a réussi à mener les activités prévues dans le projet financé depuis deux ans. Elle bénéficie aujourd'hui d'une reconnaissance forte. Et de fait, la région de Bobo-Dioulasso bénéficie d'un dynamisme retrouvé dans le domaine de la sensibilisation et la prévention. Grâce à ce projet, il y a pratiquement tous les jours des actions de prévention réalisées par les associations partenaires de la MAS, dans toutes les zones rurales autour de Bobo-Dioulasso.



c. Burundi

Créée en 1992, l'**Association National de Soutien aux Séropositifs et Sidéens (ANSS)** est soutenue par Sidaction depuis 1998 et est aujourd'hui le premier acteur de prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Burundi avec une file active de 7 379 personnes infectées ou affectées par le VIH/sida à fin juillet 2012, dont 4 203 personnes sous traitement ARV. L'ensemble des bénéficiaires se voit proposer une prise en charge globale (médicale et psychosociale) soit au Centre Turiho de Bujumbura ou dans l'une des trois antennes de l'ANSS en province (Kirundo, Gitega et Makamba). 3 300 consultations médicales sont réalisées en moyenne chaque mois, dont environ 1 350 à Bujumbura. Dans le cadre



du projet Paris Sida Sud, réalisé en consortium avec la SWAA Burundi et cofinancé par la Mairie de Paris, l'association assure un suivi médical, psychologique et social pour environ 1 300 orphelins et enfants vulnérables. L'ANSS organise par ailleurs des activités de prévention sur le VIH/sida et les IST auprès des homosexuels à Bujumbura et propose des consultations médicales spécifiques.

La **SWAA Burundi**, branche de la SWAA Internationale, a été créée en 1992, à l'initiative d'un groupe de femmes souhaitant combattre le tabou et la stigmatisation liés à la maladie, dans une culture où parler de sexualité reste extrêmement difficile. Elle est soutenue par Sidaction depuis 1997 et a pour objectif de prévenir l'infection à VIH en suscitant une implication importante des femmes à un niveau individuel et communautaire, et de réduire l'impact du VIH/sida en proposant une prise en charge médicale et psychosociale aux enfants et adultes séropositifs. Fin juin 2012, 5 406 personnes vivant avec le VIH (dont 3 209 sous traitement ARV) étaient suivies au centre principal de l'association à Bujumbura ainsi que dans les 7 antennes réparties sur le territoire national (Ngozi, Gitega, Ruyigi, Kayanza, Muyinga, Muramvya et Bururi). La SWAA intervient également auprès des orphelins et enfants vulnérables dans le cadre du projet Paris Sida Sud, grâce auquel 263 enfants séropositifs bénéficient d'un soutien médical et psychosocial. L'association réalise par ailleurs des consultations médicales auprès de détenus séropositifs au sein de la prison de Bujumbura, et mène depuis peu un projet en direction des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.



d. Congo Brazzaville

L'**Association Serment Universel (ASU)** est une association congolaise créée en 1998 et spécialisée dans la prise en charge psychologique des personnes vivant avec le VIH. Elle a été déclarée par le gouvernement, ONG congolaise de référence dans la prise en charge psychologique et sociale depuis 2004. Elle intervient également dans la protection sociale des enfants vivant avec le VIH et la réinsertion socioprofessionnelle des enfants de la rue. Ses actions se sont structurées autour de programmes axés sur la prévention de la transmission verticale du VIH et la prise en charge psychologique et sociale d'enfants vivant avec le VIH à Brazzaville ; l'association met en œuvre également un programme d'aide à distance en matière de prévention du VIH et des IST à travers la "ligne jaune", et un programme de conseil conjugal. Forte de son expérience, l'ASU s'est vu confiée par l'Etat le rôle de former et évaluer la qualité des prestations de la prise en charge psychologique de personnes vivantes avec le VIH au Congo. Elle intervient en plus de Brazzaville dans la ville de Dolisie située dans le département du Niari, ainsi qu'à Owando situé dans le département de la Cuvette. En juin 2012, 446 personnes vivant avec le VIH dont 297 enfants sont suivis par Serment Universel dans un pays où l'épidémie est généralisée avec une prévalence nationale de 3,2 %. L'association est sous bénéficiaire du Fonds Mondial (via la Croix Rouge Française) sur le volet accompagnement psychologique des enfants.



e. Côte d'Ivoire

Le **Centre Solidarité Action Sociale (CSAS)** de Bouaké a été créé en 1995 afin d'assurer une prise en charge psychosociale des familles infectées ou affectées par le VIH. A partir de 2002, suite à la fermeture de l'hôpital de jour de Bouaké, le Centre SAS s'est engagé dans le dépistage et la prise en charge médicale, qu'il poursuit depuis. En 2006, le Centre SAS a ouvert une antenne à Korhogo afin de proposer des services sociaux complémentaires à la prise en charge médicale proposée par l'hôpital régional ; ce centre suit 625 personnes à fin 2010. L'extension s'est poursuivie en 2007 avec l'ouverture d'un centre pédiatrique à Bouaké puis à Korhogo. Enfin, en 2008, un laboratoire a été installé à Bouaké (appui de Sidaction et d'EGPAF). Le Centre SAS emploie aujourd'hui 63 personnes et constitue l'une des principales portes d'entrée des traitements antirétroviraux à Bouaké avec 4 200 personnes suivies dont 2 200 sous ARV à fin 2010 et 259 nouveaux patients au premier semestre 2011, ce qui constitue la plus grosse file active de Bouaké et ses environs. Tout en maintenant le concept de "prise en charge familiale", le défi aujourd'hui est de maintenir la qualité malgré l'engorgement du site de Bouaké par une file active de patients qui ne cesse d'augmenter. Pour cela, le Centre SAS s'atèle depuis 2009 à la décentralisation des services en maintenant un accompagnement communautaire. Neuf sites décentralisés sont en fonctionnement et cela reste une priorité pour 2012 avec le développement de services de PTME et l'amélioration de la rétention des patients.



Créée à Abidjan en 1994, **Lumière Action** intervient quant à elle dans les domaines de la prévention, du dépistage et de la prise en charge. Elle gère 2 centres de dépistage à Abidjan et organise des sessions de dépistage mobile en périphérie d'Abidjan (8 545 tests réalisés en 2011). L'association propose également un accompagnement aux personnes dépistées positives : soutien psychologique, prise en charge des infections opportunistes, éducation thérapeutique, paiement des frais de transport... Des repas quotidiens et un appui social sont proposés aux membres de Lumière Action et aux enfants. D'autres volets ont été développés avec le soutien du Fonds Mondial, d'ANADER, de Geneva Global, d'Esther : appui juridique ; décentralisation des activités à Adiaké, Bonoua et Kpouebo ; soutien médical, psychosocial et alimentaire à l'hôpital et à domicile.



Créée en 1993 à Bouaké pour compléter la prise en charge des PVVIH à l'hôpital, **Renaissance Santé Bouaké (RSB)** a ouvert une antenne en 2003 à Yamoussoukro, répondant ainsi aux besoins des populations déplacées après la crise à Bouaké en 2002. En 2008, s'est ajouté le site de Sinfra (80 km de Yamoussoukro) et RSB s'appuie aujourd'hui sur un réseau de 21 sites dont des centres publics et privés de santé localisés dans 6 districts sanitaires pour mener ses interventions. A Bouaké, l'association a emménagé dans de nouveaux locaux depuis quelques mois. A Yamoussoukro, elle a également fait l'acquisition d'un nouveau terrain (avec l'appui de Sidaction) et s'apprête à emménager dans un nouveau bâtiment au cours des mois à venir, ce qui lui permettra de séparer ses activités médicales et administratives. RSB mène à ce jour plusieurs types d'activités telles que la prévention multi publics (homosexuels notamment), la prise en charge médicale, psychosociale ou nutritionnelle, assortie d'un hébergement temporaire en cas de besoin, la formation des acteurs communautaires sur les violences liées au genre. Sur les volets soins et conseils à domicile, l'accompagnement des patients co-infectés VIH/TB et sur la formation d'agents



communautaires à ces activités, RSB reste un acteur majeur et expérimenté. Fin juin 2011 on comptait 4 700 personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une prise en charge globale sur les sites de Yamoussoukro, Bouaké et Sinfra dont 2 600 sous ARV.

Espace Confiance (EC) est partenaire de Sidaction depuis 2009. Créée en 2004 à l'initiative de l'ancienne équipe de la Clinique de Confiance (CdC) du projet RETRO-CI (projet du CDC d'Atlanta financé par PEPFAR), c'est une ONG œuvrant depuis 1992 dans le domaine dans la prévention et la prise en charge des IST/VIH/sida chez les personnes prostituées et homosexuelles. L'ONG Espace Confiance est un partenaire clef du programme "homosexuels en Afrique" mis en place par Sidaction et Aides ; La clinique de confiance est un centre médical de pointe dans le diagnostic et la prise en charge des IST parmi les travailleurs/ses du sexe et les homosexuels à Abidjan. L'ensemble des services offerts est gratuit. Depuis 1992, 16 676 TS ont fréquenté au moins une fois la Clinique de Confiance, soit environ 70 % des TS d'Abidjan et 30 % des TS au niveau national. En moyenne, 500 nouveaux dossiers sont ouverts chaque année, et 3 000 visites sont enregistrées. En outre, 408 partenaires de TS ont également fréquenté les services de l'association. S'agissant des HSH, 908 hommes se sont adressés au moins une fois à la Clinique. A ce jour, la file active d'Espace Confiance compte ainsi 1 007 personnes infectées par le VIH suivies régulièrement (77 % d'entre elles sont des TS), parmi lesquelles 473 sont actuellement sous traitement ARV (soit 55 % de la file active).



f. Mali

L'Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH/sida (ARCAD-Sida) a été fondée en 1994 et reconnue

d'utilité publique en 2000. Le Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animations et de Conseils (CESAC) de Bamako, ouvert en 1996, fait aujourd'hui figure d'exemple pour sa compétence dans la prise en charge globale des PVVIH au Mali et pour sa stratégie de décentralisation. Outre le CESAC, l'association gère ainsi aujourd'hui 14 Unités de Soins et d'Accompagnement Conseils (USAC) en province, toutes intégrées dans les centres de santé de références. Grâce à ce dispositif, ARCAD-SIDA suivait 14 684 patients sous ARV à la fin de l'année 2011, soit 50% des 29 237 patients sous ARV du pays. Pour les adultes et les enfants elle propose un large éventail de services, allant du dépistage à la prise en charge médicale (consultations médicales, traitements, biologie...), en passant par le soutien psychosocial (visites à domicile, ateliers culinaires...) Depuis quelques années, ARCAD a intégré également un certain nombre de services spécifiquement dédiés aux personnes vulnérables (personnes homosexuelles et personnes handicapées), qui accèdent ainsi à des services adaptées. Forte de cette expérience, ARCAD-Sida s'est dotée d'un centre de formation, qui accueille régulièrement des acteurs de la lutte contre le sida pour un renforcement de leurs capacités en matière de prise en charge ; le Centre Donya a été accrédité en 2012 par l'Etat malien pour la formation de conseillers psychosociaux.



Créée en 1998, **Kéné Dougou Solidarité (AKS)** est investie dans la promotion du dépistage et la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH. C'est l'association malienne la plus importante dans la région de Sikasso, où elle intervient dans deux villes (Sikasso et Koutiala). Sur ces 2 sites, AKS propose des services de prévention avec notamment une ligne d'écoute



téléphonique, de dépistage, de prise en charge médicale (consultations, soins infirmiers, dispensation d'antirétroviraux et de médicaments contre les infections opportunistes, suivi biologique à tarifs sociaux ou gratuit) et d'accompagnement psychosocial (éducation thérapeutique, visites à domicile, aide à la scolarisation des OEV...) A Sikasso comme à Koutiala, AKS travaille en étroite collaboration avec l'hôpital public, où conseillers et laborantins assurent des permanences. En 2011, l'association a réalisé 2 110 dépistages et suivait à la fin de l'année une file active de 4 500 personnes, dont 2 250 sous ARV (avec 180 nouvelles inclusions au cours de l'année), soit environ 8 % des personnes sous ARV au Mali. Depuis 2011, AKS a ouvert ses différents services de prévention et de prise en charge aux populations les plus vulnérables : homosexuels, travailleuses du sexe, personnes handicapées et détenus. Depuis 2012, l'association a bénéficié du soutien de Sidaction pour la construction de son nouveau centre de prise en charge à Sikasso, un cadre d'accueil désormais plus grand et mieux adapté.

g. Niger

Mieux Vivre avec le Sida (MVS), créée en 1994 à Niamey, a été la première association nigérienne issue de la société civile impliquée dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Niger. MVS gère le principal centre de dépistage anonyme et volontaire indépendant (CEDAV), reposant sur une équipe très expérimentée qui assure 3 500 tests par an. MVS propose également une prise en charge médicale au niveau du CEDAV et de la CESIC (cellule de prise en charge intégrée à l'hôpital public de Niamey) permettant le suivi de 1 320 patients dont près de 600 sous ARV à fin juin 2011, c'est à dire environ 10 % du nombre total de personnes sous ARV dans le pays. En complément, un appui social, alimentaire et scolaire est proposé aux plus démunis. Soulignons que MVS est particulièrement efficace et bien organisé pour le suivi à domicile des personnes appuyées psychologiquement et financièrement (AGR). Deux antennes provinciales de MVS à Tahoua et Agadez offrent également un service de dépistage, mais le développement des activités y est difficile du fait du manque de soutien institutionnel et d'appuis financiers. Le CEDAV est reconnu depuis 2010 comme centre de prise en charge globale avec dispensation d'ARV sur place, la file active suivie au CEDAV a fortement augmenté depuis.



h. Togo

ONG créée en 1995, *Espoir Vie Togo (EVT)* est une des principales associations de lutte contre le sida au Togo, engagée dans l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH et la promotion pour l'accès aux traitements et aux soins. Dans un pays où le taux de prévalence du VIH est de 3 %, l'association dispose aujourd'hui de 3 centres de prise en charge à Lomé, Aného et Sokodé. EVT suit environ 4 200 personnes sur ces trois sites, dont 2 421 sont sous traitements antirétroviraux (ARV) en fin 2011, ce qui représente plus de 8,5 % des personnes sous ARV au Togo. L'association propose une prise en charge globale aux adultes et aux enfants infectés par le VIH, ainsi qu'à leurs familles, mais elle a également commencé à développer des services spécifiques en direction des hommes homosexuels et des personnes en situation de handicap. Les bénéficiaires de l'association reçoivent ainsi des soins médicaux, un



soutien psychosocial, un appui socio-économique et un appui nutritionnel. Aux consultations généralistes, se sont ajoutés depuis bientôt 3 ans des consultations gynécologiques. Par ailleurs, près de 1 130 enfants bénéficient aussi d'un soutien social et psychologique, parmi lesquels 171 sont infectés (dont 154 sous traitement ARV).

Action Contre le Sida (ACS) est une association togolaise de prévention et d'assistance aux personnes vivant avec le VIH. Créée en 1998, elle emploie 17 personnes et propose aujourd'hui des actions de sensibilisation et une offre de tests de dépistage, de même qu'une prise en charge globale au centre RISA à Lomé (consultations médicales, dispensation de médicaments contre les infections opportunistes, aide à l'observance, soutien psychologique et social...). Fin 2011, la file active globale d'ACS était constituée de 1 705 personnes dont 1 058 sous ARV (parmi lesquels 44 enfants). Depuis novembre 2009, ACS est accréditée par le PNLS pour la dispensation des ARV et la réalisation des bilans biologiques à travers le laboratoire interne au Centre (plus de 1 200 examens d'hématologie et de biochimie réalisés en 2011). Les principaux partenaires techniques et financiers de l'association sont Sidaction, le Fonds Mondial, la Fondation de France, PSI et le PASCI.



Créée en 1996, **Aides Médicales et Charité (AMC)** propose une prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV). AMC dispose actuellement de 3 Centres d'Information et de Soins de Santé Ambulatoire (CISSA) au Togo : le principal à Lomé et les 2 autres en province (Kpalimé et Tsévié) ; tous sont accrédités par le PNLS pour le suivi médical, la prescription et la dispensation de médicaments ARV. Depuis 2010, le CISSA de Lomé est également accrédité pour le suivi biologique (laboratoire équipé avec le soutien de Sidaction depuis 2009). Fin juin 2012, AMC suit 1 631 PVVIH (176 enfants) dont 1 392 sous ARV (145 enfants). L'accompagnement des OEV est un autre volet essentiel, notamment à travers les maisons Woezonloo et Akwaaba proposant accueil et repas quotidiens aux enfants et un hébergement temporaire pour certaines familles en détresse. Enfin, AMC organise la formation des équipes soignantes d'associations sœurs.



2. Raisons de la décentralisation des services associatifs en province

Au sein d'une association, la décision de créer une antenne provinciale relève rarement d'une seule source de motivation, mais le plus souvent d'une combinaison de plusieurs facteurs. En effet, les raisons amènent les structures à décentraliser leurs services sont multiples et dépendent à la fois de facteurs externes et environnementaux relevant des contextes locaux d'intervention, et de facteurs internes et structurels propres aux structures :

Facteurs externes / environnementaux

- Souci d'informer et de sensibiliser des populations rurales n'ayant pas toujours accès aux médias ou aux sources d'information souvent basées dans les grands centres urbains
- Volonté de pallier une faible couverture du système sanitaire public en zones périurbaines ou rurales / un accès général insuffisant aux soins dans certaines régions
- Souhait de répondre aux difficultés d'accès – *sur le plan géographique mais aussi financier* – au dépistage et à la prise en charge du VIH et des pathologies associées (diagnostic, traitements et suivi biologique) pour les populations des zones périurbaines ou rurales
- Réponse à des demandes d'appui de PvVIH ayant créé des groupes d'auto-support dans de petites localités et souhaitant développer des services en devenant des antennes d'associations basées dans les grands centres urbains

Facteurs internes / structurels

- Réponse à la nécessité de « désengorger » des files actives de PvVIH devenues trop importantes au regard des ressources – notamment infrastructures et ressources humaines – disponibles dans les centres de prise en charge des grands centres urbains
- Souci de diversifier les opportunités de financements en répondant aux sollicitations de partenaires techniques et financiers dans des zones d'intervention insuffisamment couvertes par les projets
- Pré-existence d'activités de prévention et de sensibilisation réalisées dans la même zone d'implantation
- Prise en compte de la volonté de PvVIH déjà bénéficiaires des associations de créer eux-mêmes des antennes dans leurs régions natales
- Prise en compte de besoins exprimés par des PvVIH déjà bénéficiaires des associations mais venant de localités parfois éloignées des sièges et des centres de PEC, et faisant part de leurs difficultés de déplacement

2.1. Pallier la faible couverture des systèmes sanitaires publics

Parmi les facteurs externes, le plus fréquemment évoqué par les partenaires de Sidaction est leur volonté de pallier une faible couverture du système sanitaire public en zones périurbaines ou rurales, donc un accès aux soins jugé insuffisant dans certaines régions. Parce qu'elles sont au cœur des communautés et au plus près des personnes infectées et affectées, les associations locales sont les plus à même de répondre aux besoins quotidiens des malades : dans des pays aux systèmes sanitaires et sociaux malheureusement défailants, les associations sont souvent les premières et les

seules à pouvoir mettre en place l'environnement médico-social nécessaire pour soigner et accompagner les malades.

Ainsi, l'ONG béninoise Racines a décidé en 2006 de s'implanter à Savalou, une localité située à environ 230 km de Cotonou dans la région des Collines, à la suite de « missions de prospection » réalisées dans différentes villes et lui ayant permis de constater que le taux de prévalence y était certes plus faible que dans d'autres régions, mais que de ce fait les interventions des acteurs de la lutte contre le sida et les projets en cours y étaient encore rares. A défaut d'y avoir effectué des missions, certaines associations ont pu faire ce même constat car elles avaient déjà eu l'occasion d'organiser des campagnes de prévention ou de dépistage dans certaines localités de provinces. C'est le cas de l'Association Laafi la Viim (ALAVI) au Burkina Faso, qui explique que « tout est parti d'un « projet Jeunes » financé par le FNUAP en 2001-2002 » qui avait déjà permis de former une cinquantaine de pairs-éducateurs pour la sensibilisation sur les IST/VIH/sida, et que « les antennes ayant subsisté à la suite de ce projet était Saaba, Sabou et Bani ». Pour d'autres structures, l'idée de s'implanter en province est née d'une réflexion de fond menée en interne mais aussi avec les partenaires, telle Lumière Action en Côte d'Ivoire, qui a pu saisir une opportunité de financement en 2005 dans le cadre du « Projet Régional Commun de Prévention et de Prise en Charge des IST/VIH/sida le long du Corridor de Migration Abidjan-Lagos (mis en œuvre par l'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos). L'association a ainsi choisi de s'établir à Bonoua et Aboisso, « des zones où il n'y avait pas de prise en charge communautaire jusqu'en 2005, et où nous n'en étions qu'au début de la prise en charge médicale dans les structures sanitaires ».

2.2. Réduire les distances entre lieux de vie et lieux de soins

La volonté de répondre aux difficultés d'accès aux soins pour les PvVIH déjà bénéficiaires de services mais originaires de province est une autre source de motivation importante pour les associations engagées dans un processus de décentralisation de leurs services. Résidant dans des régions offrant peu de possibilités d'accès au dépistage et à la prise en charge du VIH, ces personnes ont longtemps été contraintes de se déplacer jusque dans les capitales africaines pour bénéficier d'un suivi médical adéquat, effectuant parfois des déplacements de plusieurs centaines de kilomètres. La création d'antennes provinciales a donc souvent été une réponse logique à une situation d'éloignement géographique vécue par les personnes infectées. L'Association African Solidarité (AAS) justifie ainsi l'ouverture du centre de prise en charge de Zorgho au Burkina Faso par le fait que « de nombreux patients venaient déjà de très loin pour prendre leurs traitements à Ouaga. Il fallait donc leur permettre d'y accéder sur place dans leur zone de résidence, ce qui a conduit au choix de ce site ».

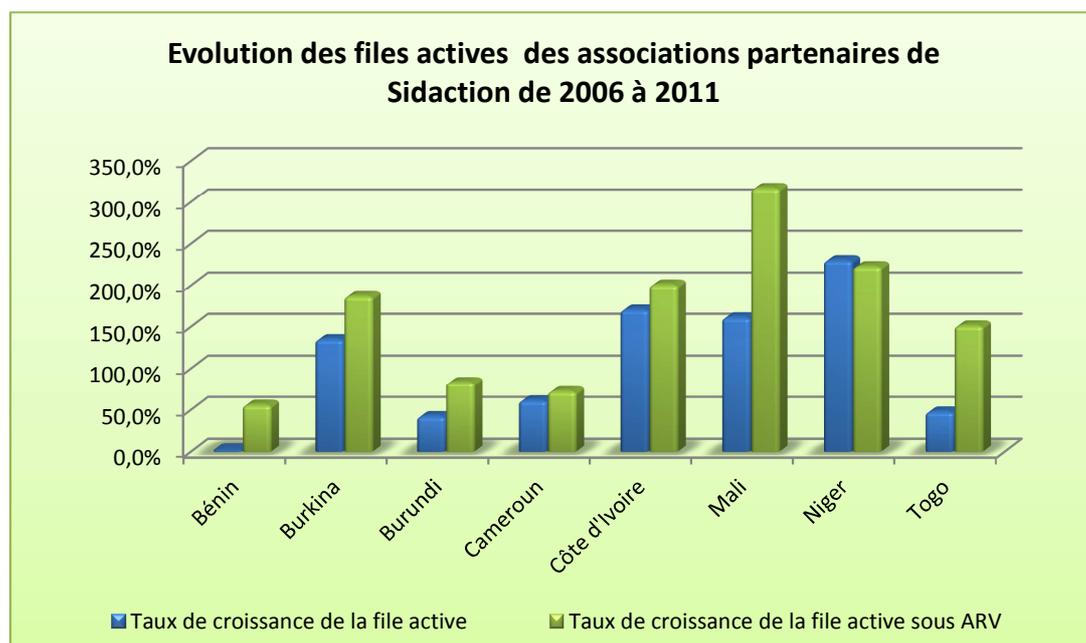
2.3. Faire face à l'augmentation des files actives

En palliant ainsi l'éloignement géographique des lieux de prise en charge à travers l'ouverture d'antennes provinciales, les associations ont également répondu partiellement à une contrainte interne de plus en plus forte, celle de l'augmentation très rapide de leur file active depuis le milieu des années 2000. En Côte d'Ivoire, c'est après avoir constaté « que les patients venaient de très loin, ce qui provoquait un engorgement de l'association à Bouaké », que le Centre SAS a pris conscience

qu'il « fallait permettre à ces populations d'accéder aux soins dans leur région d'origine, tout en s'appuyant sur les structures étatiques et les structures associatives présentes ». Le Centre SAS a ainsi mis en place une antenne à Korhogo, environ 250 km de Bouaké, après avoir dans un premier temps évalué le dispositif existant et les services proposés (visites des sites et rencontre des acteurs locaux et des autorités locales), avoir mobilisé les personnels soignants des centres de santé et avoir formé des « agents de santé communautaires » (ASC) pour développer le volet communautaire.

D'autres structures que le Centre SAS ont adopté ce type de stratégie à la même période, les effectifs des PvVIH suivies grâce à la mise en place des premiers programmes d'accès élargi aux traitements antirétroviraux étant très vite passés de quelques dizaines de patients sous ARV à plusieurs centaines, voire plusieurs milliers de bénéficiaires sous traitements. En Côte d'Ivoire par exemple, la file active des PvVIH sous ARV de RSB a augmenté de 402,7 % entre 2006 et 2011, soit une croissance nettement plus rapide que celle du nombre de patients sous ARV au niveau national (+ 81,8 % au cours de la même période)³. La croissance des files actives est une constante dans tous les pays concernés, et est parfois extrêmement forte.

Nous constatons cependant que l'ampleur de ce phénomène varie d'un pays à l'autre, et que les pays dans lesquels les associations partenaires ont fait le plus de progrès en termes de décentralisation (Mali, Burkina Faso et Côte d'Ivoire), sont également ceux dans lesquels ces mêmes partenaires ont connu les plus fortes croissances de leurs files actives depuis 2006 :



Il apparaît qu'en ouvrant de nouveaux services en province, ces associations ont pu poursuivre l'inclusion de nouvelles personnes dans leurs files actives à un rythme soutenu (comme ARCAD-Sida au Mali, RSB en Côte d'Ivoire ou REVS+ au Burkina Faso). A l'inverse, les associations les moins engagées dans la décentralisation ont parfois été contraintes de limiter l'augmentation de leur file active ; c'est notamment le cas de Racines au Bénin ou d'AMC au Togo. Face à cette croissance

³ Suivi de la déclaration de politique sur le sida de juin 2011, Rapport National 2012, Conseil national de lutte contre le sida, mars 2012

exponentielle, la décentralisation est donc apparue pour certaines structures comme une solution à un certain « engorgement » de leurs services : en permettant à une partie de leur file active d'avoir accès aux traitements dans leur localité d'origine en province, elles ont pu réduire en partie la charge de travail de leurs équipes au niveau de leurs sièges.

2.4. Répondre aux besoins des populations en temps de crise

Plus récemment, certaines associations ont par ailleurs été confrontées aux conséquences de conflits armés dans leur pays, et ont choisi de s'implanter dans des localités fortement touchées par les affrontements, les déplacements de populations et les exactions en direction des populations civiles. Ainsi en Côte d'Ivoire, l'antenne de Renaissance Santé Bouaké (RSB) à Sinfra a été ouverte en 2010 avec l'appui de la Fondation de France. La ville a beaucoup souffert de la crise ivoirienne de 2010-2011, et des conflits fonciers entre les populations locales et les populations « étrangères » (Dioulas, Sénoufos, Mossis, etc.) : quartiers entiers brûlés à l'entrée de la ville, nombreuses morts, nombreuses violences faites aux femmes (beaucoup de jeunes filles de 11 à 15 ans sont victimes de viols et tombent enceintes). Dans ces conditions, l'association sensibilise les populations sur les IST/VIH/Sida et offre des services de conseil-dépistage, mais elle propose également un soutien aux femmes victimes de violences, aussi bien dans leurs démarches de soins et que dans leurs recours en justice. Comme l'expliquent les responsables de RSB, « on y a été contraint par la situation, car on avait besoin de faire quelque chose et la situation ici était terrible et les déplacements pendant la guerre étaient devenus très onéreux pour les patients ».

Nous verrons plus loin que les raisons qui ont conduit une association à s'implanter en province explique assez largement le mode de fonctionnement d'une antenne, ses relations avec « l'association-mère » ou encore les résultats obtenus ou non sur le terrain. En effet, il est facile d'observer que plus la décision d'ouvrir une nouvelle antenne a été prise sur la base d'une volonté collective, d'une réflexion approfondie et d'une analyse claire des besoins et des ressources à mobiliser (parfois sur la base de « missions de prospection », comme l'explique Racines au Bénin ou le Centre SAS en Côte d'Ivoire), plus la décentralisation s'avère réussie.

3. Zones géographiques couvertes par les associations partenaires

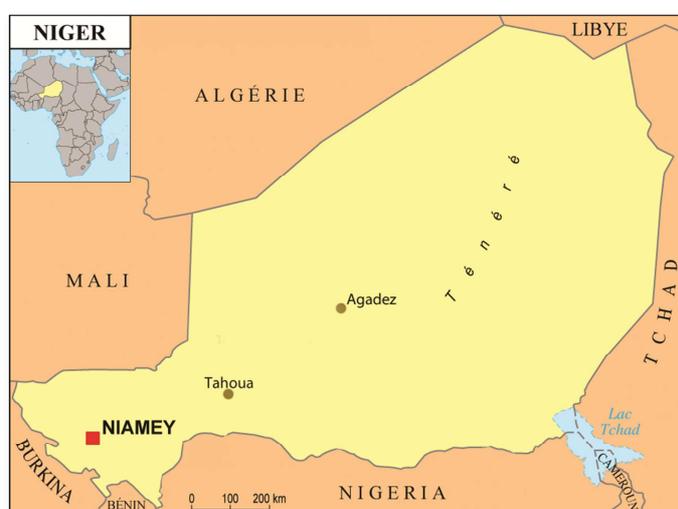
3.1. Couverture géographique à travers les centres de prise en charge

Le siège de la plupart des associations partenaires de Sidaction est basé dans les capitales de leurs pays respectifs. Pour autant, le processus de décentralisation semble s'accélérer ces dernières années, puisque seize (16) des dix-neuf (19) structures soutenues disposent désormais d'antennes. La couverture géographique s'étend donc au total à :

- Dix-neuf (19) capitales administratives et/ou économiques : Cotonou (Bénin), Ouagadougou, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), Bujumbura (Burundi), Douala (Cameroun), Brazzaville (République du Congo), Abidjan, Bouaké (Côte d'Ivoire), Bamako, Sikasso (Mali), Niamey (Niger) et Lomé (Togo) ;
- Et soixante-cinq (65) localités provinciales.

| Pays | Nombre de structure ayant leur siège... | | Nombre d'antennes provinciales |
|-------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|
| | ... dans la capitale administrative | ... dans la capitale économique | |
| Bénin | 0 | 1 | 1 |
| Burkina Faso | 2 | 1 | 14 |
| Burundi | 2 | 0 | 10 |
| Cameroun | 1 | 0 | 0 |
| Congo Brazzaville | 1 | 0 | 2 |
| Côte d'Ivoire | 0 | 5 | 17 |
| Mali | 1 | 1 | 15 |
| Niger | 1 | 0 | 2 |
| Togo | 3 | 0 | 4 |
| Total | 11 | 8 | 65 |

Il apparaît clairement que la couverture géographique des associations partenaires de Sidaction est très large dans certains pays (au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Burundi et au Mali), tandis qu'elle est nettement plus restreinte dans d'autres tels la République du Congo ou le Niger.



Ci-dessus : Localisation des antennes provinciales des associations du Niger



Ci-dessus : Localisation des antennes provinciales des associations du Burundi

Cependant, les cartes ci-dessous montrent que même dans les pays où la décentralisation apparaît comme étant la plus développée, elle s'étend le plus souvent sur les principaux axes routiers en « délaissant » les régions les plus enclavées du pays. Ainsi, on observe que les associations ivoiriennes se sont essentiellement implantées sur un axe sud-nord allant d'Abidjan à Korhogo en passant par Bouaké et Yamoussoukro, tandis que les associations burkinabè ont surtout étendu leur zone d'intervention sur un axe est-ouest de Koupéla à Bobo-Dioulasso en passant par Ouagadougou :



A gauche : Localisation des principales antennes provinciales des associations de Côte d'Ivoire.



A droite : Localisation des antennes provinciales des associations du Burkina Faso.

Cette cartographie indique que le choix des zones d'implantation des associations ne repose pas sur les seuls facteurs internes et externes évoqués plus haut, mais aussi sur des raisons logistiques : l'existence d'infrastructures routières est une condition importante d'implantation d'une antenne éloignée du siège de l'association, afin de pouvoir en coordonner plus aisément les activités et d'en assurer la supervision et le suivi. Cela fait apparaître également des raisons stratégiques en lien avec la situation épidémiologique : situées sur des axes routiers, de nombreuses localités ciblées sont des centres urbains secondaires dont la vie économique repose avant tout sur le commerce et le transport routier de marchandises, ce qui entraîne très souvent une forte activité prostitutionnelle, à travers laquelle l'épidémie s'est très vite propagée dans les années 80 et 90 ; les populations de ces régions sont donc particulièrement exposées au VIH.

Le choix de la localité de Sinfra par RSB illustre bien ce type de motivation. Située à environ 80 km de Yamoussoukro, Sinfra est une localité au carrefour de nombreuses routes vers entre Yamoussoukro et les villes de l'Ouest (Daloa, Man) et du Nord (Oudjéné, etc.), ce qui génère la présence de nombreuses travailleuses du sexe, à laquelle sont venues s'ajouter les conséquences du conflit ivoirien en termes de violences faites aux femmes. La stratégie du Centre SAS en Côte d'Ivoire, qui couvre essentiellement le nord du pays, des environs de Yamoussoukro aux frontières avec le Burkina et le Mali, repose sur la même logique. En effet, si les responsables du CSAS considèrent que l'association ne dispose que d'une seule antenne située à Korhogo, dans le nord du pays, il s'avère en réalité qu'elle a fortement délocalisé ses activités à travers un dispositif innovant de décentralisation.

Avec l'appui de Sidaction, de la fondation EGPAF et du Fonds Mondial, le CSAS coordonne et appuie en effet l'antenne de Korhogo et vingt (20) autres sites dans un rayon d'environ 200 km autour de la ville de Bouaké :

| | |
|--|---|
| Sites du CSAS couverts par le projet « Décentralisation » soutenu par Sidaction | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 10 dans le district de Sakassou (5 anciens + 5 nouveaux depuis 2013), ✓ 4 sites dans le district de Niakara (hôpital général, de Tafiéré, de Badika et 1 site aurifère), ✓ 2 sites dans le district de Dabakala (ONG « Notre Ecole », centre de santé de Boyéré), ✓ Site de Diabou dans le district de Bouaké Ouest (ONG de lutte contre le sida avec la mise en place d'une permanence à l'hôpital général) |
| Sites du CSAS couverts par le projet KENEYA soutenu par EGPAF | <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 site dans le district de Bouaké Ouest ✓ 1 site dans le district de Bouaké Nord-Est (à Korhogo) ✓ 1 site dans le district de Katiola (région sanitaire de Hambol) |

3.2. Couverture géographique à travers les unités mobiles

A cette couverture géographique au travers des sites décentralisés, il convient d'ajouter celle des activités de dépistage en stratégie mobile. Cette stratégie, qui vient en complémentarité des activités de dépistage des formations sanitaires et des sites associatifs, consiste à aller à la rencontre des populations qui ont des difficultés d'accès aux centres de dépistage, le plus souvent à l'aide d'un véhicule spécialement aménagé. Elle est particulièrement développée par certaines associations, comme par exemple celles du Burkina Faso⁴.

L'Association African Solidarité (AAS) dispose ainsi de trois (3) véhicules entièrement équipés qui lui permettent de se déplacer dans les quartiers périphériques à Ouagadougou ou dans les localités où l'accès au dépistage est difficile. En 2011, l'unité mobile d'AAS a pu couvrir des localités parfois éloignées de plusieurs centaines de kilomètres, notamment le long des frontières du Burkina Faso. Des sorties sont également organisées à l'occasion des campagnes nationales de la Journée Mondiale du Sida et lors d'événements culturels comme le Festival Panafricain du Cinéma de Ouagadougou (FESPACO). La carte ci-contre illustre les principaux sites couverts par l'AAS.



Par ailleurs, l'existence d'unités mobiles de dépistage facilite l'accès au dépistage des populations les plus stigmatisées, encore réticentes à fréquenter les sites de dépistage et les centres de soins (en

⁴ Avec l'appui du Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC), plus d'un million de personnes ont été dépistées par les associations burkinabè depuis 2003.

particulier les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes – HSH, et les travailleuses du sexe – TS). Ainsi, le dépistage en milieu prostitutionnel, activité nocturne, se déroule sur les lieux de rencontres des travailleuses de sexe (maisons closes, chambres de passe, bars, maquis, boîtes de nuit, etc.) et a pour spécificité de toucher les personnes qui fréquentent ces lieux (les TS évidemment mais aussi leurs clients, leurs proxénètes et leurs « boys friends », tout comme les gérants des sites, les serveurs/ses, la clientèle des lieux). L'unité mobile travaille globalement de la même manière auprès des HSH, après une première phase d'identification des principaux lieux de rencontre fréquentés par les HSH (grâce aux pairs-éducateurs et en collaboration avec les responsables des sites).



Certaines structures ne disposent donc que d'une seule antenne, mais grâce à cette stratégie et aux unités mobiles de dépistage, la couverture géographique assurée par celle-ci ne se limite pas à la localité où elle est basée mais s'étend parfois à toute une région. Outre l'exemple des associations burkinabè, c'est également le cas de l'antenne de l'ONG Racines au Bénin. Située dans la localité de Savalou, cette antenne intervient en réalité, à travers les actions de son unité mobile de dépistage, dans la totalité des 14 arrondissements de la région des Collines au centre du pays, ce qui représente environ une cinquantaine de villages ou hameaux environnants (cf. carte ci-contre – Région des Collines en jaune).

4. Organisation et fonctionnement général des antennes

4.1. Degré d'autonomie administrative des antennes

La plupart des antennes provinciales mises en place par les partenaires de Sidaction sont avant tout des centres de prévention et de soutien psychosocial aux personnes vivant avec le VIH et leurs familles. Seules la moitié d'entre elles, principalement au Mali, en Côte d'Ivoire et au Burundi, sont reconnues par les autorités sanitaires comme des centres médicaux et bénéficient ainsi d'une accréditation leur accordant le droit de réaliser des actes médicaux et de prescrire et fournir des traitements antirétroviraux. Pour autant, mêmes lorsqu'elles sont accréditées, elles ne sont pas reconnues comme des entités juridiques autonomes et demeurent donc affiliées aux récépissés de reconnaissance officielle délivrés par les autorités publiques à leurs « structures-mères ». A ce titre, la section de Lumière Action à Aboisso, en Côte d'Ivoire, semble faire figure d'exception puisqu'elle est complètement autonome sur le plan administratif : bien qu'elle se considère toujours comme une section de l'association, elle dispose de son propre récépissé. Elle peut dès lors déposer ses propres projets et mobiliser ses propres financements, même si elle informe systématiquement le siège de l'association à Abidjan. Comme l'expliquent les responsables de Lumière Action, « le modèle de nos sections et de leurs relations avec le siège n'est pas un modèle fréquent en Afrique : il faut garder une certaine souplesse tout en visant une certaine autonomie des sections, mais l'essentiel est que l'argent aboutisse à des interventions sur le terrain en faveur des bénéficiaires ».

En dehors de ce cas particulier, l'autonomie administrative et financière des antennes provinciales vis-à-vis des associations qui les ont créées est généralement assez limitée : le plus souvent, la rédaction des projets et leur soumission aux partenaires sont du ressort du siège, si bien que les fonds alloués, même lorsqu'ils sont destinés à une antenne, transitent par le siège administratif de l'association. En conséquence, le circuit de financement des antennes est fortement dépendant de la capacité de mobilisation des ressources de leurs « structures-mères », ce qui leur donne rarement la possibilité de mobiliser ou de générer leurs propres ressources au niveau local. Dans le cas de l'ONG Racines au Bénin, « le montage des projets est centralisé à Cotonou : les besoins sont exprimés par l'antenne ou identifiés par Cotonou, mais l'antenne n'est pas habilitée à écrire et soumettre un projet directement auprès d'un bailleur. L'antenne signale parfois des opportunités de financement au siège, mais les financements de l'antenne passent systématiquement par Cotonou. L'antenne dispose d'un compte bancaire, alimenté par le siège de Cotonou ».

Bien évidemment le degré d'autonomie des antennes varie selon les associations et certaines bénéficient d'une marge de manœuvre plus importante. L'antenne d'AAS à Zorgho, au Burkina Faso, dispose par exemple de « son propre programme et est habilitée à déposer ses projets auprès des bailleurs et à répondre aux appels à projets, [même si] les conventions sont signées par AAS à Ouagadougou ». Egalement au Burkina Faso, l'antenne de l'Association Laafi la Viim (ALAVI) est elle aussi autorisée à rédiger et soumettre ses propres projets, par exemple des projets de campagnes de dépistage qui sont soumis au Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC).





Le degré d'autonomie des sites dans la définition des objectifs, l'élaboration des projets et la mobilisation des ressources, varie également selon leur statut au sein de certaines associations. Ainsi, au Centre SAS de Bouaké en Côte d'Ivoire, « l'antenne de Korhogo est semi-autonome et développe ses propres projets avec ses propres ressources, en informant le CSAS dont la direction exécutive signe les conventions de subvention (les rapports programmatiques et financiers sont ensuite

transmis au CSAS pour validation et signature). Quant aux sites partenaires les mieux structurés, ils ne bénéficient que d'une faible autonomie, « les activités et les indicateurs sont décidés en concertation avec chacun des sites, mais tout passe par le CSAS à travers des conventions qui prévoient des décaissements en direction de chaque site ». En revanche, les sites partenaires du CSAS les moins bien structurés, ont une autonomie nulle et sont totalement dépendants du CSAS (« un paquet minimum d'activités est prévu mais les fonds sont gérés directement par le CSAS »).

Il en va de même au sein d'ARCAD-Sida au Mali, dont le siège est basé à Bamako et qui anime dix-huit (18) sites de prise en charge fournissant des services de prise en charge médicale aux patients porteurs du VIH⁵. La plupart de ces sites sont des centres médicaux publics ou privés dans lesquelles ARCAD-Sida a déployé des équipes médicales et sociales en collaboration avec les autorités sanitaires locales (le dernier site créé est celui de l'USAC de Kayes en septembre 2011, « après une analyse de situation au niveau de la région, auprès des autorités administratives, sanitaires et des PVVIH »). Si tous bénéficient de l'appui d'ARCAD-Sida en termes de ressources humaines et financières (en particulier sur le plan des charges de fonctionnement), ces sites existaient avant l'implantation des équipes d'ARCAD-Sida, et seuls la clinique des Halles et le Centre de Soins, d'Animation et de Conseils (CESAC) de Mopti, constituent au sens propre des antennes du CESAC de Bamako et jouissent dès lors d'une certaine autonomie sur le plan administratif.

4.2. Ressources allouées aux antennes

S'agissant des infrastructures, deux stratégies se distinguent dans la manière de décentraliser les activités : certaines associations disposent de leurs propres locaux (en louant un bâtiment aménagé et équipé en fonction des activités développées), tandis que d'autres ont mis en place des partenariats avec des structures locales qui mettent une partie des locaux à leur disposition. Dans le premier cas, les infrastructures existantes permettent aux antennes de disposer d'une salle d'accueil, de salles d'entretien dédiées au conseil-dépistage et au soutien psychologique, d'une salle de consultations, et parfois d'une petite pharmacie communautaire ou de hangars pour le stockage de denrées alimentaires. En revanche, lorsqu'elles sont hébergées dans des centres de santé (simples dispensaires ou centres hospitaliers, en fonction de l'importance des localités), les associations ne disposent le plus souvent que d'une ou deux salles pour effectuer des permanences et proposer des entretiens de conseil-dépistage et de soutien psychologique, ce qui leur permet ensuite d'orienter les patients vers les différents services médicaux assurés par le personnel sanitaire.

⁵ Ces sites sont : CESAC de Bamako, CESAC de Mopti, USAC-CV, USAC-Koulikoro, USAC-CI, USAC-CNAM, USAC-CIV, USAC-Kita, USAC-Fana, USA-Gao, USAC-CVI, Clinique les Halles, USAC-Kati, USAC-Kayes et USAC-Nioro

Compte tenu de la faible autonomie administrative des antennes et du système centralisé de gestion adopté par les associations, les ressources financières allouées aux antennes demeurent nettement moins importantes que celles allouées aux centres de prise en charge basés en zones urbaines. A ce titre, il est intéressant d'analyser le budget prévisionnel annuel d'une ONG comme ARCAD-Sida au Mali. Outre le CESAC de Bamako, ARCAD-Sida est présente sur 17 autres lieux de soins, notamment à travers les Unités de Soins et



d'Accompagnement Communautaire (USAC). S'agissant des financements affectés aux ressources humaines et aux charges de fonctionnement des 18 sites, on constate certes qu'ARCAD-Sida consacre au total 78 % de son budget de fonctionnement à la décentralisation de ses activités en province, mais on note aussi que le budget du CESAC de Bamako est quatre (4) fois plus important que celui de l'USAC Commune 5⁶, et plus de sept (7) fois supérieur à celui de l'USAC de Kati :

| | Site de prise en charge | Montant alloué | Part du budget | |
|----|-------------------------|--------------------|----------------|-----|
| 1 | CESAC Bamako | 100 654 116 | 22 % | 1,0 |
| 2 | Clinique des Halles | 43 532 305 | 10 % | 2,3 |
| 3 | CESAC Mopti | 35 640 022 | 8 % | 2,8 |
| 4 | USAC Commune 5 | 24 425 369 | 5 % | 4,1 |
| 5 | USAC Gao | 21 138 823 | 5 % | 4,8 |
| 6 | USAC Kita | 20 245 090 | 4 % | 5,0 |
| 7 | USAC Koulikouro | 20 187 235 | 4 % | 5,0 |
| 8 | USAC Commune 4 | 18 488 629 | 4 % | 5,4 |
| 9 | USAC CNAM | 18 458 300 | 4 % | 5,5 |
| 10 | USAC Commune 1 | 18 373 057 | 4 % | 5,5 |
| 11 | USAC Koutiala | 18 277 320 | 4 % | 5,5 |
| 12 | Unité minière Kayes | 18 058 580 | 4 % | 5,6 |
| 13 | Clinique Ségou | 18 058 580 | 4 % | 5,6 |
| 14 | USAC Fana | 17 924 941 | 4 % | 5,6 |
| 15 | USAC Kayes | 17 460 717 | 4 % | 5,8 |
| 16 | USAC Commune 6 | 16 260 717 | 4 % | 6,2 |
| 17 | USAC Nioro | 16 260 717 | 4 % | 6,2 |
| 18 | USAC Kati | 13 175 653 | 3 % | 7,6 |
| | Total | 456 620 172 | 100 % | |

Il convient toutefois de garder à l'esprit que les différentes USAC animées par ARCAD-Sida sont installées dans les locaux de structures sanitaires publiques et qu'à ce titre, une partie de leurs frais de fonctionnement relève des financements publics. Ces coûts partagés expliquent sans doute en partie que les budgets de fonctionnement alloués aux USAC par ARCAD-Sida soient nettement inférieurs à ceux affectés au CASAC de Bamako, entièrement géré par l'association.

Cette situation n'est cependant pas caractéristique d'ARCAD-Sida. Ces écarts de budgets entre sièges et antennes provinciales se retrouvent en effet dans d'autres structures, dans d'autres pays, parfois dans des proportions tout aussi importantes :

⁶ Dont la file active est pourtant assez proche de celle du CESAC : 5 589 PvVIH suivies contre 7 393 au CESAC.

| Structure | Part du budget global 2011 (FCFA) consacrés... | | |
|----------------|--|-------------------------|---------------------------|
| | Au principal centre de prise en charge | Aux sites décentralisés | Part allouée aux antennes |
| AAS | 311 711 959 | 67 939 747 | 18% |
| ALAVI | 115 846 035 | 47 192 853 | 29% |
| Lumière Action | 73 828 664 | 34 945 277 | 32% |
| AKS | 288 610 790 | 19 487 992 | 6% |

Dans la mesure où les ressources financières mis à la disposition des sites provinciaux sont souvent faibles, ou à tout le moins insuffisantes, les équipements existants sont en général assez sommaires et consistent essentiellement :

- En mobilier de bureau et fournitures diverses ;
- En matériel informatique souvent vétuste ;
- En matériel de prévention (dépliants, brochures, revues associatives, boîtes à images, pénis en bois, etc.) ;
- En matériel roulant (notamment lorsque les associations développent des actions de dépistage en stratégie avancée ou mobile) ;
- En matériel médical et stocks de produits de santé lorsque le site propose des consultations médicales et des soins infirmiers.

Sur le plan des ressources humaines, les équipes sont également plutôt restreintes. Le plus souvent, elles se composent d'un coordinateur technique, d'un référent financier et de quelques conseillers psychosociaux/médiateurs ou agents de santé communautaires (ASC). Certaines d'entre elles comptent également un infirmier, en particulier si elles sont actives dans le domaine du dépistage, mais plus rares sont celles qui disposent d'un médecin de manière permanente (les patients sont souvent orientés vers une structure sanitaire partenaire pour leur suivi médical). A ce titre, les sites provinciaux d'ARCAD-Sida constituent une exception notable, puisque tous sont habilités à délivrer des traitements antirétroviraux et disposent par conséquent d'un médecin prescripteur. Nous verrons plus loin que cela concourt à faire de la file active d'ARCAD-Sida la plus importante du Mali.

4.3. Gestion financière

Les antennes provinciales disposent généralement de leurs propres comptes bancaires, sur lesquels sont virés les fonds alloués par le siège de l'association en fonction des projets et des besoins exprimés. Les responsables d'ALAVI expliquent ainsi que « les fonds sont versés directement à l'antenne sur son propre compte bancaire, mais les justificatifs sont envoyés à Ouagadougou pour être enregistrés sur le logiciel Tompro par la comptabilité » du siège administratif. Les états financiers sont ensuite produits par le siège, qui se charge de les transmettre aux bailleurs de fonds concernés. Il en va de même pour Racines, où « les financements de l'antenne passent systématiquement par Cotonou : l'antenne dispose d'un compte bancaire, alimenté par Racines à Cotonou et permettant d'effectuer les dépenses en espèces après retrait bancaire ».

La gestion financière des antennes est en principe confiée à un répondant financier, le plus souvent comptable ou assistant-comptable de formation mais qui peut également être le coordinateur technique des projets. Ainsi au sein de l'AAS, chaque antenne a son coordinateur, qui gère les

activités et son propre budget, « qui exprime ses besoins, envoie les justificatifs de dépenses à Ouagadougou et qui produit ses propres états financiers, rapports et comptes d'emploi ». Mais si cela permet une relative autonomie dans la gestion des antennes, il convient de préciser que la validation des dépenses est néanmoins contrôlée par le siège administratif des associations. Pour RSB par exemple, la comptabilité des fonds de Sidaction allouée aux activités de l'antenne est tenue par le comptable de l'antenne, mais le suivi financier est assuré par le siège de l'ONG : « les demandes de décaissement sont faites par le staff de Yamoussoukro, mais la validation est faite par la direction [basée à Bouaké] ; le suivi bancaire est centralisé par Bouaké, et les rapports produits également à Bouaké ».

On constate donc que la gestion administrative et financière est très faiblement décentralisée, ce qui ne permet qu'une faible autonomie des antennes provinciales sur le plan financier. Pour autant, il est difficile pour les associations de décentraliser davantage leur gestion financière, dans la mesure où les exigences des bailleurs de fonds en matière de procédures tendent plutôt à renforcer la centralisation de la gestion financière. Dans le contexte actuel, les recommandations sont en effet de mettre en place des dispositifs de gestion uniformes : élaboration de manuels de procédures, harmonisation des règles ou outils comptables qui doivent être utilisés aussi bien par les antennes que par les sièges des associations (codification des dépenses, suivi de caisse et de banque, comptes d'emploi, canevas de reportage financier), ou encore adoption de logiciels professionnels de comptabilité au niveau central (Tompro pour les associations burkinabè - *illustration ci-dessous*, QuickBooks au Centre SAS...), destinée à favoriser une gestion globale des ressources financières et la présentation d'états financiers généraux (toutes sources de financements confondues).

| AAS - ASSOCIATION AFRICAN SOLIDARITE - BURKINA FASO | | | | | | | | | | |
|---|---------|--|--|-----------------|--------|-----------------|---|----------------------|-----------------|-----------|
| BUDGET AAS - Analyse du Budget par CATEGORIE(Niv 2), LIGNE(Niv 3) - Exercice comptable du 01/01/2012 au 31/12/2012 - Tous Sites | | | | | | | | | | |
| Page 1/4 | | | | | | | | | | |
| Convention : 10 Toutes Catégories Tous ANTENNE | | | Tous ACTIVITE Tous LIGNE Tous COMPTE | | | | Période du 01/01/2012 au 31/05/2012 Monnaie : XOF Type Budget : Dépense | | | |
| - Avec Engagement - | | POUR LA PERIODE SE TERMINANT LE 31/05/2012 | | | | | | POUR TOUT L'EXERCICE | | |
| | | (1) | (2) | (3) = (1) + (2) | (4) | (5) = (4) - (3) | (3) / (4) | (7) | (8) = (7) - (3) | (3) / (7) |
| Code | Libellé | Réalisations | Avec Engagements | Total du compte | Budget | Disponibles | % Exéc. | Budget | Disponibles | % Exéc. |

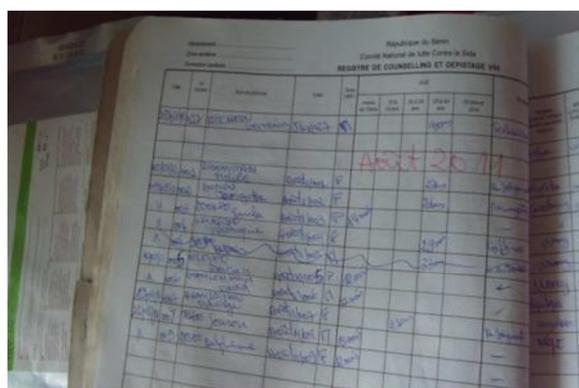
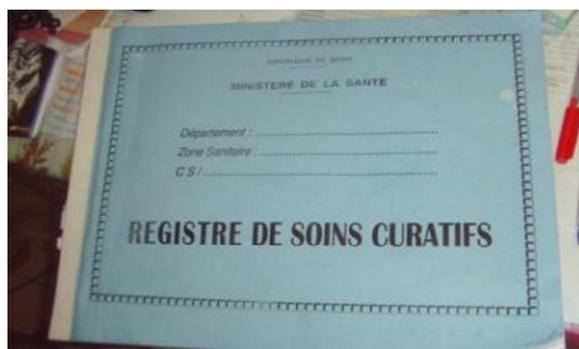
Or, si la professionnalisation de la lutte contre le sida implique désormais l'adoption de nombreuses procédures de gestion, les antennes ne sont pas toujours suffisamment outillées et les personnels pas toujours formés pour garantir le respect des règles comptables et financières rigoureuses imposées par leurs partenaires financiers. Les responsables d'ALAVI expliquent ainsi que sur le plan de la gestion financière, « la difficulté est de récupérer les pièces justificatives avec les antennes car les procédures de gestion sont difficiles à respecter. En zone rurale, on récupère des reçus plutôt que des factures, et il n'y a pas toujours assez de fournisseurs pour obtenir des proformas. En outre, les pièces envoyées à Ouagadougou sont parfois inéligibles, et sont donc à reprendre avant de les enregistrer sur Tompro. Cela explique en partie les retards dans la justification des dépenses auprès des bailleurs ». Les audits effectués depuis 2010 par le Bureau de l'Inspection Générale du Fonds Mondial (FM) auprès d'organisations de la société civile de différents pays, semblent indiquer que le même type de difficultés a pu être rencontré par certaines associations bénéficiaires du FM. Pour pallier ces risques de déperdition de l'information sur le plan financier, le Centre SAS de Bouaké, récemment identifié comme récipiendaire secondaire du FM en Côte d'Ivoire, a lancé une procédure de recrutement d'un responsable administratif et financier avec l'appui d'un partenaire technique et d'un cabinet privé, de manière à se doter d'un système de gestion performant.

4.4. Supervision, suivi et rapportage des activités

Si les projets sont généralement élaborés au niveau des sièges administratifs des associations, la planification des activités elles-mêmes est le plus souvent confiée aux équipes des sites décentralisés, mieux à même de connaître les besoins des populations locales et les priorités d'intervention sur le terrain. Ainsi dans le domaine du dépistage, les responsables d'ALAVI au Burkina Faso expliquent que « les objectifs sont fixés à Ouagadougou avec le PAMAC, mais [que] la planification est du ressort de l'antenne ». Le coordinateur de l'antenne de RACINES à Savalou explique quant à lui que « les lieux sont identifiés soit par la communauté qui exprime le besoin, soit par les conseillers qui observent la fréquentation des sites potentiels et approchent les leaders communautaires et les organisations de jeunesse ou sportives ».

Dans toutes les antennes provinciales, les outils de suivi utilisés sont les mêmes que ceux des sièges administratifs des associations. De manière classique, on peut distinguer deux (2) types d'outils en fonction de la périodicité de leur utilisation par les équipes :

- Outils à usage quotidien : registres d'accueil, registres des clients au dépistage, registres de soins curatifs (cf. photos du registre de l'ONG béninoise Racines ci-contre), fiches d'entretiens de conseil-dépistage, fiches de visites à domicile, fiches de causeries communautaires, fiches d'enquêtes sociales, etc. La plupart de ces outils de suivi-évaluation à usage quotidien sont au format papier.
- Outils à usage hebdomadaire, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel : rapports d'activités, rapports et listes de présences des réunions, bases de données informatiques, etc. Ils se distinguent par leur format : l'informatisation des données périodiques est désormais effective dans la quasi-totalité des sièges associatifs, et elle progresse dans les sites décentralisés (même si certaines antennes ne sont pas encore équipées en matériel informatique et continuent d'adresser leurs rapports périodiques au format papier).



La « fiche mensuelle de suivi de REVS+ », qui concerne les activités médicales de l'association, constitue un exemple de ce passage à l'informatisation des données, puisqu'elle est remplie manuellement « au plus tard le 5^{ème} jour de chaque mois » avant d'être transmise à un opérateur de saisie et au responsable du suivi-évaluation de REVS+ :

FICHE MENSUELLE DE SUIVI DE REVS+

Soutien médical

Centre de soins REVS+

Médecins

Période : _____

Responsable (s) : _____

RAPPORT QUANTITATIF :

Source de financement : _____

| Activité (s) - Intervenants | Nombre de personnes touchées | | BENEFICIAIRES | | | | Nombre d'activités réalisées | Observations | | |
|--|------------------------------|-------------------------|---------------|---------|--------|---------|------------------------------|--------------|----------------------|-------|
| | | | Hommes | | Femmes | | | | Enfants (0 - 14 ans) | |
| | | | 15-24 | 25 et + | 15-24 | 25 et + | | | Garçon | Fille |
| 1. Consultations médicales | | | | | | | | | | |
| 2. Dermatologie | | | | | | | | | | |
| 3. Cardiologie | | | | | | | | | | |
| 4. Pneumologie | | | | | | | | | | |
| 5. Neurologie | | | | | | | | | | |
| 6. Gynécologie | | | | | | | | | | |
| 7. Autres | | | | | | | | | | |
| 8. Bilan pré - thérapeutique demandé | | | | | | | | | | |
| 9. Bilan de suivi demandé | | | | | | | | | | |
| 10. Autre examen demandé | | | | | | | | | | |
| 11. SRV de confirmation demandé | | | | | | | | | | |
| 12. Nouvelles inclusion | | | | | | | | | | |
| 13. Nombre de suspension des traitements ARV | | | | | | | | | | |
| 14. Nombre d'abandons des traitements ARV | | | | | | | | | | |
| 15. Pertus de vue | | | | | | | | | | |
| | | Sous ARV (après 1 mois) | | | | | | | | |

Fiche à compléter à chaque fin du mois et à déposer au plus tard le 5^{ème} jour de chaque mois.

- 1 -

Ci-dessous, un aperçu de la base informatique de données utilisée par le Centre SAS à Bouaké afin de compiler les données concernant ses activités de conseil-dépistage :

| Rapport - CDV - Centre SAS | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------|--------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|
| MOIS | janv-13 | fév-13 | mars-13 | avr-13 | mai-13 | juin-13 | juil-13 | août-13 | sept-13 | oct-13 | nov-13 | déc-13 |
| Nb de visites totales | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dant hommes M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dant femmes F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dant célibataire | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dant marié | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dant divorcé | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dant vivant en concubinage | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dant veuf | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Matif de la visite | | | | | | | | | | | | |
| Maladie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Volontaire | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Référé par l'entourage | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Référé par une structure | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Dant nombre de contrôle | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Résultats | | | | | | | | | | | | |
| nb de séro Positif | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nb de séro Négatif | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nb d' indéterminé | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Permis les séropositifs | | | | | | | | | | | | |
| nb de femmes F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nb d' hommes M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nb de conjoints déjà dépistés | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nb de determine: INV | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nb de Stat-pak: INV | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| R | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Permis les séronégatifs | | | | | | | | | | | | |
| nb de femmes F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nb d' hommes M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Les différentes fiches à usage quotidien sont généralement des outils créés par les associations elles-mêmes, conçus pour être remplis de manière simple et rapide au terme d'une activité ponctuelle (visites à domicile, causeries, entretiens individuels...) En revanche, les registres utilisés dans les services sont le plus souvent des outils conçus par les autorités sanitaires et destinés à être utilisés par l'ensemble des sites de prise en charge à l'échelle nationale. Il en découle que la plupart des indicateurs sont quantitatifs et se rapportent au dépistage et au suivi médical des PvVIH, même si en Côte d'Ivoire, des outils dévolus aux activités communautaires conçus par le Ministère de la Santé sont en cours de validation et pourront très bientôt être utilisés par les associations.

Lorsqu'ils sont informatisés, les outils existants le sont soit sur les logiciels Word et Excel, soit sur des logiciels professionnels plus ou moins adaptés à leurs besoins – le choix de ceux-ci relevant généralement des partenaires locaux⁷. Quant aux formats des rapports d'activités périodiques, ils sont presque systématiquement imposés par les partenaires techniques et financiers, qu'il s'agisse des institutions nationales (ministères de la santé et services publics régionaux) ou des bailleurs de fonds internationaux (Fonds Mondial, Banque Mondiale, agences des Nations-Unies, services de coopérations bilatérales, fondations, etc.). Ainsi à RACINES, « quelles que soient les activités considérées, les outils sont ceux de Racines (fiches d'entretiens pré et post-test...) mais les canevas de rapports sont ceux des partenaires ». Si l'association béninoise a continué à utiliser son propre registre de dépistage (« le registre de conseil-dépistage du CIPEC a été proposé, mais il n'a pas été retenu par Racines car jugé non adapté à nos services »), d'autres structures ne sont pas toujours en mesure de faire valoir la qualité ou la pertinence de leurs propres outils ; c'est par exemple le cas de Lumière Action en Côte d'Ivoire : « les outils de suivi sont ceux validés par les autorités⁸, donc les mêmes dans les sections et au niveau du siège ».

Lorsqu'elles disposent d'une certaine autonomie, les antennes envoient leurs rapports simultanément à leur siège et à leurs partenaires techniques et financiers. Il en va ainsi des antennes des associations du Burkina Faso, telle AAS où « chaque antenne envoie ses informations à la fois au PAMAC et à AAS pour centralisation et validation », et ALAVI où « les résultats sont ensuite envoyés à la structure-relais de la région centre (consortium AAS-SOS Santé et Développement) sous forme de rapports trimestriels qui sont transmis par le consortium au PAMAC et à la base de données du CMLS ». C'est également le cas en Côte d'Ivoire avec le Centre SAS à Bouaké, puisque les différents sites décentralisés adressent leurs rapports aux districts sanitaires dont ils relèvent (des missions trimestrielles de supervision sont en outre réalisées sur chaque site en partenariat avec ces mêmes districts). Mais dans la plupart des cas, la compilation et l'informatisation des données se fait au niveau des sièges administratifs des associations, qui se chargent ensuite d'exploiter ces données à des fins de suivi statistique ou de rapportage auprès des bailleurs de fonds. Nous verrons plus loin que cela limite fortement la visibilité des activités réalisées dans les antennes, peu valorisées dans les rapports car intégrées dans les statistiques globales des associations.

⁷ Le logiciel ESOPE a été développé à la demande du GIP ESTHER afin d'améliorer le suivi individuel des patients sous ARV et la gestion de la file active des patients. Il a été installé dans les associations partenaires d'ESTHER au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Gabon, au Mali et au Sénégal. Le logiciel SANTIA, lui aussi dédié aux centres de prise en charge globale des PvVIH, a été créé pour la Croix-Rouge. Enfin, FUCHIA a été créé à la demande de Médecins Sans Frontières et est utilisé par les associations partenaires de MSF (mais aussi de SOLTHIS), notamment au Burkina et au Niger. Ces logiciels sont gratuits et libre de droits.

⁸ Le Programme National de Prise en Charge (PNPEC) et le Programme National pour les Orphelins et Enfants Vulnérable (PNOEV), tous deux rattachés au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

5. Typologies des services offerts

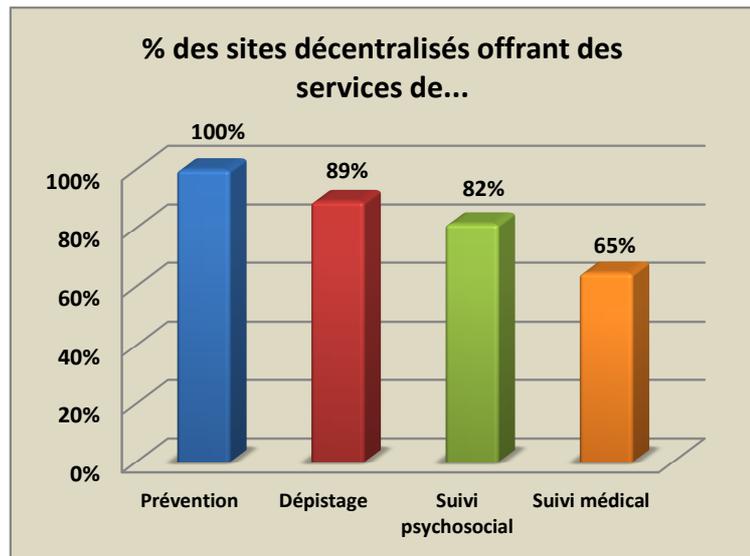
Le tableau ci-dessous synthétise les principaux domaines d'activités (IEC/CCC, conseil-dépistage volontaire, prise en charge psychosociale et prise en charge médicale) de chacune des antennes mises en place par les associations partenaires de Sidaction :

| Pays | Structure | Siège | Antenne/ Localité | Activités des antennes | | | |
|---------------|--|-------------------------------|-------------------|------------------------|-----|----------------|--------------|
| | | | | IEC/CCC | CDV | PEC Psychosoc. | PEC Médicale |
| Bénin | RACINES | Cotonou | Savalou | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Burkina Faso | Association African Solidarité | Ouagadougou | Zorgho | 1 | 1 | 1 | - |
| | | | Koupéla | 1 | 1 | - | - |
| | | | Cinkinsé | 1 | - | - | - |
| | | | Ziniaré | 1 | 1 | - | - |
| | Association Laafi La Viim | Ouagadougou | Tanghin-Dassouri | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Saaba | 1 | - | - | - |
| | | | Sabou | 1 | - | - | - |
| | | | Lena | 1 | - | 1 | - |
| | Responsabilité Espoir Vie Solidarité | Bobo-Dioulasso | Bani | 1 | - | - | - |
| | | | Dano | 1 | 1 | 1 | - |
| Houndé | | | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Diébougou | | | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Solenzo | | | 1 | 1 | 1 | - | |
| Burundi | Association National de Soutien aux Séropositifs | Bujumbura | Dédougou | 1 | 1 | 1 | - |
| | | | Kirundo | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Gitega | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | SWAA Burundi | Bujumbura | Makamba | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Ngozi | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Gitega | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Ruyigi | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Kayanza | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Muyinga | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Muramvya | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Bururi | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | Cameroun | SWAA Littoral | Douala | - | - | - | - |
| | Congo Brazzaville | Association Serment Universel | Brazzaville | Dolisie | 1 | 1 | 1 |
| Owando | | | | 1 | - | - | - |
| Côte d'Ivoire | Lumière Action | Abidjan | Bonoua | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Aboisso | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Adiaké | 1 | 1 | 1 | - |
| | Espace Confiance | Abidjan | Dabou | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Anyama | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Adiaké | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | INFS | Abidjan | - | - | - | - | |
| | Renaissance Santé Bouaké | Bouaké | Yamoussoukro | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Sinfra | | | 1 | 1 | 1 | 1 | |

| | | | | | | | |
|---------------|------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Centre SAS | Bouaké | Korhogo | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Dabakala | 1 | 1 | 1 | - |
| | | | Niakaramadougou | 1 | 1 | 1 | - |
| | | | Diabo | 1 | 1 | 1 | - |
| | | | Sakassou | 1 | 1 | 1 | - |
| | | | Toumodi Sakassou | 1 | 1 | - | - |
| | | | Ayaou Sokpa | 1 | 1 | - | - |
| | | | Belakro | 1 | 1 | 1 | - |
| | | | Kongo | 1 | 1 | - | - |
| Mali | ARCAD-Sida | Bamako | CESAC Mopti | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | HALLES | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC CNAM | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC Fana | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC Gao | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC I | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC IV | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC Kati | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC Kayes | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC Kita | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC Koulikoro | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC Nioro | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | USAC V | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | USAC VI | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | Association Kéné Dougou Solidarité | Sikasso | Koutiala | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Niger | Mieux Vivre avec le Sida | Niamey | Tahoua | 1 | 1 | - | - |
| | | | Agadez | 1 | 1 | - | - |
| Togo | Aide Médicale Charité | Lomé | Kpalimé | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Tsévié | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Espoir Vie Togo | Lomé | Aného | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Sokodé | 1 | | 1 | 1 |
| | Action contre le Sida | Lomé | - | - | - | - | |
| 9 Pays | 19 Structures | 12 Localités | 65 localités | 65 | 58 | 53 | 42 |

On constate en premier lieu que les soixante-cinq (65) antennes répertoriées sont actives dans le domaine de l'information, de la sensibilisation et de la prévention (Information Education Communication / Communication pour le Changement de Comportement – IEC/CCC). Cela n'est guère surprenant, dans la mesure où il s'agit souvent des premières actions mises en œuvre avant une éventuelle diversification ultérieure des activités. Si une très grande majorité d'entre elle est désormais investie dans le domaine du dépistage (58 antennes, 89 %) et du soutien psychosocial (82 %), seuls $\frac{2}{3}$ des antennes sont en revanche parvenues à développer un accès à la prise en charge médicale (65 %).

Cette situation s'explique essentiellement par l'insuffisance des ressources mobilisées et affectées à la décentralisation des services. Les antennes provinciales disposent généralement de peu de personnels (en particulier de peu de médecins, moins nombreux en zones rurales), d'infrastructures souvent limitées et parfois sous-équipées, et de financements encore restreints. Etant donné la faiblesse de leurs ressources, et les difficultés rencontrées par les



associations pour accroître ces ressources, il n'est guère surprenant que la prise en charge médicale, qui nécessite nettement plus de moyens que les autres types de services, demeure souvent nettement moins développée que les autres interventions communautaires en zones rurales.

5.1. Les services de dépistage

Les activités de dépistage des antennes provinciales se déclinent sous la forme de différents services complémentaires, tous mis en œuvre quelles que soient les structures concernées :

- Les services dits de « promotion du conseil-dépistage volontaire », qui correspondent à un travail de préparation aux campagnes de dépistage et d'information des publics visés (plaidoyer auprès des leaders communautaires, religieux et/ou coutumiers ; sensibilisation de la population via les médias locaux, des outils d'information ou par le relais de pairs-éducateurs ; organisation d'événements publics – prestations de théâtre-forum, animations musicales, etc.) ;
- La réalisation d'entretiens de counselling pré-test avec les « clients » au dépistage ;
- Le prélèvement des échantillons sanguins après le recueil du consentement libre et éclairé des personnes ;
- La réalisation des entretiens de counselling post-test et l'annonce des résultats d'analyse des tests de dépistage aux personnes ;
- L'orientation des personnes dépistées séropositives au VIH auprès des autres services offerts par l'association (où elles seront dûment enregistrées dans la file active des patients suivis par la structure) ou vers des structures externes partenaires de l'association dans le cadre d'un dispositif de référence et de contre-référence.

Il n'existe donc pas de différence significative entre les services de dépistage proposés en province et ceux offerts dans les capitales où sont basées les associations partenaires du projet. Le volume des activités y est même parfois supérieur (Lumière Action en Côte d'Ivoire, ALAVI au Burkina...), notamment lorsqu'une association dispose d'une unité mobile dans une antenne provinciale (AAS au Burkina Faso, Racines au Bénin...)

Les campagnes de dépistage dans les quartiers périphériques des capitales ou en zone rurale se déroulent en plusieurs étapes, à l'exemple de celles organisées par l'Association African Solidarité au Burkina Faso (cf. *Illustration ci-contre*) :



L'unité mobile de dépistage de l'Association African Solidarité (Burkina Faso)

1. Installation du véhicule aménagé de l'unité sur le site préalablement identifié par l'équipe de dépistage ;
2. Sensibilisation de la population et diffusion de messages de prévention et de promotion du dépistage volontaire par les animateurs ;
3. Démonstration du port du préservatif par les animateurs, en interaction avec le public invité à prendre part à la démonstration ;
4. Réalisation des entretiens pré-test pour les personnes souhaitant connaître leur statut sérologique en faisant un test de dépistage (à bord du véhicule ou dans une salle mise à la disposition par le site) ;
5. Prélèvements sanguins « au bout du doigt » ;
6. Analyse des échantillons sanguins sur la paillasse du mini-laboratoire aménagé dans le véhicule ;
7. Annonce des résultats des tests de dépistage aux personnes concernées au cours des entretiens post-test réalisés par les conseillers.

5.2. Les services de soutien psychosocial

Dans le domaine du soutien psychosocial, les personnes accompagnées par les associations bénéficient là-aussi de diverses formes de services, dont certains sont orientés vers les adultes tandis que d'autres ciblent exclusivement les enfants. Il s'agit essentiellement de :

- La réalisation de visites à domicile (VAD), surtout pour les personnes infectées par le VIH pour lesquelles il s'agit parfois de « partir à la recherche des personnes perdues de vue », qui ne se sont pas présentées à leurs derniers rendez-vous (consultations, approvisionnement en ARV ou examens de suivi biologique) ;
- Un soutien alimentaire à travers des distributions de vivres et de kits alimentaires, des démonstrations culinaires ou encore des repas communautaires ;
- La réalisation d'entretien individuel de soutien psychologique ;
- L'organisation et animation de groupes de parole ;
- Une contribution financière aux dépenses de santé ou à caractère social (frais de scolarité, frais de funérailles, etc.) ;
- La prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (en particulier un appui à la scolarisation ou à la formation professionnelle, une aide aux devoirs, des activités d'éveil et des sorties récréatives).
- Et du développement d'activités génératrices de revenus (AGR), qu'elles soient individuelles ou collectives.

D'une manière générale, les services de soutien psychosocial offerts en province sont donc les mêmes que ceux proposés dans les grandes capitales africaines, la différence résidant essentiellement dans le volume des activités développées (ex : on y réalise généralement moins de visites à domicile car les conseillers psychosociaux disponibles y sont moins nombreux) et dans l'importance des soutiens apportés (ex : les contributions financières y sont plus rares car les budgets alloués y sont plus faibles). Compte tenu du contexte socioéconomique des zones rurales dans lesquelles sont implantées les antennes associatives, les besoins prioritaires des populations n'y sont par ailleurs pas toujours les mêmes qu'en zone urbaine. Le soutien alimentaire, notamment, y est souvent d'une importance toute particulière, les distributions de vivres et les repas communautaires y étant très attendus (cf. photo ci-contre d'un atelier culinaire à ARCAD-Sida au Mali).



5.3. Les services de prise en charge médicale

Comparée aux services de prise en charge médicale proposée dans les sièges des associations, l'offre de services médicaux aux PvVIH dans les antennes provinciales apparaît à la fois moins fréquente et moins complète. Parmi les soixante-cinq (65) antennes gérées par les associations partenaires de Sidaction, seulement quarante-deux sites disposent de ce type de services (65 %) et trente-et-un d'entre eux sont reconnus comme des centres de dispensation des ARV par les autorités sanitaires locales⁹. C'est le cas par exemple des sites décentralisés d'ARCAD-Sida au Mali, des antennes de l'ANSS et de la SWAA au Burundi, ou encore de l'antenne de RSB à Yamoussoukro en Côte d'Ivoire (cf. photo de la pharmacie de RSB ci-dessus).



Outre la faiblesse de leurs moyens, le fait que les antennes ne soient pas toujours reconnues par les autorités sanitaires comme des centres de dispensations des traitements antirétroviraux, est donc l'une des raisons de la faible médicalisation des services. Les centres principaux de prise en charge gérés par les associations dans les capitales administratives ou économiques sont désormais presque tous accrédités pour prescrire et fournir des traitements ARV, mais de nombreuses antennes ne disposent pas encore d'un tel agrément et sont seulement habilitées à fournir des consultations et des soins infirmiers pour les IST et les infections opportunistes. C'est par exemple le cas de l'antenne de l'Association Laafi la Viim (ALAVI) à Tanghin-Dassouri au Burkina Faso, des sections provinciales de Lumière Action dans le sud de la Côte d'Ivoire, ou encore de l'antenne de Racines à Savalou au Bénin.

L'ancienneté plus ou moins grande de ces antennes peut également expliquer en partie cette situation, celles offrant aujourd'hui des services médicaux étant pour la plupart des antennes créées dès le début des années 2000 et ayant donc eu le temps de se structurer, d'acquérir des ressources

⁹ Vingt-trois des sites décentralisés accrédités pour la prescription et la dispensation des ARV sont localisés au Mali et au Burundi.

plus conséquentes et de s'intégrer dans le système sanitaire local. A ce titre, l'intégration des sites délocalisés d'ARCAD-Sida au Mali, de l'ANSS et de la SWAA au Burundi fait donc figure d'exemple (cf. *Photo ci-contre – Pharmacie d'une antenne de l'ANSS*). Leurs équipes sont en effet toutes médicalisées et habilitées à prescrire et fournir des traitements ARV, si bien que ces deux structures représentent aujourd'hui une part très importante de la file active nationale de leur pays respectif. Dans ces antennes provinciales médicalisées, proposant une offre de service globale aux PvVIH, la qualité des soins et le circuit des patients y sont exactement les mêmes qu'au siège des associations.



Pour les antennes qui ne sont pas accréditées pour la prescription et la dispensation de traitements ARV, les services médicaux existants se résument le plus souvent à la réalisation de soins infirmiers, à des dons de médicaments, et à un appui à l'observance des traitements (à travers des séances collectives ou individuelles d'éducation thérapeutique, et parfois la mise en place de clubs d'observance). Quelques associations proposent également des consultations médicales lorsqu'un médecin généraliste a pu être identifié et recruté sur place, mais les PvVIH sont le plus souvent



orientées vers des structures médicales publiques dès qu'une consultation spécialisée s'avère nécessaire (par exemple dans les « centres hospitaliers régionaux – CHR » au Burkina Faso ou dans les « hôpitaux de zone » au Bénin). De la même manière, les antennes ne sont pas dotées de leurs propres laboratoires, et le suivi biologique des personnes infectées est donc assuré dans le cadre de système de références et de contre-références avec les mêmes structures hospitalières ou des laboratoires privés.

Il est cependant important de souligner ici que le fait d'orienter les PvVIH vers ces structures partenaires ne suffit pas toujours à garantir un suivi médical de qualité. D'une part, les centres médicaux publics ou privés basés en provinces disposent généralement de ressources humaines fortement limitées (manque de médecins spécialistes et de personnels soignants formés à la prise en charge de l'infection à VIH), ce qui ne permet pas toujours d'offrir des soins adéquats pour certaines pathologies et en particulier les comorbidités associées au VIH (hépatites, diabète, hypertension artérielle, etc.). D'autre part, les plateaux techniques de ces centres médicaux sont le plus souvent insuffisamment équipés pour la réalisation d'examen des comptages lymphocytaires ou d'examen complémentaires (radiographies, scanners, biopsies...). La qualité des dispositifs de référence et de contre-référence dépend également en grande partie des liens de collaboration entre les associations et les structures sanitaires locales, qui mériteraient souvent d'être renforcés. Enfin, les comportements stigmatisants sont encore fréquents dans de nombreuses structures hospitalières et les PvVIH y sont encore régulièrement victimes de diverses formes de discrimination (cf. *Photo ci-contre - Couloir d'une maternité au Burkina Faso*).



5.4. Les services en cas d'urgence sanitaire

Dans la mesure où de nombreuses associations partenaires de Sidaction travaillent dans des pays dont la situation politique est instable et la situation sécuritaire fragile, elles sont de plus en plus souvent confrontées aux conséquences des crises politico-militaires que traversent leurs pays respectifs. Faisant face aux conflits armés ou aux effets dévastateurs de ceux-ci sur les conditions de vie des populations, les sites décentralisés des associations sont périodiquement amenés à développer des services de type humanitaire en cas d'urgence sanitaire.



Si nous avons déjà évoqué la création d'une antenne de RSB à Sinfra à la suite des multiples actes de violences exercées à l'encontre des femmes et des jeunes filles, la crise qu'a connue la Côte d'Ivoire en 2010-2011 a également contraint le Centre SAS de Bouaké à mettre en place un dispositif d'aide aux populations déplacées dans le nord du pays. En collaboration avec les autorités locales et avec le soutien de l'UNICEF, le CSAS a pu « constitué des stocks de vivres et de médicaments et aménager les horaires de travail » de

manière à accueillir de nombreux déplacés venus d'Abidjan et de l'Ouest et à leur fournir une prise en charge médicale, psychologique et alimentaire, tout en leur proposant de se faire dépister. Ainsi, même au plus fort de la guerre, « le Centre SAS a maintenu l'ensemble de ses activités, l'accueil des patients se faisant en journée continue de 8h00 à 16h00 pour accroître l'accessibilité du Centre SAS aux patients et minimiser les déplacements du personnel au cours de la journée ».

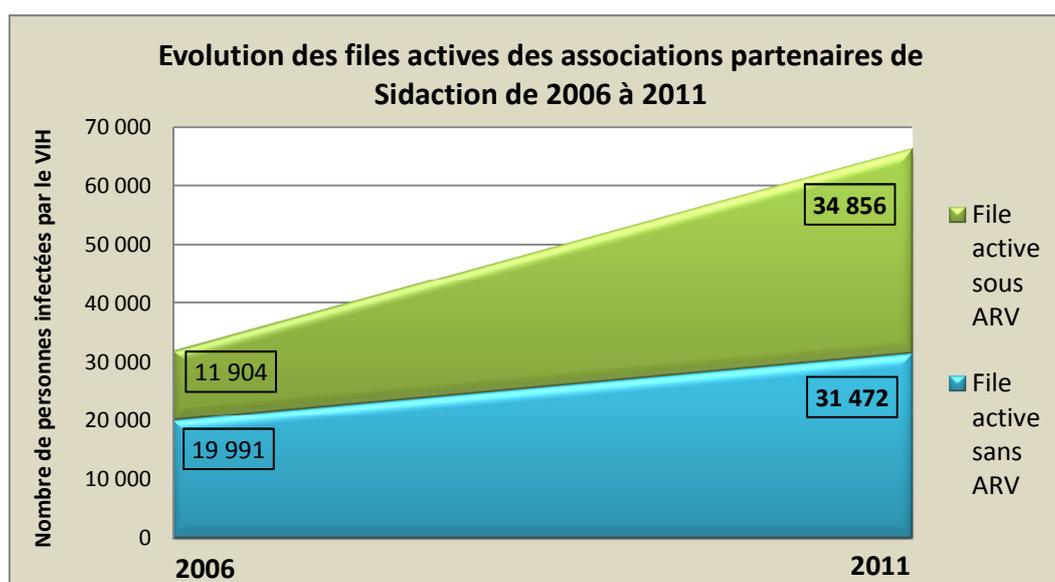
De la même manière, dans le nord du Mali en proie à un conflit politique et militaire depuis janvier 2012 et « contrôlé » par des groupes armés de natures diverses (indépendantistes touaregs, mouvements islamistes...), les sites d'ARCAD-Sida ont tant bien que mal maintenu leur offre de services aux populations, y compris en termes de suivi médical et de délivrance des traitements ARV auprès des PvVIH des localités de Gao et Mopti. De l'autre côté de la frontière malienne, les associations burkinabè se sont elles aussi mobilisées pour fournir leur soutien aux Maliens vivant dans les camps de réfugiés. En particulier, AAS est intervenue récemment dans le camp de Mentao, situé au Nord du Burkina Faso, afin d'identifier les besoins sanitaires et sécuritaires de ces populations après avoir échangé avec les responsables du camp (ci-contre).



6. Principaux résultats obtenus

6.1. Evolution globale de la file active des associations partenaires

Globalement, les effectifs des files actives des associations partenaires de Sidaction ont considérablement augmentés au cours de ces dernières années (+ 108 % en moyenne entre 2006 et 2011, + 230,3 % au Niger), tandis que le nombre des personnes infectées traitées par les antirétroviraux dans ces structures s'est accru de manière encore plus importante (+ 192,8 % au cours de la même période, + 317,3 % au Burundi) :



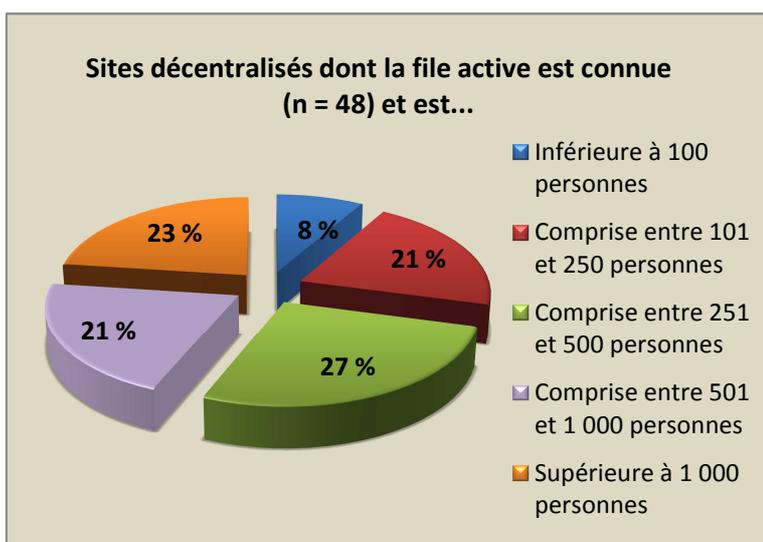
A titre d'exemple, la file active des personnes infectées bénéficiant de traitements ARV de REVS+ au Burkina Faso a ainsi plus que triplé en 5 ans, passant de 394 à 1 281 personnes :

| Pays | Structures | 2006 | | 2011 | | Taux de croissance | |
|-------------------------|----------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| | | File active | File active sous ARV | File active | File active sous ARV | File active | File active sous ARV |
| Bénin | Racines | 1 173 | 483 | 1 202 | 754 | 2,5 % | 56,1 % |
| Burkina | ALAVI | 1 076 | 390 | 3 341 | 1 296 | 210,5 % | 232,3 % |
| | AAS | 2 422 | 646 | 3 589 | 1 523 | 48,2 % | 135,8 % |
| | REVS+ | 905 | 394 | 3 426 | 1 281 | 278,6 % | 225,1 % |
| Burundi | ANSS | 4 765 | 2 047 | 7 086 | 3 985 | 48,7 % | 94,7 % |
| | SWAA-Bujumbura | 1 652 | 668 | 2 054 | 999 | 24,3 % | 49,6 % |
| Cameroun | SWAA Littoral | 1 096 | 373 | 1 769 | 643 | 61,4 % | 72,4 % |
| Côte d'Ivoire | RSB | 918 | 260 | 4 075 | 1 307 | 343,9 % | 402,7 % |
| | Centre SAS | 2 324 | 676 | 4 698 | 1 511 | 102,2 % | 123,5 % |
| Mali | AKS | 2 001 | 610 | 3 380 | 1 454 | 68,9 % | 138,4 % |
| | ARCAD-Sida | 7 967 | 3 257 | 22 660 | 14 684 | 184,4 % | 350,8 % |
| Niger | MVS | 422 | 191 | 1 394 | 617 | 230,3 % | 223,0 % |
| Togo | AMC | 1 550 | 344 | 1 599 | 1 323 | 3,2 % | 284,6 % |
| | ACS | 716 | 442 | 1 705 | 1 058 | 138,1 % | 139,4 % |
| | EVT | 2 908 | 1 123 | 4 350 | 2 421 | 49,6 % | 115,6 % |
| Total général | | 31 895 | 11 904 | 66 328 | 34 856 | | |
| Moyenne générale | | 2 126 | 794 | 4 422 | 2 324 | 119,7 % | 176,3 % |

6.2. Effectifs des files actives des sites décentralisés

Dans la mesure où la décentralisation des services a souvent été l'une des réponses des associations à cet accroissement de leurs files actives, il convient d'observer si cette stratégie s'est avérée pertinente. Nous ne disposons malheureusement pas de données suffisamment précises et complètes sur l'ensemble des files actives des sites décentralisés pour rendre compte de manière exhaustive de leur évolution au cours des dernières années. Néanmoins, les chiffres disponibles permettent d'avoir une estimation générale de l'importance des antennes dans la file active globale des associations partenaires de Sidaction.

En se basant sur les chiffres de quarante-huit (48) antennes, on constate tout d'abord que la grande majorité des files actives des sites décentralisés des associations partenaires de Sidaction se composent de moins d'un millier de personnes infectées (77 % des antennes, soit 37 sites). Parmi ces 48 sites décentralisés, la moitié environ (47 %) compte une file active comprise entre 250 et 1 000 personnes infectées :



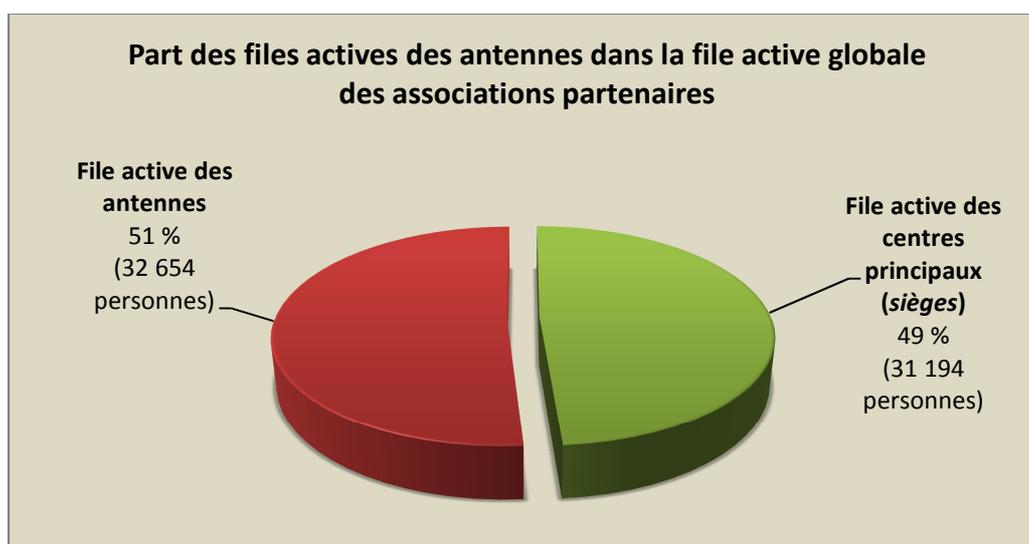
| Antennes dont la file active est connue et est... | Nombre d'antennes | % |
|---|-------------------|--------------|
| Inférieure à 100 personnes | 4 | 8 % |
| Comprise entre 101 et 250 personnes | 10 | 21 % |
| Comprise entre 251 et 500 personnes | 13 | 27 % |
| Comprise entre 501 et 1 000 personnes | 10 | 21 % |
| Supérieure à 1 000 personnes | 11 | 23 % |
| Total | 48 | 100 % |

Onze (11) sites décentralisés regroupent des effectifs nettement plus importants et comptent plus d'un millier de bénéficiaires, comme les antennes de l'ANSS à Kirundo et Gitega au Burundi, celle de RSB à Yamoussoukro en Côte d'Ivoire, ou encore celle d'Espoir Vie Togo à Sokodé. A eux seuls, ces 11 antennes prennent en charge plus de 20 000 personnes infectées par le VIH. Le site de l'USAC V animé par ARCAD-Sida au Mali constitue le site décentralisé le plus important, avec près de 5 600 PVIH suivies régulièrement, dont près de 2 800 sont sous traitements ARV :

| Structure | Pays | Antenne/ Localité | Nombre de bénéficiaires |
|--------------|---------------|-------------------|-------------------------|
| ARCAD-Sida | Mali | USAC V | 5589 |
| RSB | Côte d'Ivoire | Yamoussoukro | 2 219 |
| ARCAD-Sida | Mali | USAC I | 1737 |
| ANSS | Burundi | Kirundo | 1 697 |
| ANSS | Burundi | Gitega | 1 597 |
| ARCAD-Sida | Mali | CESAC Mopti | 1470 |
| ARCAD-Sida | Mali | USAC CNAM | 1428 |
| SWAA Burundi | Burundi | Gitega | 1332 |
| ARCAD-Sida | Mali | USAC IV | 1273 |
| ARCAD-Sida | Mali | USAC VI | 1079 |
| EVT | Togo | Sokodé | 1046 |

6.3. Poids des files actives des antennes dans les files actives globales

L'analyse des statistiques disponibles¹⁰ sur les files actives des quarante-huit (48) sites décentralisés impliquées dans la prise en charge globale¹¹, démontre clairement l'importance des sites décentralisés dans l'offre de soins proposée par les associations et le volume des activités qui y sont désormais réalisées que ces derniers accueillent au total plus de 32 000 personnes infectées. Les effectifs de ces sites représentent ainsi la moitié (51,1 %) du nombre total de personnes infectées suivies par les associations partenaires :

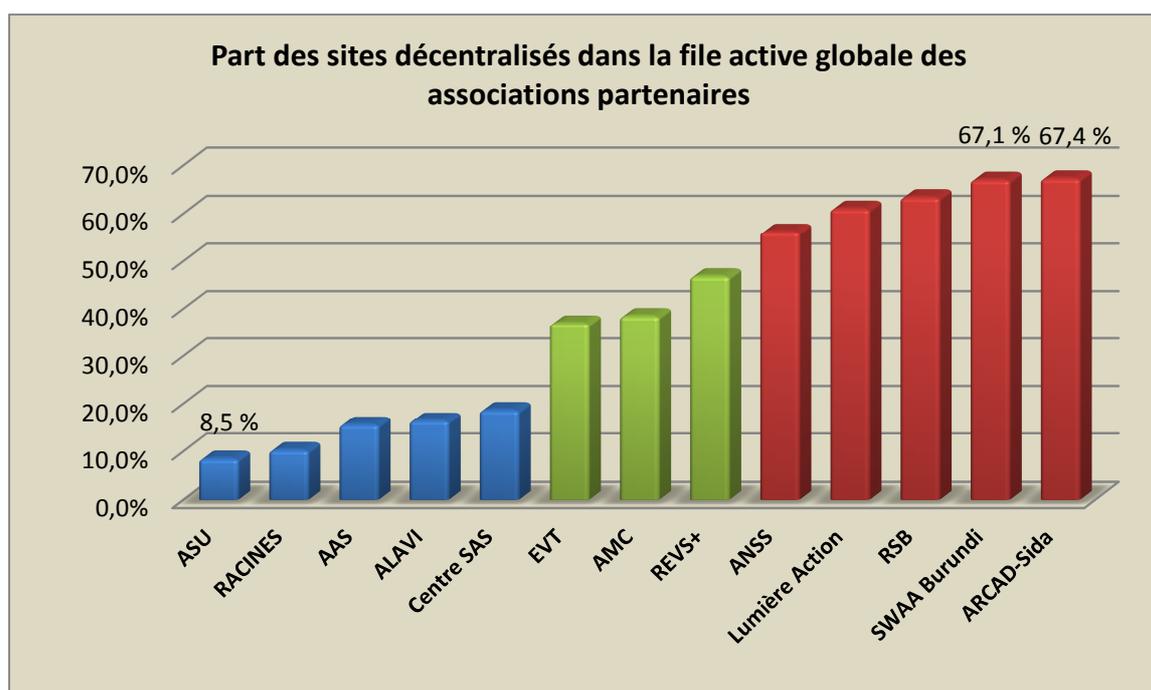


¹⁰ Rapports d'activités 2011 et 2012 des associations partenaires (à l'exception des sites d'Espace Confiance, Mieux Vivre avec le Sida et de l'Association Kéné Dougou Solidarité, qui ne nous ont pas été communiqués).

¹¹ La notion de « file active » étant entendue comme le nombre de personnes infectées suivies par un site, nous ne tenons compte ici que des données des sites offrant des services de prise en charge en particulier médicale, et ne comptabilisons donc pas les bénéficiaires des antennes engagées dans le seul champ de la prévention.

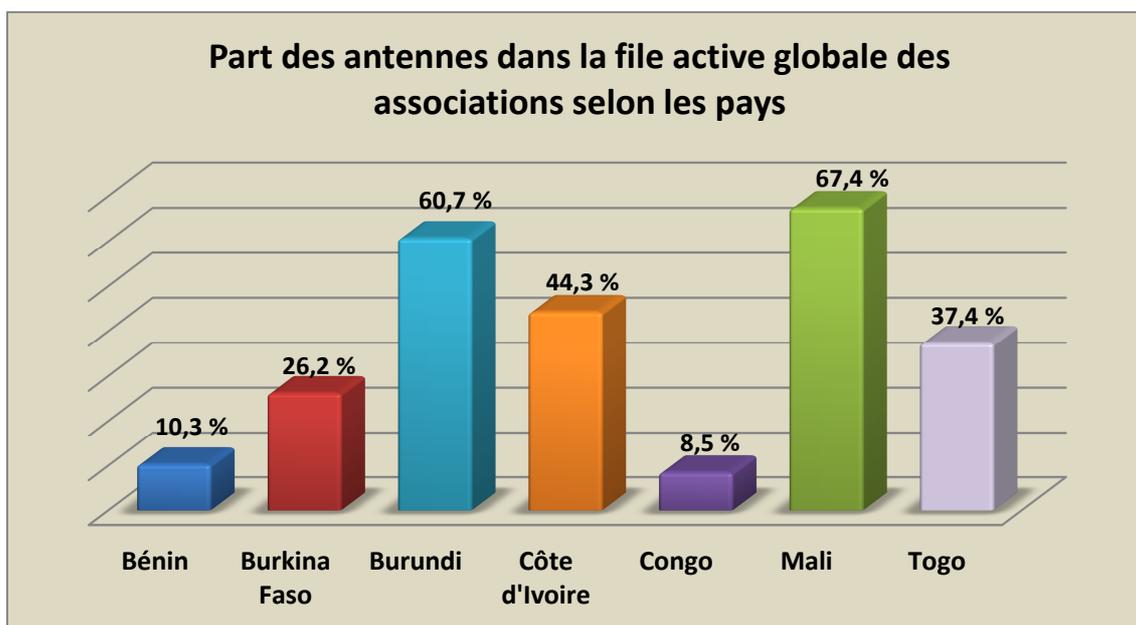
Cependant, il s'avère que le poids des antennes n'est pas le même pour toutes les structures. Autrement dit, la file active des antennes représente une part importante de la file active globale de certaines associations (plus des $\frac{2}{3}$ des files actives de la SWAA au Burundi et d'ARCAD-Sida au Mali), alors que leurs effectifs restent très minoritaires pour d'autres (l'antenne de l'Association Serment Universel à Dolisie au Congo ne représente que 8,5 % des effectifs suivis par l'ASU) :

| Structure | File active du centre principal | File active des antennes | File active globale (siège + antenne) |
|----------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| ASU | 408 | 38 | 446 |
| RACINES | 1 078 | 124 | 1 202 |
| AAS | 2 820 | 521 | 3 341 |
| ALAVI | 2 999 | 590 | 3 589 |
| Centre SAS | 3 820 | 878 | 4 698 |
| EVT | 2 670 | 1 566 | 4 236 |
| AMC | 983 | 616 | 1 599 |
| REVS+ | 1 820 | 1 606 | 3 426 |
| ANSS | 3 099 | 3 987 | 7 086 |
| Lumière Action | 973 | 1 527 | 2 500 |
| RSB | 1 489 | 2 586 | 4 075 |
| SWAA Burundi | 1 642 | 3 348 | 4 990 |
| ARCAD-Sida | 7 393 | 15 267 | 22 660 |
| Total | 31 194 | 32 654 | 63 848 |



De la même manière, on constate que la part des sites décentralisés dans les files actives globales des associations varie fortement d'un pays à l'autre, indépendamment du nombre de sites répertoriés. Ainsi, les associations AAS, ALAVI et REVS+ comptent à elles seules quatorze (14) antennes au Burkina, mais ces dernières ne représentent en moyenne que 26,2 % de leurs files actives. En revanche, l'AMC et EVT ne gèrent que 4 antennes au Togo, mais ces sites représentent près de la moitié de leurs files actives :

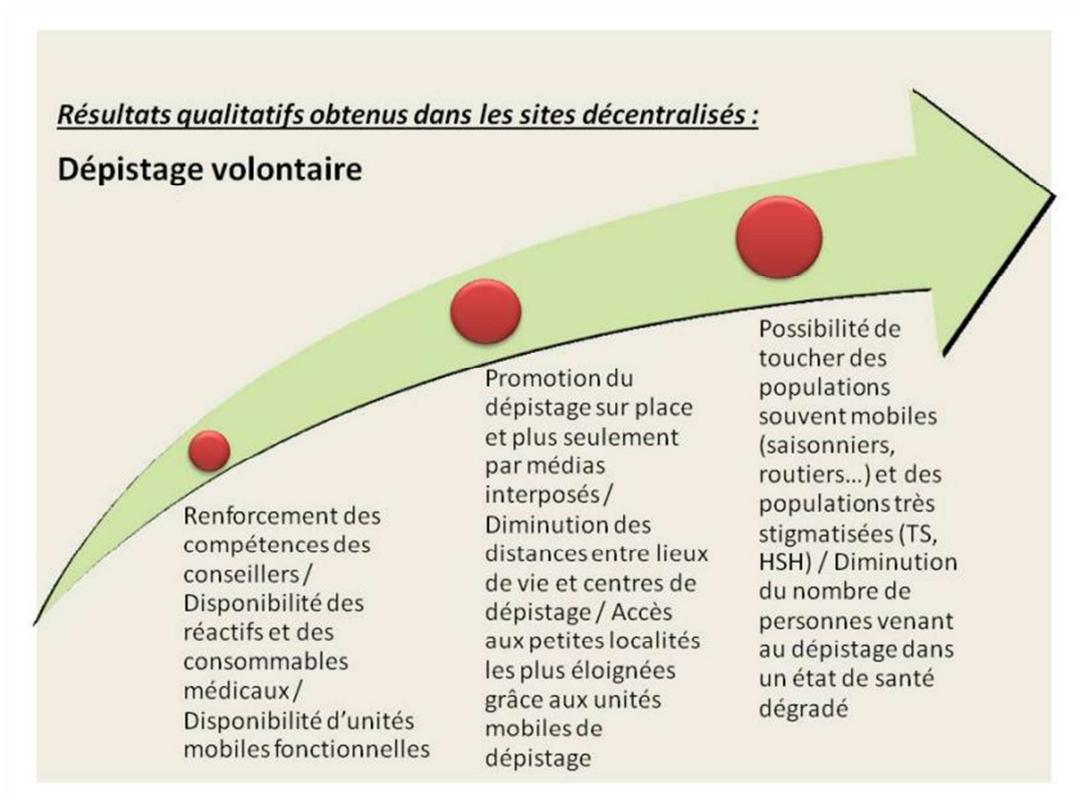
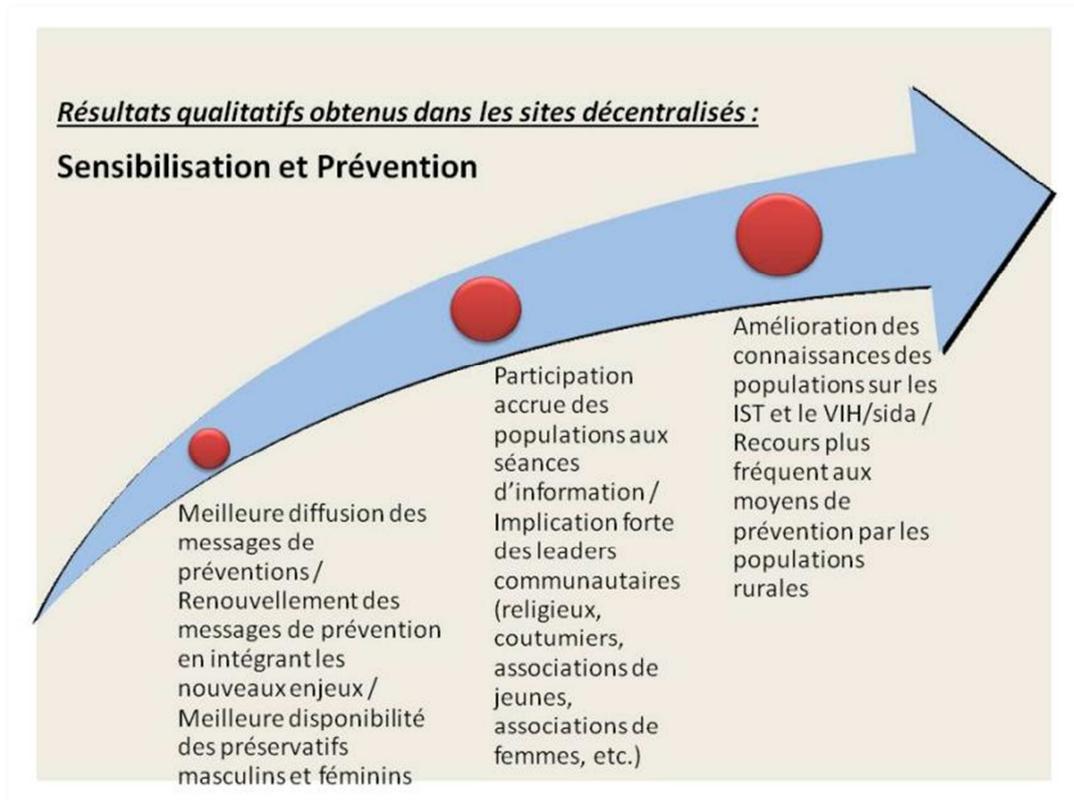
| Pays | File active du centre principal (siège) | File active des antennes | File active globale (siège + antenne) | Part des antennes dans la file active globale |
|------------------------|---|--------------------------|---------------------------------------|---|
| Congo | 408 | 38 | 446 | 8,5 % |
| Bénin | 1 078 | 124 | 1 202 | 10,3 % |
| Burkina Faso | 7 639 | 2 717 | 10 356 | 26,2 % |
| Togo | 3 653 | 2 182 | 5 835 | 37,4 % |
| Côte d'Ivoire | 6 282 | 4 991 | 11 273 | 44,3 % |
| Burundi | 4 741 | 7 335 | 12 076 | 60,7 % |
| Mali | 7 393 | 15 267 | 22 660 | 67,4 % |
| Total / Moyenne | 31 194 | 32 654 | 63 848 | 51,1 % |



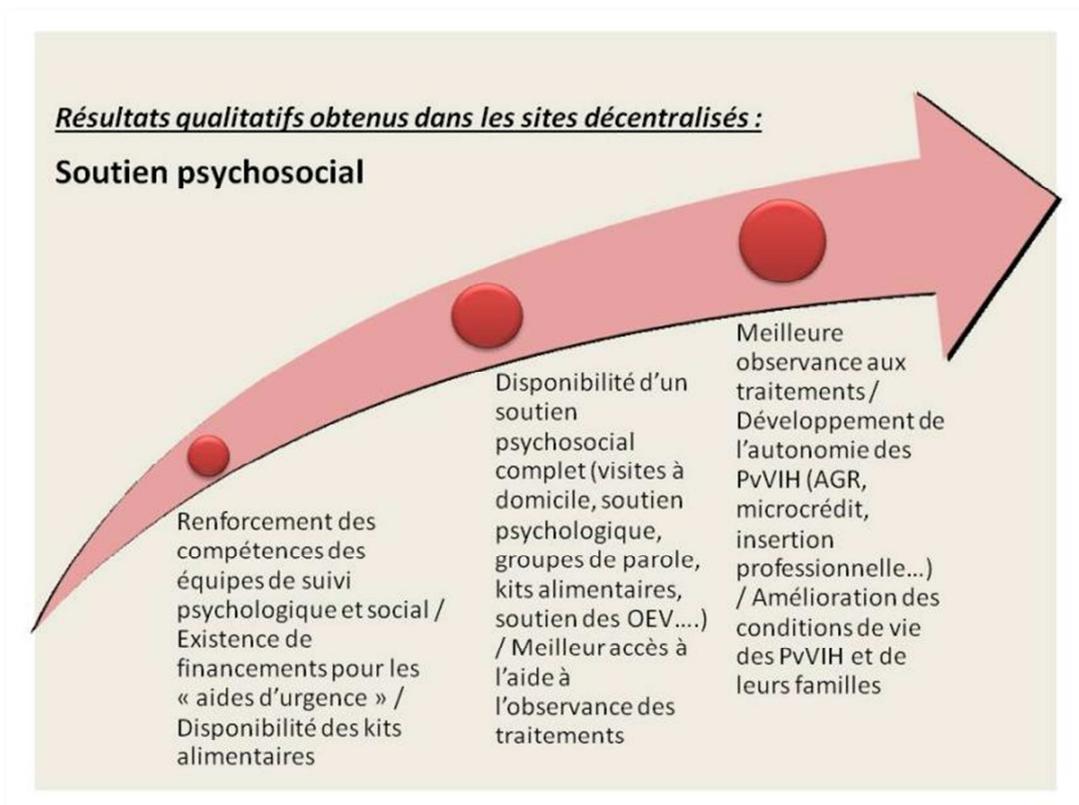
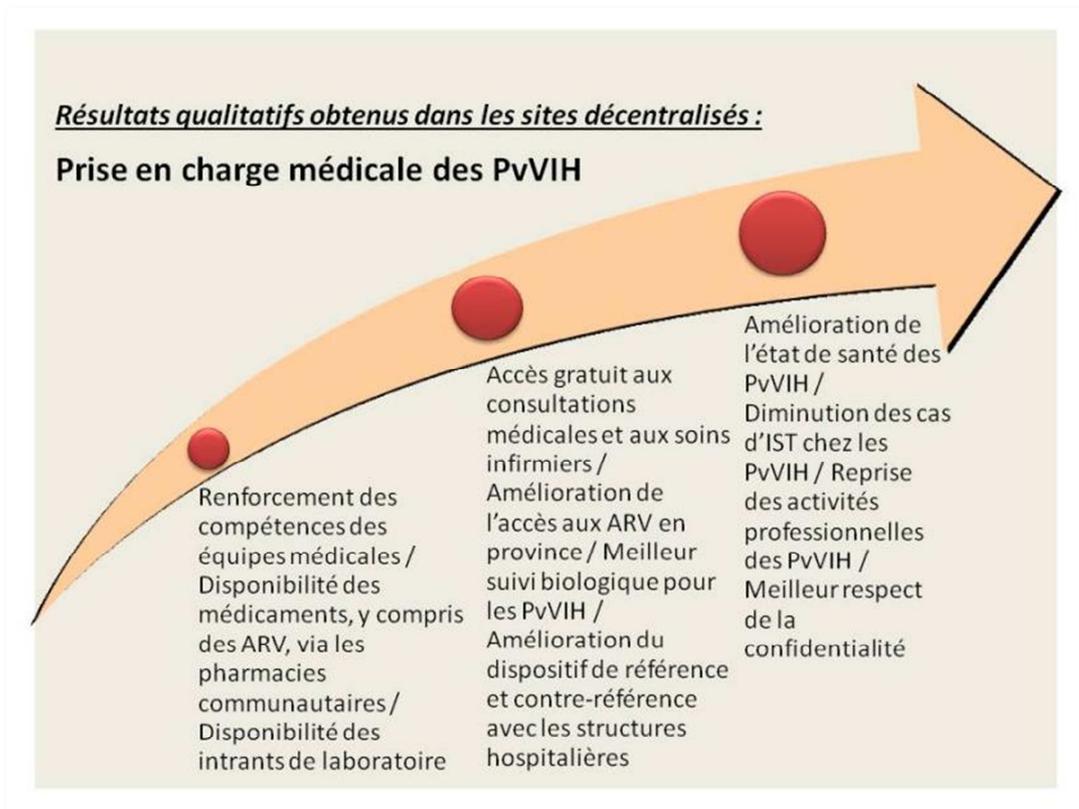
6.4. Des services plus accessibles et de meilleure qualité

Au-delà des statistiques, il est essentiel de souligner que la décentralisation des services des associations a abouti à une forte amélioration de l'accès aux soins des populations vivant en zones rurales, et surtout à une forte amélioration de la qualité des services disponibles. Sur le plan qualitatif en effet, les résultats obtenus par les associations sont tout aussi éloquentes que l'augmentation des files actives.

La création de sites décentralisés a suscité de nombreuses améliorations que nous résumons ici en termes d'information des populations sur les IST et le VIH/sida, d'utilisation des moyens de prévention et de recours au dépistage volontaire :



Le processus de décentralisation des services développé par les associations a également permis des améliorations notables dans le domaine de l'accès aux services de prise en charge médicale et dans le domaine du soutien psychosocial proposé aux personnes vivant avec le VIH :



7. Collaborations avec le secteur public et les acteurs locaux

7.1. Collaborations avec les partenaires publics

Le développement des antennes provinciales a conduit les associations à renforcer leurs liens de collaboration avec les partenaires publics nationaux et locaux, mais aussi à nouer de nouveaux partenariats avec les structures publiques. D'une manière générale, ces diverses collaborations apparaissent indispensables dans certains domaines, dont les plus importants sont :

Domaine de collaboration

La mise à disposition de locaux pour les sites décentralisés. Dans la mesure où les associations ne sont pas toujours en capacité de mobiliser les ressources financières nécessaires à l'ouverture de nouveaux centres en province, elles optent très souvent pour une stratégie de rapprochement avec les structures sanitaires. Celles-ci mettent ainsi à leur disposition une partie de leurs locaux, le plus souvent des salles d'entretien permettant d'accueillir les patients désirant connaître leur statut sérologique ou souhaitant bénéficier d'un soutien psychologique après l'annonce de leur séropositivité.

L'approvisionnement en intrants des sites décentralisés dans le cadre du dépistage et de la prise en charge médicale. Qu'il s'agisse des réactifs et des consommables de dépistage, des médicaments génériques et de spécialité (y compris les antirétroviraux), ou des réactifs et des consommables de laboratoire pour le suivi biologique des PVIH, il est presque toujours assuré via les autorités sanitaires. L'expression des besoins est recueillie au niveau régional pour être évaluée et prise en compte au niveau national, selon un circuit d'approvisionnement plus ou moins complexe. Seuls quelques stocks de sécurité sont parfois constitués hors de ce circuit, l'achat étant dans ce cas réalisé localement par les associations auprès de fournisseurs privés.

L'affectation de personnels médicaux et paramédicaux. Le statut de centres médicaux accrédités par les autorités sanitaires doit également permettre l'affectation de personnels aux associations. Dans la pratique, il semble que peu d'associations bénéficient à ce jour de ce type de partenariat. Néanmoins, ARCAD-Sida au Mali, le Centre

Ce qu'en disent les associations

- ✓ **Racines (Bénin) :** « Pour le dépistage, nous utilisons des cadres de santé publique, en collaboration avec le personnel de santé. Cela résout le problème de la confidentialité car les locaux permettent la discrétion ».
- ✓ **Lumière Action (Côte d'Ivoire) :** « Une salle est attribuée à chaque section par les structures sanitaires. Les conseillers y sont présents pour réaliser le dépistage ».
- ✓ **Centre SAS (Côte d'Ivoire) :** « Les locaux consistent en des salles d'entretien mises à disposition par les centres de santé aux ASC afin de réaliser leurs activités ».

- ✓ **ALAVI (Burkina Faso) :** « Nous utilisons des tests rapides, fournis par le PAMAC. Pour le CDV, l'approvisionnement en réactifs passant par un circuit centralisé PAMAC-CMLS, sous forme de grosses commandes au niveau national ».
- ✓ **Lumière Action (Côte d'Ivoire) :** « L'approvisionnement en réactifs se fait par l'un des deux districts d'Abobo-Est. Cela ne pose plus de problème depuis la fin du conflit ».
- ✓ **Racines (Bénin) :** « L'approvisionnement de l'antenne en réactifs et en préservatifs se fait directement par le CIPEC d'Abomey ».

- ✓ **RSB (Côte d'Ivoire) :** « Notre antenne de Sinfra propose des consultations médicales gratuites grâce aux vacances du médecin-chef du centre médico-scolaire »
- ✓ **Centre SAS (Côte d'Ivoire) :** « Au moins deux agents de santé

SAS en Côte d'Ivoire ou encore l'ANSS au Burundi, ont pu renforcer les effectifs de leurs équipes médicales grâce à l'affectation de médecins, d'infirmiers ou d'aides-soignants par leurs ministères de tutelle.

La référence des personnes vivant avec le VIH. Parce qu'elles ne sont pas toujours médicalisées, ou parce qu'elles ne sont en mesure de proposer que des soins de santé primaire, les associations sont amenées à mettre en place des dispositifs de référence et de contre-référence des PvVIH avec les structures sanitaires locales (hôpitaux régionaux, centres de santé, dispensaires). Elles sont par conséquent confrontées à la nécessité de se rapprocher de ces structures et d'imaginer avec elles des modalités de suivi adaptées aux besoins des patients. Cela débouche notamment sur une forme de répartition des tâches entre équipes associatives et équipes hospitalières, dans une logique de complémentarité.

Le suivi et l'évaluation des projets, et l'intégration des données au niveau régional/national. Constitué à partir de leurs propres outils de suivi-évaluation ou à partir des outils proposés/imposés par les partenaires, les rapports d'activités des associations sont systématiquement transmis périodiquement aux partenaires publiques. Schématiquement, les rapports qui concernent les activités du volet médical sont acheminés auprès des autorités sanitaires (directement aux ministères de la santé ou via les districts sanitaires), tandis que les informations portant sur les activités de soutien psychosocial sont plutôt destinées aux comités nationaux de lutte contre le sida (directement auprès des CNLS, via les services publics régionaux ou par le biais de structures intermédiaires du type PAMAC ou PASCI).

L'accès aux financements publics. Dès lors que leurs centres de prise en charge, y compris leurs sites décentralisés en province, sont accrédités par les autorités sanitaires locales, les associations doivent pouvoir prétendre à des financements publics. Dans la pratique, toutes les associations ne sont pas parvenues à ce niveau de reconnaissance de leurs activités médicales, mais nombreuses sont celles qui ont su tisser des liens de collaboration suffisamment forts avec les partenaires publics pour bénéficier de certains financements.

communautaire (ASC) sont affectés sur chaque site ; les ASC sont considérés comme des personnels des centres de santé »

- ✓ **Lumière Action (Côte d'Ivoire) :** « Dans certains sites, comme l'hôpital militaire de Kpouébo c'est le conseiller qui fait tout, sauf les consultations médicales. Même les annonces de résultats de dépistage. C'est seulement quand l'état de santé se dégrade que le patient est renvoyé vers le médecin ».
- ✓ **Centre SAS (Côte d'Ivoire) :** « La prise en charge médicale des enfants est réalisée au centre CSAS de Korhogo, mais les adultes sont référés au CHR avec des conseillers permanents sur le site du CHR. Ce sont des liens de collaboration satisfaisants ».

- ✓ **ALAVI (Burkina Faso) :** « Les rapports trimestriels sont transmis au PAMAC, puis au CMLS pour l'évaluation des besoins et la centralisation des données ».
- ✓ **RSB (Côte d'Ivoire) :** « Certains outils sont bien faits, comme ceux du PNOEV, même s'ils sont parfois fastidieux à remplir ».
- ✓ **Racines (Bénin) :** « Les rapports spécifiques au CDV sont transmis au CIPEC (Centre d'Information et de Prise En Charge). Les rapports de prise en charge globale sont transmis simultanément à ADIS Cotonou et au CIPEC ».
- ✓ **Centre SAS (Côte d'Ivoire) :** « Le CSAS souhaiterait que le travail de coordination et de supervision soit réalisé conjointement avec les districts ».

- ✓ **Burkina Faso :** financements du CNLS via le PAMAC, et du Ministère de la Santé via le PADS
- ✓ **Côte d'Ivoire :** financements du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, via le PNPEC et le PNOEV
- ✓ **Bénin :** financement du PNL (projet Fonds Mondial)
- ✓ **Burundi :** financements CNLS (projet Fonds Mondial)
- ✓ **Mali :** financements du PNL (projet Fonds Mondial)

Le suivi social des PvVIH et de leurs familles nécessite souvent d'autres types de partenariats avec les pouvoirs publics (préfectures, mairies, services d'action sociale, établissements scolaires, etc.) Cela est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de l'accompagnement des orphelins et enfants vulnérables, des populations les plus stigmatisées (TS, HSH, détenus) ou encore des populations déplacées ou réfugiées.

- ✓ **AAS (Burkina Faso)** : « Avec l'antenne de Zorgho, nous avons développé des partenariats actifs avec le CMA et le District, mais aussi avec le Haut-commissariat et la mairie pour avoir l'appui politique et faciliter certaines démarches administratives »
- ✓ **RSB (Côte d'Ivoire)** : « L'antenne de Sinfra possède un atout très fort, celui du soutien et de l'implication de la mairie »

Le renforcement des compétences des personnels. Dans ce domaine, la collaboration existe de manière réciproque : ainsi, les personnels associatifs bénéficient périodiquement de sessions de formations organisées par les partenaires publics, mais il arrive également que ces derniers sollicitent l'expertise des associations pour former le personnel des structures publiques de prise en charge, notamment le personnel hospitalier.

- ✓ **Centre SAS (Côte d'Ivoire)** : « Le centre SAS est entré en contact avec les hôpitaux généraux pour que le suivi médical et biologique puisse être disponible sur place. Nous avons formé des médecins, des infirmiers, des sages-femmes et des techniciens de laboratoire pour que les RH nécessaires à la PEC soient disponibles et soient capables de développer les services ».

De l'avis des associations, la qualité de ces liens de collaboration est fortement appréciée par les partenaires publics. L'ONG Racines au Bénin explique ainsi que « Racines est devenu un centre de référence dans cette zone, y compris aux yeux de l'hôpital de zone qui apprécie la qualité d'accueil proposé aux patients, de même que les conditions de travail et d'accueil (propreté, équipements) ». Dans certains pays, ce sont les partenaires publics eux-mêmes qui reconnaissent officiellement l'importance de ces partenariats publics-privés. Cela s'est par exemple manifesté récemment au Burkina Faso, où deux antennes de l'association REVS+ ont été récemment mises à l'honneur par le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) pour la qualité de leur travail et de leur collaboration avec les structures locales¹².

7.2. Collaborations avec les ONG, associations et réseaux locaux

Il apparaît tout d'abord que la nature et l'importance des liens de collaborations interassociatifs sont liées au contexte local au moment de la création des antennes. Il convient en effet de distinguer trois (3) situations de départ :

- a. Celle où les associations ont décidé de s'implanter dans une région dépourvue jusqu'alors de toute intervention communautaire dans le domaine de la lutte contre le sida. Autrement dit, il n'existait alors aucune offre de services en termes de sensibilisation, de prévention, de dépistage ou de prise en charge dans les localités visées, et les associations ont fait figure de pionnières dans ce domaine. Dès lors, ce sont leur présence et les premiers résultats obtenus

¹² Les antennes de REVS+ à Diébougou et à DANO ont été décorées « Chevalier de l'Ordre du Mérite burkinabè » le 6 décembre 2012 par le président du Burkina Faso, lors de la célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le sida de 2012, célébrée sur le plan national à Dano dans la région du sud-ouest du Burkina

qui ont par la suite incité d'autres structures associatives à s'implanter dans ces localités. L'arrivée de ces nouvelles structures a donc plutôt renforcé la légitimité de leur présence, ainsi qu'une certaine forme de leadership et de reconnaissance de leur expertise sur le terrain, et a favorisé une synergie entre les différents intervenants communautaires. L'antenne de Lumière Action à Aboisso, en Côte d'Ivoire, s'inscrit par exemple dans ce type de dynamique partenariale : « A Aboisso, les associations ont commencé à fleurir là-bas depuis 2010 : une vingtaine d'associations sont désormais présentes dans le département, en profitant des efforts réalisés par LA depuis 2005 ».

- b. Dans d'autres cas, les sites décentralisés des associations se sont inscrits dans un tissu associatif préexistant. Il a alors fallu que les associations prennent en compte les interventions déjà en cours, s'enquière des services déjà proposés aux populations, afin de proposer à leur tour des services complémentaires. L'ouverture de plusieurs sites décentralisés du Centre SAS a notamment été réfléchi dans cette logique de complémentarité : « Il fallait dans un premier temps évaluer le dispositif existant pour voir quels étaient les services proposés. Nous avons donc réalisé des missions de prospection consistant à visiter les sites et à rencontrer les acteurs locaux, les leaders communautaires et les ONG locales, pour que celles-ci tiennent des permanences dans les structures sanitaires et jouent un rôle de « service social » dans ces structures (sensibilisation, dépistage, conseil d'adhérence aux traitements, éducation thérapeutique, groupes de parole) ». Le même processus a été suivi par l'association Racines au Bénin, qui a « procédé à l'identification des localités avec les leaders et les autorités locales » avant d'établir une antenne à Savalou.
- c. Enfin, la création des antennes a parfois été une réponse aux sollicitations d'associations déjà présentes sur place mais n'ayant aucune expertise dans le domaine de la lutte contre le sida. Lumière Action justifie ainsi l'ouverture de sa section à Bonoua : « la demande était très forte et certaines communautés ou associations sollicitaient très souvent l'association, d'où l'idée de proposer du dépistage mobile ». Dans ce type de situation, les relations partenariales sont fortes dans un premier temps (entre une association qui se déplace à la demande d'une association présente sur place), mais se relâchent parfois très vite une fois que la demande initiale d'appui technique est satisfaite, pour laisser ensuite s'instaurer une forme de coexistence sans réelle complémentarité.

On constate par ailleurs que, contrairement aux collaborations mises en place avec les partenaires publics, matérialisées par des échanges de courriers officiels, de conventions et autres accords de partenariats, les partenariats avec les ONG et les associations locales sont globalement moins formalisés et ne s'inscrivent pas toujours dans la durée. Les liens de collaborations interassociatifs existent bel et bien sur le terrain (séances de sensibilisation animées en commun, campagnes conjointes de dépistage en province, références et contre-références des PvVIH entre structures offrant des services complémentaires, etc.), mais ils demeurent souvent informels, ponctuels et également très dépendant des projets et des opportunités de financement. Dans ces conditions, la légitimité des uns est parfois remise en cause par les autres, et certaines tensions peuvent apparaître sur le terrain, surtout lorsque les possibilités de financements se réduisent.

S'agissant des relations entre associations et réseaux associatifs, elles apparaissent pour le moins ambivalentes. Elles sont tantôt présentées sous leurs aspects les plus positifs par les associations,

tantôt sous leurs aspects les plus négatifs (les réseaux étant parfois accusés de mobiliser des financements pour leur propre compte au détriment des associations qui en sont membres, où de se présenter abusivement en porte-parole de structures communautaires qui ne se sentent pas représentées). Quoiqu'il en soit, et quelles que soient les reproches formulés à l'encontre des réseaux associatifs, il apparaît que la plupart des antennes associatives adhèrent à ce type d'organisations locales ou nationales¹³ et qu'elles bénéficient de leur appui technique et/ou financier. Les raisons de cette adhésion sont multiples, mais les associations mettent généralement en avant des notions telles que la mutualisation des ressources (c'est notamment le cas lorsqu'elles évoquent l'organisation conjointe de campagnes de dépistage), l'accès à la formation des équipes (les réseaux organisant régulièrement des sessions de formation auxquelles sont conviés les personnels associatifs), la mobilisation des financements ou encore le plaidoyer collectif.

7.3. Collaborations Nord-Sud

Compte tenu de la diversification des services développés au cours de ces dernières années, et de l'accroissement de leurs files actives, les associations de lutte contre le sida en Afrique occidentale et centrale ont été confrontées à la nécessité de mobiliser de très nombreux partenaires internationaux. De multiples collaborations ont ainsi été mises en place, sous des formes diverses et selon des procédures variant d'un partenaire à l'autre, voire d'un contexte à l'autre, permettant de soutenir des programmes que les seuls partenaires publics nationaux ne pouvaient financer. Pour autant, le niveau de diversification des sources de financement et/ou d'appui technique n'est pas le même d'une structure à l'autre.

A ce jour et sur le plan strictement financier, quelques constats peuvent être faits sur les partenariats Nord-Sud établis par les associations partenaires de Sidaction :

- Le nombre moyen de bailleurs mobilisés est de 6 partenaires par structure, mais ce chiffre varie de deux (2) à douze (12) partenaires ;
- En moyenne, les associations gèrent simultanément douze projets au cours de l'année, ce nombre variant de deux (2) à vingt-sept (27) ;
- Concernant l'origine des fonds mobilisés par les associations partenaires, on observe que les fonds propres ne représentent que 3% de leurs budgets, tandis que les financements internationaux (agences des Nations-Unies, Fonds Mondial, ONG européennes ou américaines, fondations privées) représentent près de 90% de leurs ressources.

D'une manière générale, ce nombre élevé de projets financés et de partenaires mobilisés révèle une bonne capacité de captation des financements de la part des associations et illustre bien leurs efforts de réseautage au niveau international : « La clinique Confiance est devenue une vitrine pour le PEPFAR et le CDC, ce qui est une force pour Espace Confiance, notamment parce que cela représente un levier et un atout important de l'association dans le cadre de négociations avec ses partenaires américains ». Néanmoins, s'il existe de nombreuses sources potentielles de financements pour le fonctionnement global des associations et la mise en œuvre de leurs interventions en zones urbaines, il semble nettement plus difficile d'orienter ces mêmes partenariats sur des actions

¹³ Réseaux de personnes vivant avec le VIH, réseaux d'associations de prise en charge, réseaux d'associations de jeunesse, plateformes d'associations locales, groupements féminins, etc.

menées au bénéfice des populations suivies sur les sites décentralisés. Exception faite des associations positionnées comme récipiendaires secondaires du Fonds Mondial (le Centre SAS en Côte d'Ivoire et ARCAD-Sida au Mali), la plupart des associations peinent en effet à financer leurs activités en province, et de ce point de vue la pérennité de nombreuses antennes semble encore fragile, voire parfois très faible.

Ainsi, les sections de Lumière Action en Côte d'Ivoire bénéficiaient depuis quelques années du soutien du Projet CORRIDOR, mais la suspension de ce projet depuis 2012 suite au retrait de la Banque Mondiale, met actuellement en péril une partie des activités de l'association sur les sites de Bonoua, Ayamé et Aboisso. De la même manière, Espace Confiance éprouve des difficultés à assurer les frais de fonctionnement des sites décentralisés et à y maintenir sur place ses équipes en raison des charges financières que cela représente. Faute de partenariats pérennes, l'association est d'ores et déjà contrainte de financer sur fonds propres les activités du site d'Adiaké, elle sera contrainte de fermer le site de Dabou dans les mois à venir, et le site d'Anyama est lui aussi menacé de fermeture si de nouveaux partenaires ne viennent pas prendre le relais du PUMLS¹⁴. Au Burkina Faso, ALAVI souhaiterait proposer des soins mobiles, en particulier auprès des populations les plus vulnérables et en se basant sur l'expérience des unités de dépistage mobile, mais il lui faudrait pour cela prévoir les coûts de l'acquisition d'un véhicule, d'achat de carburant, d'entretien du véhicule et de vacation des équipes, ce que ses partenaires actuels ne sont pas prêts à financer. Quant à Racines au Bénin, elle envisage de « s'implanter dans d'autres localités [notamment dans une commune à 30 km de l'antenne de Savalou, dont certains habitants sont pris en charge par l'ADIS de Savalou], mais les partenaires se sont montrés réticents, car cela n'entre pas dans la zone d'intervention de Racines et les distances ont été jugées trop importantes en termes de coûts financiers ».

L'appui fourni par Sidaction aux sites décentralisés des associations partenaires se traduit de manière différente selon les structures. Pour certaines associations, telles que Lumière Action et le Centre SAS en Côte d'Ivoire, Racines au Bénin ou encore Espoir-Vie-Togo, il s'agit d'un financement apporté directement et de façon spécifique aux antennes, et représentant parfois la seule source de financement (« Sidaction et la Fondation Mascaret sont actuellement les seuls partenaires financiers des sections provinciales de Lumière Action, ce sont ces partenaires qui nous permettent de travailler et de garder le courage »; « c'est un soutien indispensable pour l'antenne de Racines à Savalou, car sans lui, on abandonnerait beaucoup de familles et de malades »). Cet appui est très apprécié lorsqu'il s'agit de soutenir le dépistage en province, car « le CDV est le moyen de sensibilisation le plus efficace et la porte d'entrée pour les changements de comportements, surtout le dépistage mobile qui permet d'aller vers les communautés et notamment vers les personnes qui travaillent et n'ont pas le temps de fréquenter les centres de CDV fixe ». Il est également jugé très positivement sur le plan du renforcement des compétences et du financement des activités médicales.

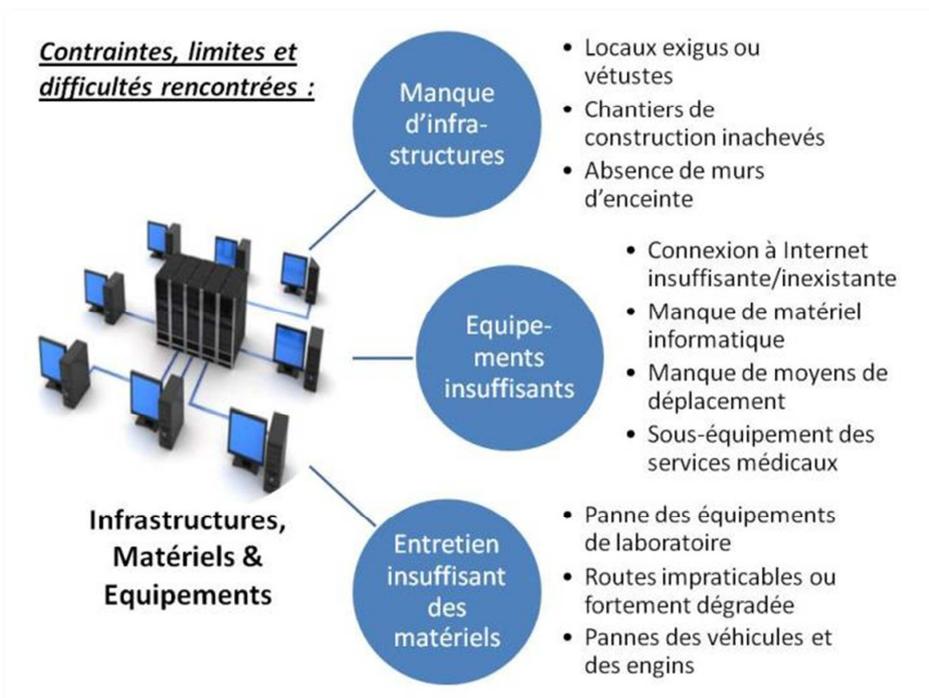
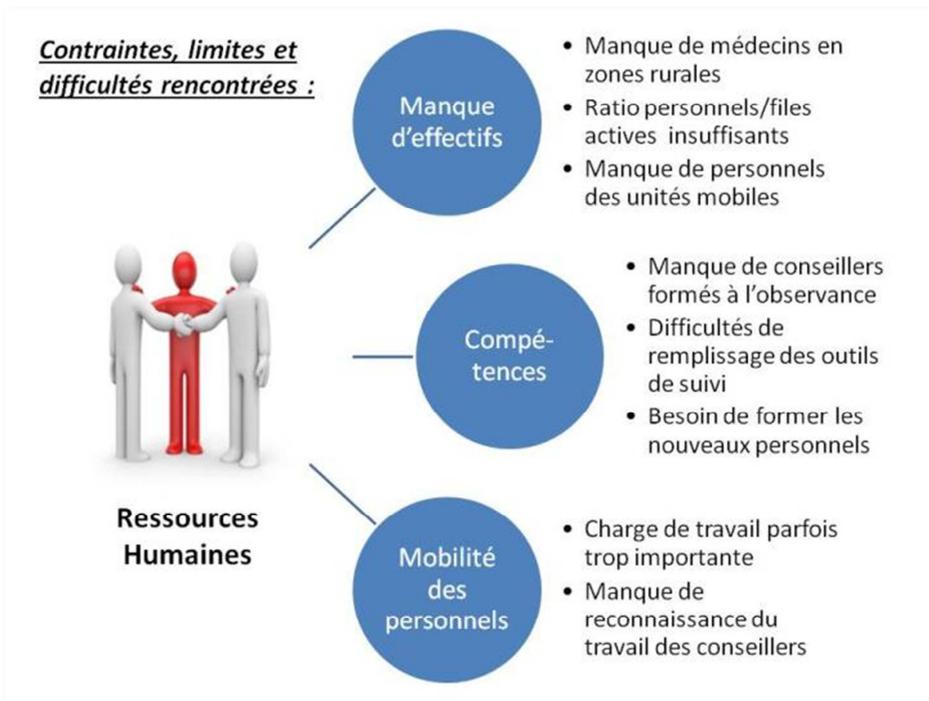
Pour d'autres associations, il ne s'agit pas d'un appui technique ou financier direct aux antennes, mais le soutien de Sidaction permet de « stabiliser le centre OASIS à Ouaga et donc de permettre d'envisager la mise en place des antennes », « d'améliorer la gestion des antennes par l'installation du logiciel TOMPRO ». Surtout, même lorsque Sidaction ne contribue pas au financement des antennes, le fait que Sidaction finance la prise en charge au niveau des sièges basés dans les capitales, et en particulier le suivi médical et biologique, représente une incitation forte à se faire dépister : « c'est un stimulant pour les activités de dépistage, car cela permet de dire aux populations qu'en cas de séropositivité, elles pourront bénéficier d'un suivi de qualité ».

Enfin, les associations évoquent le rôle de Sidaction dans la valorisation de leurs actions et de l'expertise communautaire, en regrettant par ailleurs « que la valorisation et la défense des actions de l'association soit faite par un partenaire extérieur, alors que le dénigrement soit parfois de mise au niveau national ».

¹⁴ Le PUMLS, financé par la Banque Mondiale, s'est achevé en septembre 2012 et n'a pas encore été renouvelé.

8. Contraintes, limites et besoins

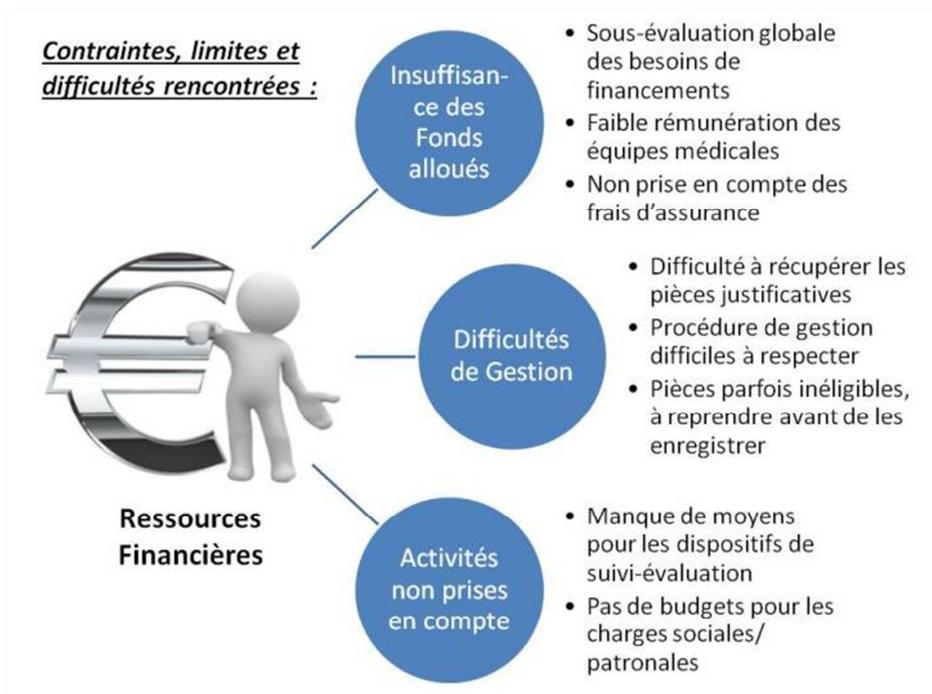
Malgré le succès indéniable de la décentralisation des services et les résultats obtenus aussi bien sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif, les associations demeurent confrontées à certaines contraintes pouvant parfois limiter l'impact de leurs interventions. Nous présentons ci-dessous, de manière schématique, les principales contraintes en termes de gestion des ressources humaines et d'infrastructures, matériels et équipements :



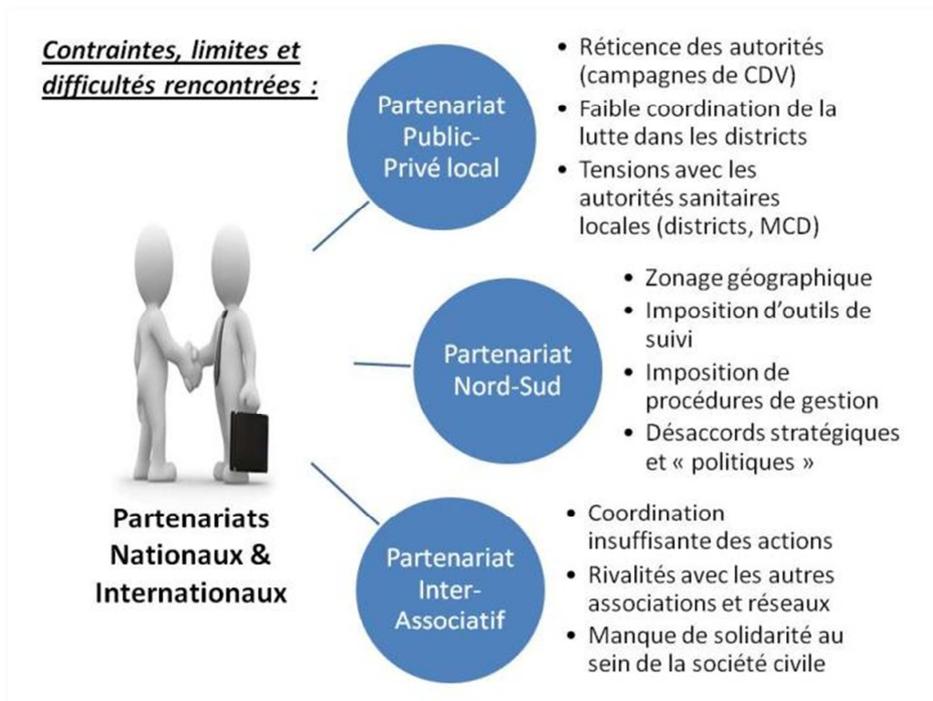
Les associations doivent également faire face à un certain nombre de difficultés dans le domaine de l'approvisionnement en intrants pour les sites décentralisés, qu'il s'agisse des médicaments (génériques, de spécialité ou antirétroviraux) ou des réactifs et consommables de laboratoires :



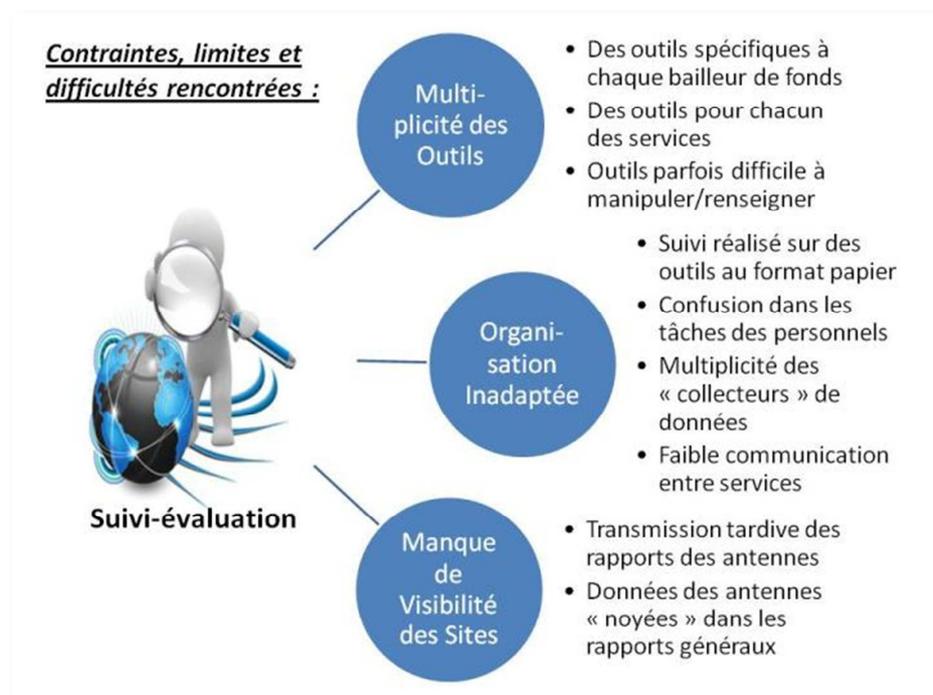
La mobilisation des ressources financières, et parfois la gestion des fonds alloués aux projets, représentent une difficulté supplémentaire pour certaines antennes :



La décentralisation des services en province impose l'établissement de nouveaux partenariats, tant avec les structures publiques, en particulier sanitaires, qu'avec les autres associations locales. Elle doit également prendre en compte les exigences des bailleurs de fonds internationaux qui les financent :

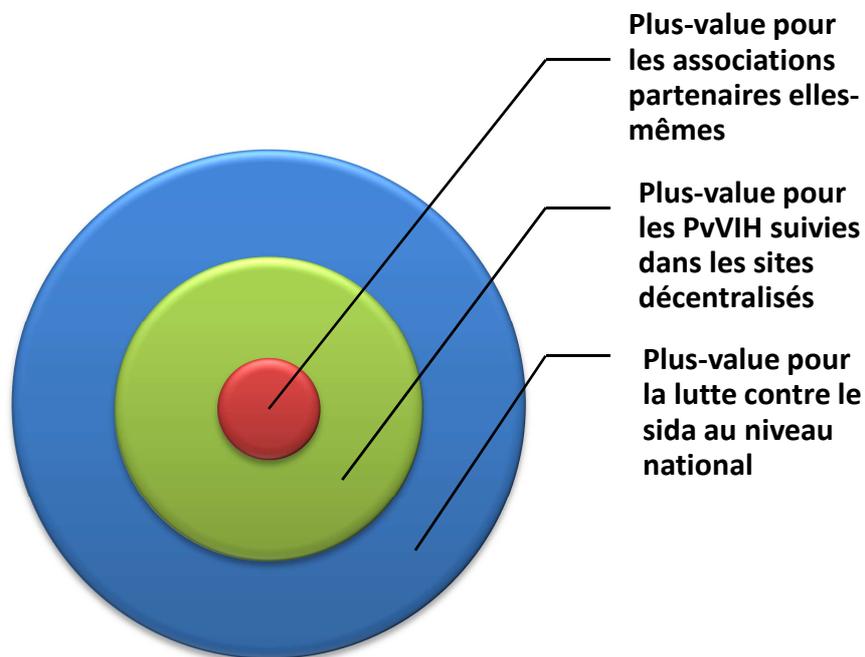


L'un des points faibles des associations dans la gestion de leurs antennes réside dans le suivi-évaluation de leurs activités, encore insuffisamment documentées et donc peu mises en valeur :



9. Plus-value du développement des antennes provinciales

La plus-value de la décentralisation des services peut se décliner sous trois angles :



L'ouverture et l'animation de sites décentralisés en province ont tout d'abord une plus-value pour les associations elles-mêmes :

"Désengorgement" des files actives de PvVIH au niveau des sièges associatifs

Etablissement de nouveaux partenariats / Efficience accrue des projets de dépistage grâce aux unités mobiles

Plus grande visibilité au niveau local et au niveau national

Implication plus grande dans les instances décisionnelles et capacité de plaidoyer plus importante

Possibilité de se positionner comme "semi-bailleurs" dans le cadre de programmes nationaux (type Fonds Mondial)

Ce que les associations en disent :

- « Ces stratégies sont moins coûteuses que la stratégie fixe »
- « La bonne connaissance du terrain via les agents de santé communautaires et les conseillers, permet de mieux cibler les interventions et de répondre aux vrais besoins des communautés »
- « Le projet financé par Sidaction a été un laboratoire pour la décentralisation des services de l'association en province car il a permis d'initier les activités ; les autres projets sont venus ensuite consolider et développer cette expérience dans la continuité »

La plus-value se traduit également par de profondes améliorations du point de vue des personnes vivant avec le VIH bénéficiant des services décentralisés des associations, surtout lorsque ces services complètent ceux des structures sanitaires publiques :

Limitation des déplacements (dépistage, suivi médical et biologique, suivi social)

Accès local à une prise en charge globale à moindre coût (médicale, psychologique, sociale, économique...)

Amélioration générale de l'état de santé physique et psychique, et amélioration de la qualité de vie

Existence d'espace d'échanges et de libre expression pour les PvVIH et les populations les plus stigmatisées

Diminution des comportements stigmatisants et discriminatoire envers les PvVIH

Ce que les associations en disent :

- « Notre intervention fait que les gens suspectés d'être VIH+ bénéficient d'une information individuelle et sont orientés vers le centre ADIS de Savalou »
- « Cela permet aussi de toucher de nombreux foyers polygames et les foyers où se pratique encore le lévirat, plus nombreux en zones rurales qu'en zones urbaines »
- « Cela permet également de favoriser une prise en charge globale précoce des personnes infectées et de réduire le nombre de personnes venant tardivement dans les centres de PEC. »
- « La qualité de l'accueil et de l'écoute au Centre ADIS est très appréciée des bénéficiaires, car c'est devenu un lieu de soins mais aussi un lieu où ils peuvent se sentir libres de parler de leurs vécus et de leurs difficultés quotidiennes entre eux et avec l'équipe soignante »
- « La disponibilité des personnels et la formation des équipes du CSAS fait que les gens sont toujours réticents à être transférés vers d'autres structures, d'autant plus que les services offerts sont gratuits ou moins chers, et qu'ils sont d'une qualité meilleure que sur les sites publics »
- « Diminution du nombre des personnes perdues de vue : le suivi à domicile est plus facile car les distances entre le site de prise en charge et les domiciles ont été réduites »
- « Amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des bénéficiaires, même lorsqu'ils arrivent tardivement dans les hôpitaux, qui reprennent des activités professionnelles »
- « Aujourd'hui les HSH ont un espace pour échanger et un endroit pour se soigner. Pour eux, aller dans les hôpitaux est difficile, mais ici ils se sentent plus libre et cela renforce la prévention »
- « L'existence de cette antenne a permis de sauver beaucoup de vie, de redonner de l'espoir à plus de 4.000 personnes »
- « Le travail des agents de santé communautaires redonne confiance aux PvVIH : la confidentialité s'est améliorée grâce à leur travail de sensibilisation et à la formation des personnels soignants dans les sites de santé ruraux, ce qui incite au dépistage sur place »

Enfin, la plus-value de la décentralisation des services associatifs en province se concrétise par une contribution indéniable à la lutte contre le sida au niveau national, et de manière plus générale à l'offre de soins pour les populations :

Amélioration du niveau d'information/connaissances des populations sur les IST et le VIH/sida

Renforcement des compétences des personnels des structures sanitaires grâce aux liens de collaboration avec les associations

Augmentation du nombre de personnes infectées par le VIH connaissant leur statut sérologique

Désengorgement des files actives des centres de prise en charge basés dans les zones urbaines

Couverture géographique plus étendue des services de santé /
Amélioration de l'offre de santé en zones rurales

Ce que les associations en disent :

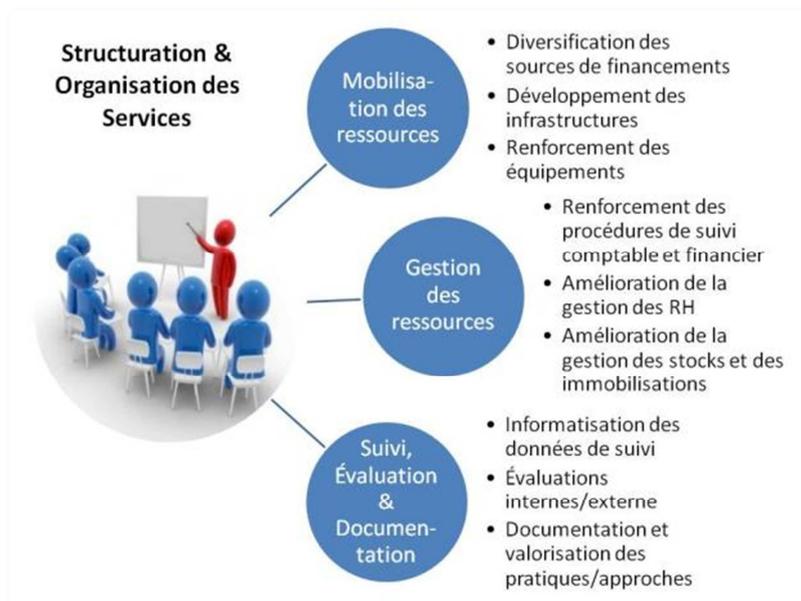
- « Toucher des populations qui sont souvent oubliés par les projets Sida, surtout hors de Savalou et des zones urbaines »
- « Les sections permettent de promouvoir le dépistage sur place : cela permet de toucher de nouvelles populations et de limiter les déplacements des clients au CDV dans les grandes villes »
- « Répondre à davantage de besoins sur place avec les unités mobiles »
- « Alternative à l'existence de centres de dépistage par les campagnes de dépistage mobile »
- « Les statistiques montrent que les stratégies mobile/avancée permettent de toucher des populations qui ne connaissent pas leur statut sérologique et ne fréquentent pas les centres de CDV fixe. »
- « Certaines personnes ne savent pas où aller se faire dépister, ou craignent la stigmatisation en se rendant dans les sites de CDV fixe : les stratégies permettent avancée/mobile de leur proposer le test sur place »
- « En stratégie fixe, on finit par toucher les mêmes personnes qui viennent régulièrement se faire dépister / En mobile ou avancé, on touche des personnes qui n'ont encore jamais eu l'occasion de se faire dépister et ne connaissent donc pas leur statut sérologique »
- « Les rapports de sérosurveillance donnent des taux de prévalence plus faibles en milieu rural, il est donc important de maintenir les efforts de sensibilisation et de dépistage pour que cette tendance ne s'inverse pas et que ces prévalences n'augmentent pas »
- « Réduction des préjugés en direction des PvVIH parmi les populations rurales, ce qui permet de réduire la stigmatisation »

10. Conclusion & perspectives

L'ouverture et le développement des antennes associatives en province ont très largement contribué à l'élargissement de l'accès aux services de santé dans les zones rurales des Etats d'Afrique occidentale et centrale. En effet, non seulement la couverture géographique montre clairement que l'offre de dépistage et de prise en charge de l'infection à VIH s'est étendue dans la plupart des régions sanitaires des pays concernés, mais les services proposés par les associations de lutte contre le sida, loin de se substituer aux services publics, viennent en complément de ceux-ci et en synergie avec les interventions des acteurs de locaux (et de plus en plus souvent en réponse aux sollicitations de ces derniers). Le fait que les autorités sanitaires de certains pays, le Burkina et la Côte d'Ivoire notamment, fassent appel aux compétences des associations de lutte contre le sida pour intervenir auprès des populations déplacées par les conflits politico-militaires, illustre parfaitement la pertinence de cette logique de complémentarité et ce qui peut découler de liens de collaboration entre service public et service privé.

Les résultats obtenus dans les différents domaines d'intervention indiquent ainsi que la plus-value de cette stratégie de décentralisation est désormais une réalité, tant pour les associations et les personnes vivant avec le VIH qu'elles accompagnent, que pour les populations vivant en zones rurales et les systèmes sanitaires nationaux. Progressivement, les services associatifs de dépistage et de prise en charge de l'infection à VIH s'intègrent dans une offre de soins plus globale, allant de la santé maternelle et infantile à la prise en charge des pathologies associées au VIH, en passant par la santé sexuelle et de la reproduction, ou encore par des activités de réduction des risques auprès des populations les plus stigmatisées.

Pour autant, l'organisation et le fonctionnement des sites décentralisés nécessitent d'être améliorés afin d'optimiser la qualité des prestations offertes aux PvVIH et aux populations. En particulier, il s'agit désormais pour les associations de poursuivre leurs efforts de structuration interne dans au moins trois domaines : la mobilisation des ressources, la gestion de ces ressources, et le suivi, l'évaluation et la documentation des pratiques et des approches.

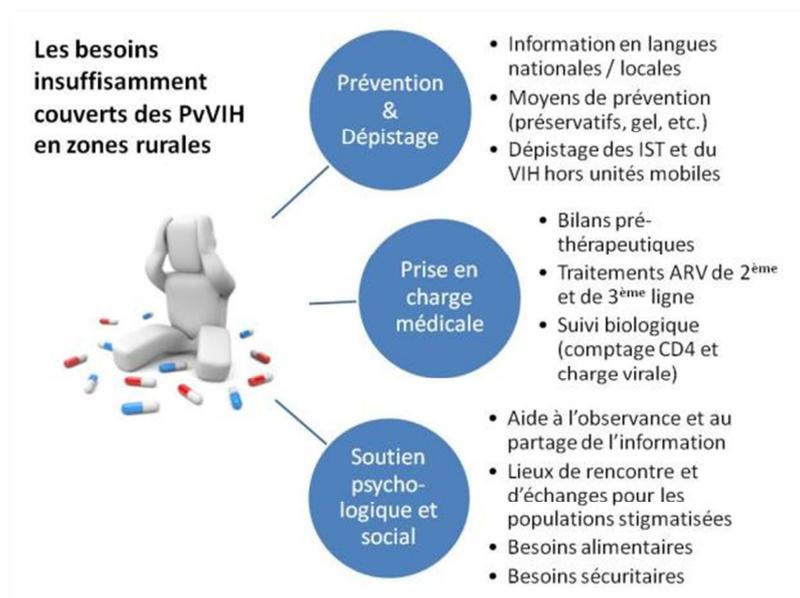


Il convient donc, pour Sidaction mais aussi pour l'ensemble des partenaires techniques et financiers contribuant au développement des interventions communautaires en Afrique occidentale et centrale, d'optimiser leur soutien à la structuration des sites décentralisés. En particulier, il s'agit de :

- Disponibiliser davantage de ressources financières et matérielles auprès des antennes provinciales, afin qu'elles puissent améliorer leur niveau d'équipement et améliorer ainsi leurs capacités d'accueil des personnes vivant avec le VIH en zones rurales ;
- Poursuivre le renforcement des capacités de gestion administrative et financière des associations, entamé auprès des sièges mais assez largement insuffisant auprès des sites décentralisés ;
- Permettre aux antennes provinciales de s'engager à leur tour dans un processus de professionnalisation des équipes soignantes, en encourageant la formation des personnels médicaux et paramédicaux, mais aussi celle des conseillers psychosociaux et autres médiateurs ;
- Reconnaître la plus-value du travail des équipes soignantes des antennes et améliorer leur conditions de travail (y compris financières) afin de limiter la mobilité et le phénomène de turn-over des personnels ;
- Fournir un appui technique aux associations pour qu'elle améliore le suivi, l'évaluation, la documentation et la valorisation des interventions en zones rurales, notamment en mettant en place des systèmes de remontée de l'information plus fiables et plus efficaces entre les antennes et les « associations-mères ».

De la même manière, les progrès accomplis en termes d'accès à l'information sur les IST et le VIH/sida, au dépistage, aux soins, aux traitements, au suivi biologique et au soutien psychosocial, ne signifient pas pour autant que l'ensemble des besoins des personnes infectées par le VIH et leurs familles soient totalement couverts lorsqu'elles résident en zones rurales.

Si l'on s'en tient aux seuls domaines d'intervention liés directement à l'infection à VIH, et sans être exhaustif, les besoins suivants apparaissent encore comme étant insuffisamment couverts par les interventions associatives en province :



Dans ce domaine, il est évident que Sidaction et les partenaires techniques et financiers des organisations de la société civile africaine doivent maintenir, et dans la mesure du possible accroître leur soutien financier au renforcement des plateaux techniques et aux approvisionnements en intrants (matériel de prévention, médicaments, réactifs, etc.) Il est également essentiel de réfléchir, en concertation avec les associations africaines, à de nouvelles possibilités de financements innovants, notamment en développant les partenariats avec le secteur privé et en améliorant les dispositifs de recouvrement des coûts mis en place par les associations.

Mais au-delà d'un soutien financier, certaines interventions nécessitent un appui spécifique adapté aux contextes et aux besoins des populations vivant en zones rurales. A titre d'exemple, il apparaît en effet indispensable de développer de nouvelles approches en direction des populations les plus stigmatisées (plus difficiles encore à mobiliser en zones rurales que dans les grandes métropoles), mais aussi d'imaginer des programmes d'intervention intégrant de nouveaux services, en particulier un soutien alimentaire accru et des services de santé maternelle et infantile élargis. Enfin, il convient d'appuyer et de relayer le plaidoyer des associations auprès des institutions nationales en charge de la lutte contre le sida, dont la contribution financière doit s'élever à la hauteur des engagements pris par les Etats africains dans le cadre de l'initiative de Bamako, et dont le travail législatif doit favoriser le respect des Droits Humains en tant de paix comme en période de crise politique et militaire.