

Mobiliser

Former

Collecter

Se positionner

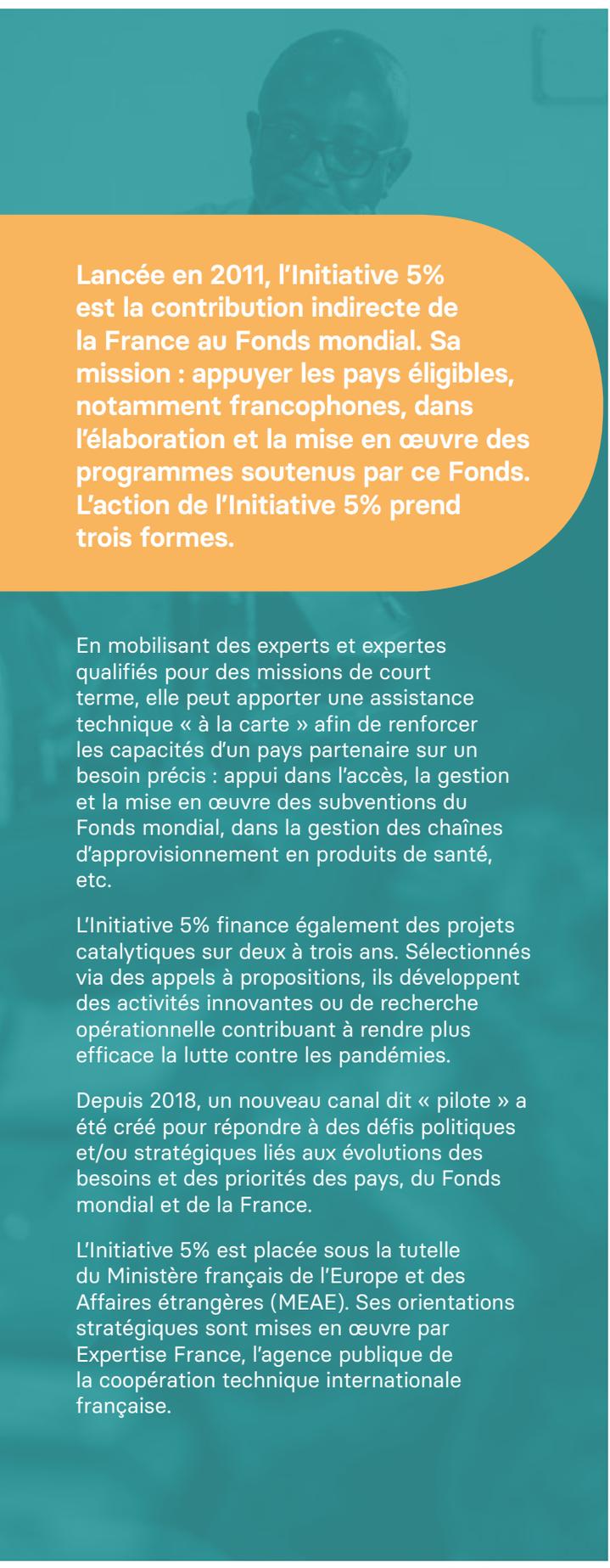
Restituer

Influencer

CAPITALISATION COLLECTIVE

Les observatoires communautaires en santé

Fiches pratiques



Lancée en 2011, l'Initiative 5% est la contribution indirecte de la France au Fonds mondial. Sa mission : appuyer les pays éligibles, notamment francophones, dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes soutenus par ce Fonds. L'action de l'Initiative 5% prend trois formes.

En mobilisant des experts et expertes qualifiés pour des missions de court terme, elle peut apporter une assistance technique « à la carte » afin de renforcer les capacités d'un pays partenaire sur un besoin précis : appui dans l'accès, la gestion et la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial, dans la gestion des chaînes d'approvisionnement en produits de santé, etc.

L'Initiative 5% finance également des projets catalytiques sur deux à trois ans. Sélectionnés via des appels à propositions, ils développent des activités innovantes ou de recherche opérationnelle contribuant à rendre plus efficace la lutte contre les pandémies.

Depuis 2018, un nouveau canal dit « pilote » a été créé pour répondre à des défis politiques et/ou stratégiques liés aux évolutions des besoins et des priorités des pays, du Fonds mondial et de la France.

L'Initiative 5% est placée sous la tutelle du Ministère français de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE). Ses orientations stratégiques sont mises en œuvre par Expertise France, l'agence publique de la coopération technique internationale française.

CAPITALISATION COLLECTIVE

Initier et mener une démarche d'observation communautaire des systèmes de santé

Fiches
pratiques



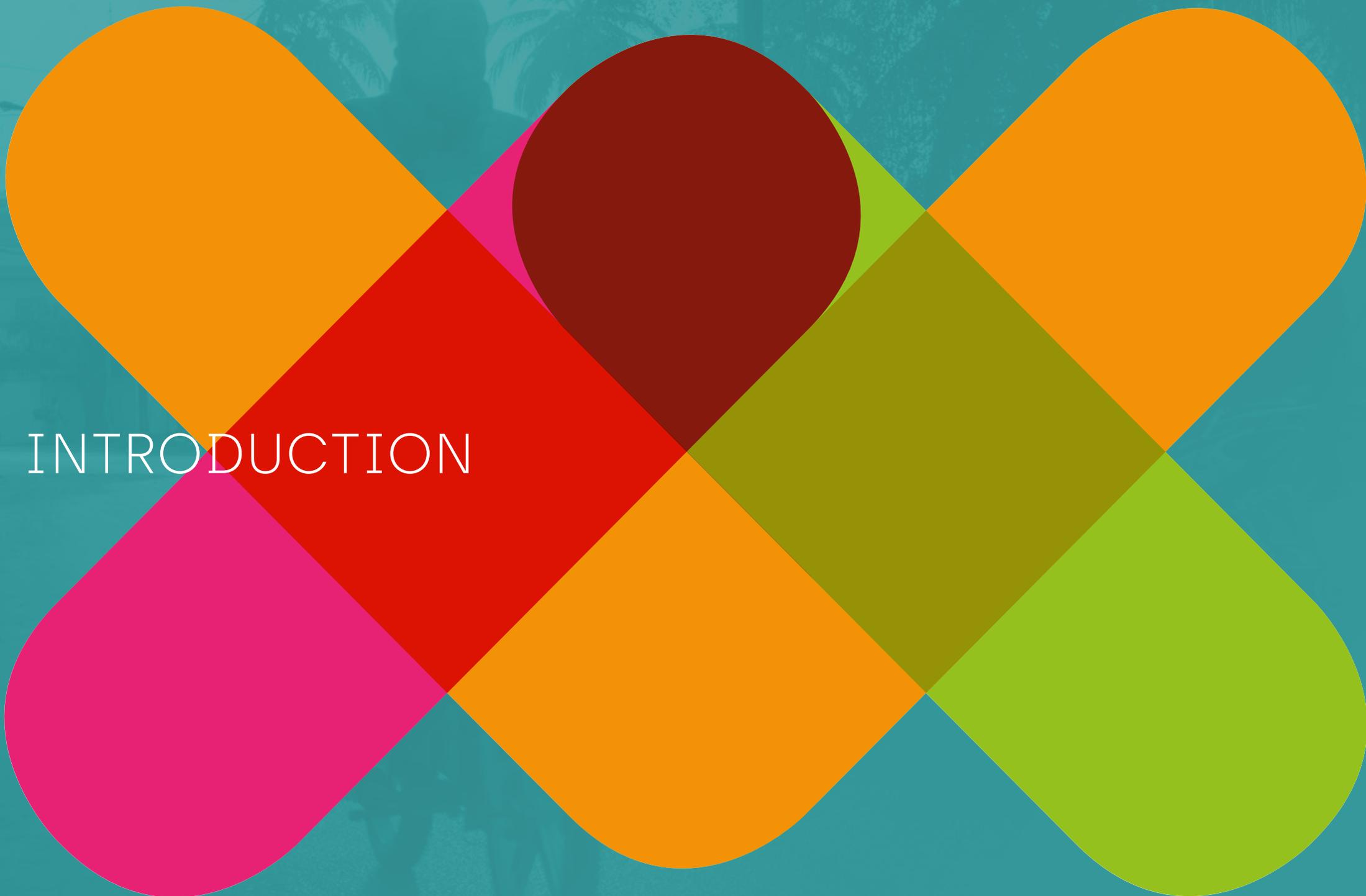
CAPITALISATION COLLECTIVE

Initier et mener une démarche d'observation communautaire des systèmes de santé

Fiches
pratiques

Sommaire

INTRODUCTION	6
<hr/>	
FICHE 01 : Mobiliser	12
1. Comment associer le plus largement possible les citoyens à la mission des observatoires?	14
2. Observatoires et médias : quels partenariats possibles, pour quels effets?	16
<hr/>	
FICHE 02 : Former	20
1. D'usager à acteur de revendication : former des citoyens	22
2. Former des collecteurs : qui former, et comment?	26
<hr/>	
FICHE 03 : Collecter	32
1. Mettre en œuvre un processus de collecte et définir sa méthodologie et ses outils	34
2. Comment s'assurer de la fiabilité des données?	41
<hr/>	
FICHE 04 : Se positionner	44
1. Le positionnement horizontal : l'importance du partenariat	46
2. Le positionnement vertical	48
<hr/>	
FICHE 05 : Restituer	52
1. Où restituer? Quand? Auprès de qui et avec quels objectifs?	54
2. De la restitution au passage à l'action : une ambiance, un lien de confiance, des conditions propices à créer	57
<hr/>	
FICHE 06 : Influencer	60
1. S'unir pour amplifier la voix de l'observatoire : la création de plateformes	62
2. S'appuyer sur des personnalités influentes	65
<hr/>	
CONCLUSION	68
Le mot de la fin à Éric Fleutelot, Directeur de l'Initiative 5%	69
De qui parle-t-on? Et comment fonctionnent-ils? Les observatoires contributeurs de la capitalisation	70
L'engagement de l'Initiative 5% aux côtés des observatoires	76
Acronymes	77



INTRODUCTION

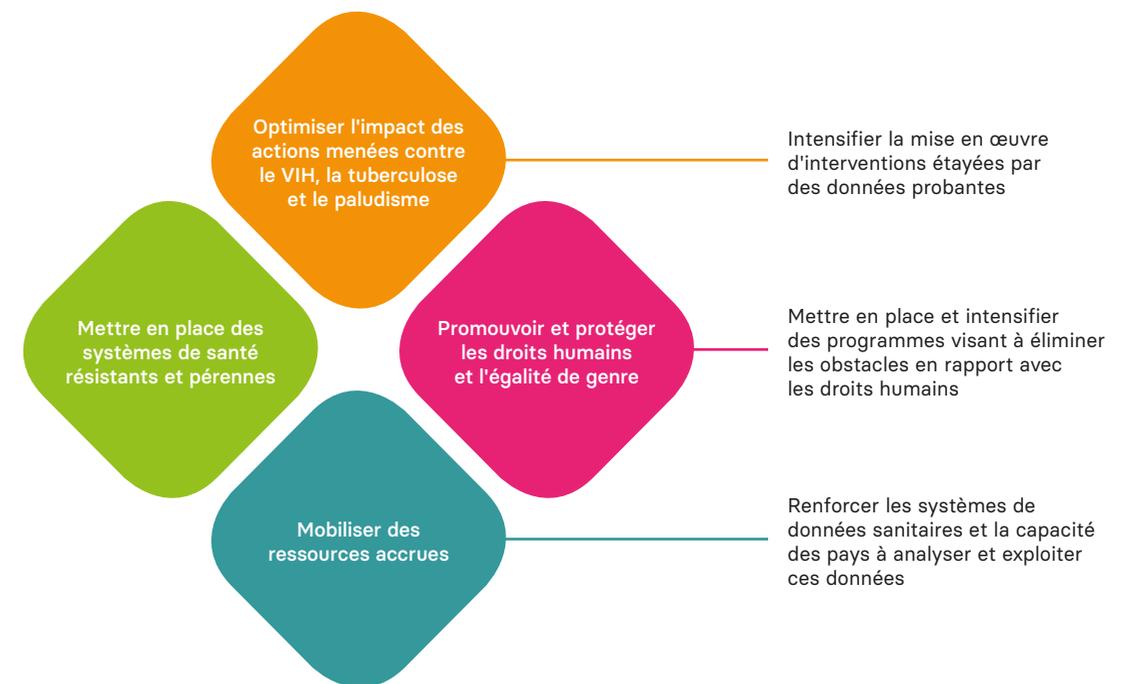
Les observatoires à la croisée d'enjeux stratégiques pour les systèmes de santé

Depuis le début des années 2000, une vingtaine d'observatoires communautaires sur l'accès à la santé a émergé dans différentes régions d'Afrique. Dans des zones où perdurent des dysfonctionnements des systèmes de santé et en particulier de la chaîne d'approvisionnement (rupture de médicaments et d'intrants, dispensation de médicaments périmés, absence et pannes de matériel pour les diagnostics biologiques et le suivi des traitements, défaillance dans l'accueil des usagers, non-respect de la gratuité de certains soins...), ils suscitent un intérêt croissant car ils répondent à deux enjeux majeurs :

- **l'accès équitable aux services de santé** : canal d'expression et de participation de la société civile, ils renforcent le rôle des communautés et le droit des patients ;
- **le renforcement durable des systèmes de santé** : dispositif cadré fournissant des données alternatives issues du terrain ils participent au suivi des politiques publiques et des programmes de santé.

À la croisée des axes stratégiques définis par le Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, les observatoires constituent une solution pertinente au défi que représente l'intégration de la contribution communautaire aux systèmes de santé.

Stratégie du Fonds mondial



La nécessité d'en comprendre et d'éventuellement modéliser leur fonctionnement ne saurait cependant occulter le fait que les observatoires recouvrent des formes et trajectoires différentes, qu'il est nécessaire d'appréhender dans leur diversité pour saisir comment chacun s'est adapté à son environnement selon sa vision et ses ressources.

➤ Une capitalisation collective pour produire des repères théoriques et opérationnels

À ce jour, la littérature scientifique est encore timide et bien que certains observatoires modélisent leur approche pour la partager, les références sont assez peu nombreuses. Alors qu'il est nécessaire de produire des ressources sur leur fonctionnement et contribuer au développement des observatoires, explorer la variété des expériences offre de belles perspectives d'apprentissage.

L'Initiative 5%, mise en œuvre par Expertise France, soutient le développement de plusieurs observatoires depuis 2014, à partir

desquels elle a initié une capitalisation collective.

Lancée en avril 2018, cette démarche d'apprentissage mutuel alliant visites de terrain, ateliers participatifs et évaluations permet de :

- identifier des enjeux communs,
- partager les réponses développées par chacun des observatoires et en tirer collectivement des enseignements,
- produire des savoirs partageables.

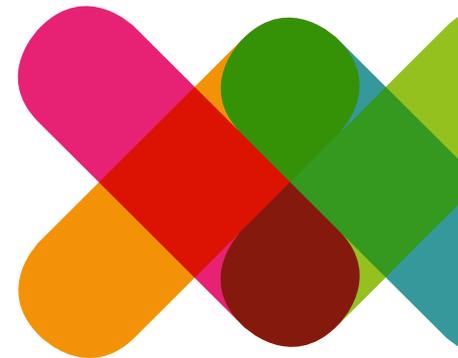


« NOTRE DIFFÉRENCE EST NOTRE RÉFÉRENCE »!

Le slogan proposé par un des participants à l'atelier résume l'esprit de la capitalisation collective : elle veut donner à voir la richesse des observatoires, respecter leur diversité tout en apportant des clefs de compréhension pour les acteurs curieux de les découvrir, de nouer des partenariats avec eux ou encore de développer une dynamique dans leur contexte. La capitalisation, c'est l'apprentissage entre pairs!

➤ À qui s'adresse ce document ? Qu'allez-vous trouver ?

Capitaliser, c'est mettre les acteurs au cœur de l'analyse de leurs expériences et de la production de savoirs. Ce que vous allez lire provient d'un travail collectif, porté par les acteurs des observatoires. Il ne s'agit pas d'une étude, ni d'un rapport de recherche qui apporterait une dimension critique objective. Fidèle à la parole des acteurs, ce document se veut un reflet de la réalité des observatoires, de leurs questions opérationnelles et des solutions qu'ils ont su mettre en place.



- Ce recueil de six fiches pratiques fournit à celles et ceux qui souhaiteraient initier une dynamique d'observatoire des repères concrets dans le domaine de la collecte, de la formation, de la mobilisation, de la restitution, du positionnement et du plaidoyer.
- Complémentaire de ce recueil de fiches, un livret fournit des clés pour comprendre les observatoires, leurs différences et leurs points communs ainsi que leur fonctionnement au quotidien. Il s'adresse à un lectorat large qui souhaiterait saisir, en quelques pages, l'essence de ces dispositifs innovants. En tant que produit d'une capitalisation collective, il concilie en son sein éléments de définition et paroles d'acteurs investis dans l'animation quotidienne des observatoires.

FICHE 01 MOBILISER

Les observatoires résultent essentiellement d'une mobilisation citoyenne autour de la défense des droits des usagers des systèmes de santé. Usagers et agents des services de santé en sont des rouages fondamentaux. Même lorsque la collecte de données est assurée par des collecteurs formés et/ou rémunérés, les usagers ont un rôle clef pour signaler des dysfonctionnements.

Il faut donc susciter cette mobilisation, afin que la veille soit la plus omniprésente et continue possible, dans l'espace et dans le temps. S'appuyer sur des usagers qui se mobilisent spontanément permet également de diminuer la dépendance des observatoires aux financements extérieurs. Aussi, la création de mécanismes de remontées d'informations à l'usage des citoyens – tels qu'une ligne verte, une application... – sera sans effet si ces derniers ne sont pas informés de l'existence de tels outils. Il s'agit alors de susciter à la fois une culture de l'observation et du partage de l'information, chez les citoyens, et une culture de la redevabilité, de la part des services publics.

Comment mobiliser ? À quels publics s'adresser, dans quels lieux et quelles occasions ? Quels supports et outils utiliser ?

Mobiliser

Former

Collecter

Se positionner

Restituer

Influencer

01

Comment associer le plus largement possible les citoyens à la mission des observatoires ?

Dans tous les observatoires, la mobilisation citoyenne se fait avant tout autour d'un même sujet : la défense des droits des usagers des systèmes de santé. Une fois sensibilisés à leurs propres droits et au fait que les services de santé ont une obligation de redevabilité, les usagers sont plus aptes à les défendre et à prendre une position d'observateur. Mais cela suppose un travail de sensibilisation et de formation. De multiples moyens et opportunités sont exploités pour mobiliser : l'expérience camerounaise nous permet d'en présenter certains.



LE TREATMENT ACCESS WATCH AU CAMEROUN : PLUSIEURS VECTEURS DE MOBILISATION DES CITOYENS

Au Cameroun, le TAW, porté par Positive Generation (PG), repose sur trois types d'acteurs : des sentinelles (des agents de santé engagés pour assurer une remontée d'informations), des usagers des services de santé qui appellent directement l'observatoire et des observateurs, dépêchés dans les centres de santé par l'observatoire pour valider tous les trimestres les informations remontées. L'effort de mobilisation vise d'abord les deux premières catégories : l'enjeu est d'obtenir une mobilisation la plus large possible.

LA MÉTHODOLOGIE

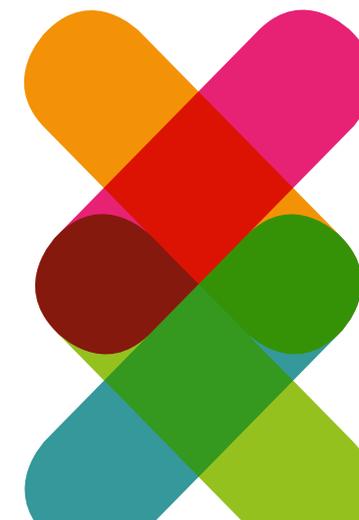
Plusieurs moyens sont associés pour mobiliser et recruter :

- ▶ des appels à candidatures - pour des postes de collecteurs ou bien pour s'engager en tant qu'observateur - affichés dans les hôpitaux, dans les marchés, dans des lieux de regroupement;
- ▶ des rencontres dans les locaux de l'observatoire : des personnes viennent voir spontanément PG pour être observateurs, car ils entendent parler de l'observatoire via les médias;
- ▶ des rencontres improvisées sur le terrain, aux abords des centres de santé et dans les lieux de rassemblement, où l'« on trouve un groupe de gens et on ouvre la discussion. Puis on se met à expliquer »;
- ▶ des causeries éducatives, qui se terminent toujours en parlant du droit à la santé et des normes existantes.

LES FACTEURS DE RÉUSSITE

La présence, dans les médias, de l'observatoire et/ou de l'organisation qui le porte est un atout. Par le biais d'actions militantes et médiatisées, PG assoit son rôle auprès des usagers qui s'adressent ainsi spontanément à l'organisation. Il demeure toutefois nécessaire d'aller à la rencontre des usagers sur le terrain, au-delà de l'hôpital, là où ils se rassemblent. C'est un travail de mobilisation un peu « tous azimuts », dont l'efficacité dépend de l'utilisation de vecteurs complémentaires.

Pour en savoir plus sur la collecte multi-sources du TAW, lire la fiche « collecter ».



02

Observatoires et médias : quels partenariats possibles, pour quels effets ?

Se rendre visible est un enjeu majeur pour les observatoires : s'ils doivent s'inscrire dans les systèmes de santé, ils ne peuvent assumer leur rôle de point de contact et de coordination sans s'affirmer dans l'imaginaire des prestataires de soin, des patients, des usagers et des autorités comme un acteur légitime et incontournable. À cet effet, l'utilisation des médias, qu'il s'agisse de la presse écrite ou en ligne, de la radio ou encore des réseaux sociaux, peut être pertinente.

Au-delà même de l'enjeu de la visibilité et de la communication, les observatoires peuvent également se saisir des médias comme canaux de sensibilisation des citoyens. Plusieurs observatoires ont utilisé la radio pour mobiliser des citoyens en tant que « veilleurs », notamment dans des situations d'asymétrie d'information où les citoyens ne sont pas informés des mesures mêmes qui sont censées leur faciliter l'accès aux soins.



AU BURKINA FASO, ENREGISTRER UNE ÉMISSION RADIOPHONIQUE DE SENSIBILISATION DES USAGERS

Au Burkina Faso, les autorités ont décidé en 2016 de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Or, malgré ce changement, les usagers ignorent quels sont les médicaments, les actes de soin et les tranches d'âge concernés. Par ailleurs, certains agents de santé ont profité de ce flou pour faire payer des services gratuits : « dépose un caillou sur ton dossier » est une expression utilisée pour inviter au versement de dessous de tables au bénéfice des personnels de santé. Afin de pallier ce manque tangible d'information, il a été décidé d'enregistrer une émission radiophonique qui traiterait, entre autre, de la gratuité des soins et qui présenterait l'observatoire du Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME).

LA MÉTHODOLOGIE

L'observatoire a veillé à impliquer le personnel de santé : le responsable d'une formation sanitaire a participé à l'émission, aux côtés de trois membres de l'observatoire (le point focal RAME, le chargé de programme RAME et un agent collecteur). L'émission a également permis de promouvoir un numéro vert pour que les usagers dénoncent des violations de leurs droits. Le format était celui d'un entretien entre l'animateur radio et les invités. Une seule diffusion était prévue sur la radio locale la plus écoutée mais l'émission a finalement été diffusée plusieurs fois, dans le dialecte local, y compris aux heures de plus forte audience.

DES EFFETS

Un responsable de centre de santé a constaté une augmentation de la fréquentation et observé une amélioration des relations entre usagers et soignants, avec moins de plaintes des usagers et une diminution du nombre de personnes mal référées, c'est-à-dire orientées vers des services ne correspondant à leurs besoins ou dont la prise en charge a été interrompue. Un besoin réel en informations existait puisqu'à l'initiative des animateurs, l'émission a été rediffusée à plusieurs reprises pendant plusieurs mois, ce qui n'avait pas été initialement demandé par le RAME.

LES FACTEURS DE RÉUSSITE

Afin que la démarche de sensibilisation radiophonique soit réussie, il est nécessaire de :

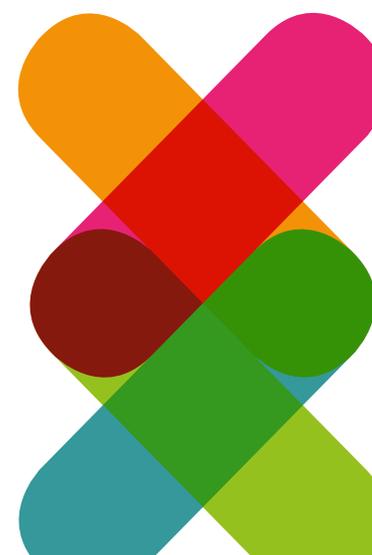
- ▶ réfléchir à la population ciblée, être vigilant sur le contenu du message ;
- ▶ impliquer dans la démarche les autorités sanitaires ;
- ▶ multiplier les diffusions, avec des termes et/ou formats différents, et de ne pas se contenter de ne passer qu'une seule fois le message ;
- ▶ accompagner cette action par d'autres stratégies et notamment bien réfléchir à une intervention multicanal (radio, ligne verte, etc..). L'émission permet d'informer mais n'est pas suffisante : elle doit être complétée par un numéro vert, pour que les dysfonctionnements soient dénoncés.

Un argument fort en faveur de l'utilisation de la radio est celui de l'efficacité : les causeries éducatives sont coûteuses, surtout lorsque les participants demandent des compensations. Dans tous les cas, utiliser la radio pour diffuser des messages de sensibilisation, comme pour les questions de gratuité des soins, suppose, en amont, d'instaurer des relations de confiance pour réussir à convaincre les auditeurs : il faut « conquérir le terrain » en allant à la rencontre des usagers ou en organisant des moments de rencontre et d'échange.

L'enjeu est de taille car ce type d'émission peut être un véritable levier pour la reconnaissance de l'observatoire et l'établissement d'un lien et d'un cadre de dialogue avec les autorités. Par exemple en Centrafrique, l'Association nationale des jeunes femmes actives en solidarité (ANJFAS) s'est exprimée à la radio pour rappeler la gratuité des médicaments financés par le Fonds Mondial. Suite à cela, le Premier ministre a appelé l'observatoire pour que les informations lui remontent directement plutôt que de dénoncer publiquement des dysfonctionnements à la radio, ce qui a permis d'obtenir un rendez-vous rapidement à un haut niveau de l'État. C'est un effet inattendu qui a contribué à la reconnaissance de l'observatoire et qui a permis de gagner un temps précieux en terme de plaidoyer.

À RETENIR

- ▶ **S'appuyer sur les médias locaux** pour augmenter sa visibilité et favoriser la mobilisation spontanée des usagers.
- ▶ **Exploiter tous les espaces de regroupement** de citoyens pour engager la discussion et susciter la confiance des citoyens.
- ▶ **Informier et former les citoyens** sur l'existence des normes légales qui encadrent les systèmes de santé pour les permettre de gagner en autonomie dans la revendication du respect de leurs droits.
- ▶ **Utiliser la radio** pour diffuser régulièrement des messages de sensibilisation et présenter l'activité de l'observatoire.
- ▶ **Multiplier les canaux de mobilisation** pour atteindre le plus de personnes possible (ligne verte, causeries éducatives, affiches, distribution de tracts...).



FICHE 02 FORMER

La pluralité des acteurs liés aux observatoires n'est plus à démontrer – collecteurs, veilleurs, superviseurs, etc. – et pour chacun d'entre eux, la question de la formation se pose différemment. Elle interroge également la tendance à la professionnalisation ou à la technicisation de ces fonctions : risque-t-on de s'éloigner de l'état d'esprit initial dans lequel ont été créés les observatoires, à savoir l'implication des citoyens et des usagers des services de santé, au cœur de l'évaluation et de l'amélioration de l'offre de soins ? Il est donc nécessaire de s'interroger sur les modalités de formation et de sélection de ces acteurs.

Mobiliser

Former

Collecter

Se positionner

Restituer

Influencer

01

D'usager à acteur de revendication : former des citoyens

Pour les observatoires qui se basent sur une remontée d'informations spontanée, à partir des usagers des services de santé, la question de leur formation ou de leur sensibilisation est cruciale : quels sont les messages à véhiculer ? Dans quelle langue ? Où réaliser les causeries pour plus d'impact ?



POSITIVE GENERATION AU CAMEROUN : ASSOCIER FORMATION ET MOBILISATION

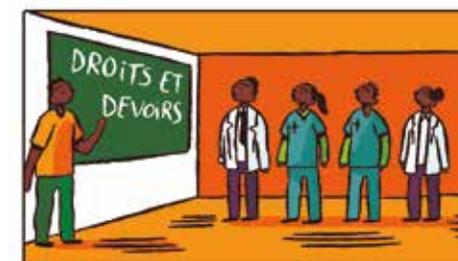
L'observatoire de PG a souvent été cité comme un modèle de mobilisation citoyenne : ce sont en majorité des usagers des services de santé qui appellent l'observatoire pour donner des informations sur les services reçus (dans le cadre d'un programme nommé « feed-back »), ainsi que des personnes qui travaillent dans le système de santé (appelées « sentinelles »). Cette veille est complétée par des missions d'observation trimestrielles, réalisées par des personnes dont le niveau de formation est plus élevé, lesquelles vont à la fois valider les données reçues en recoupant les sources de données et tenter d'approfondir les raisons des dysfonctionnements observés.

LA MÉTHODOLOGIE

La formation des usagers est adossée à un dispositif de causeries éducatives préexistant : par exemple, une session de sensibilisation à l'usage des préservatifs se terminera par une partie sur le droit à la santé. L'accent est mis tout particulièrement sur la connaissance du cadre légal dans lequel s'inscrivent les droits du citoyen : PG photocopie les textes et les distribue afin de rendre les usagers autonomes dans la revendication de leurs droits et l'exigence d'une redevabilité.

DES EFFETS

« C'était à une période où il y avait moins de rupture mais toujours des surcoûts facturés aux patients et des traitements étaient données sans les examens nécessaires. Un jour, un patient vivant avec le VIH s'est vu facturer un examen de CD4 à 2500 FCFA alors que la loi prévoit un coût à 1000 FCFA. Sur la base des textes, le patient a refusé de payer ce prix malgré l'intransigeance du personnel et du directeur de l'hôpital. Les tarifs ont été modifiés par la suite et un nouveau directeur a été nommé grâce à la bravoure de cet usager. Ce monsieur, c'est l'aboutissement d'une vision ! »



La mobilisation des usagers des services de santé nécessite de concevoir des dispositifs de formation et de sensibilisation adaptés aux contextes locaux : il est nécessaire de prendre en compte le niveau d'alphabétisation, la ou les langues locales, les codes sémantiques collectifs afin de permettre la bonne réception et compréhension des messages transmis par les formateurs. Ces dispositifs de sensibilisation des citoyens doivent également être flexibles et s'adapter aux retours, positifs comme négatifs, des personnes formées.



LE RAME AU BURKINA FASO : CONCEVOIR DES SUPPORTS DE FORMATION ADAPTÉS

Au Burkina Faso, l'Observatoire communautaire sur l'accès aux services de santé (OCASS) mobilise des conseillers psychosociaux qui assurent une collecte systématique des données mais tente également de renforcer les usagers dans la connaissance de leurs droits et devoirs. Pour ce faire, le RAME a décidé de se doter d'un outil spécifique, adapté à la faible alphabétisation des usagers : une boîte à images.

LA MÉTHODOLOGIE

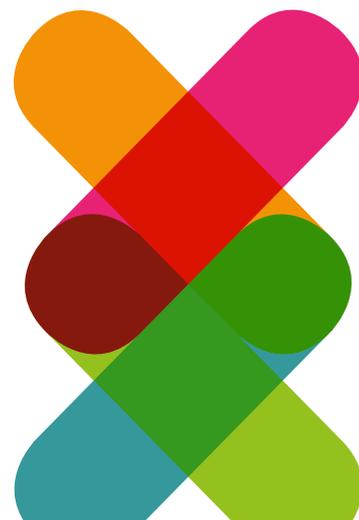
Celle-ci a été développée sur la base de la Charte nationale de l'Utilisateur des Services de santé, non traduite dans les langues locales et dont la diffusion était très limitée. En collaboration avec la Direction de la Promotion de la Santé (DPS), le RAME a adapté le contenu de cette charte en images compréhensibles de tous. Accompagnée d'un guide d'utilisation, la boîte à images a été utilisée lors de causeries éducatives sur les droits et devoirs des usagers, principalement organisées dans les formations sanitaires. Les responsables des formations sanitaires ont accompagné le processus en s'impliquant dans la programmation des causeries et les agents de santé ont contribué à la mobilisation des usagers.

LES EFFETS

Selon les agents de santé, ces séances ont permis d'améliorer la communication et les relations avec les patients et accompagnants. Les collecteurs quant à eux constatent plus de facilité, de réactivité lors des entretiens avec les usagers, qui répondent aux questions posées et rapportent plus volontiers leurs propres observations. À Bobo Dioulasso, le point focal de l'association Responsabilité, Espoir, Vie, Solidarité (REVS+) a dû solliciter un surplus de boîtes à images pour répondre aux besoins des prestataires de soins et des animateurs qui souhaitaient plus de séances dans les formations sanitaires.

LES FACTEURS DE RÉUSSITE

L'utilisation de la référence nationale (charte des usagers) a facilité l'acceptation des activités de l'observatoire par les autorités sanitaires. L'implication des prestataires de soin a également offert aux sessions de sensibilisation une caution scientifique, une légitimité supplémentaire. La récurrence des messages diffusés – la boîte à images se déclinant sous forme d'affiches exposées dans les formations sanitaires (FOSA) – et leur traduction en langues locales ont contribué à la bonne appropriation, chez les usagers, de leurs droits et devoirs en matière de santé.



Les causeries sont un moment clef de la création d'un lien de confiance entre les autorités sanitaires et l'observatoire. Pour l'OCASS, elles sont l'occasion d'évoquer 5 questions prioritaires : le droit à l'accès aux services de santé, le droit à un bon accueil, le devoir de respecter les règles de fonctionnement des FOSA, le devoir de courtoisie envers les agents et le devoir de participation à la propreté des lieux. Autrement dit, une partie non négligeable est consacrée à la question des devoirs des usagers, ce qu'apprécie également les agents de santé. Au Burkina Faso et au Niger, les causeries sont ainsi animées par un binôme formé d'un conseiller psychosocial et un agent de santé.

On notera deux points de vigilance sous-jacents à la sensibilisation des usagers, quels que soient le format et les supports choisis. La question de l'évaluation des effets des formations reste un défi (évaluer les changements de perception et de comportements demeure un processus long et souvent coûteux). Enfin, la formation, non des usagers mais des conseillers psychosociaux responsables de l'animation des causeries, ne doit pas être négligée : s'ils ne maîtrisent eux-mêmes pas les savoirs qu'ils sont censés diffuser, la session de sensibilisation risque d'échouer.



02

Former des collecteurs : qui former, et comment ?

Recruter

Pour les observatoires qui décident de compléter la mobilisation des usagers par l'utilisation de collecteurs, rémunérés ou défrayés, la formation apparaît comme un moyen de s'assurer, en amont, que les données collectées seront de qualité. Le profil de ces collecteurs diffère d'un observatoire à l'autre : chacun établit des critères de recrutement différent selon le niveau de technicité attendu. Pour les uns, il ne doit pas être exigé de niveau d'éducation minimum, sans quoi l'on exclut des individus disposés à s'engager (le diplôme est alors vu comme le « fossyeur de l'engagement citoyen »). Pour les autres, ces collecteurs doivent avoir un niveau minimum d'instruction car leur mission ne se limite pas seulement à recueillir des données mais également à engager les démarches pour résoudre le dysfonctionnement constaté.



LES COLLECTEURS DE LA COFEL EN GUINÉE : DES CRITÈRES DE RECRUTEMENT, UN COMITÉ DE PILOTAGE, UNE CHARTE

Après une première phase de mise en œuvre, la Coalition des femmes leaders de Guinée (COFEL) tire des enseignements cruciaux pour l'amélioration du recrutement et de la formation de ses collecteurs. En effet, les collecteurs précédemment sélectionnés résidaient parfois trop loin des lieux d'activités, ce qui retardait voir mettait en péril la collecte ; certains n'avaient pas un niveau de lecture et d'écriture suffisant pour initier la résolution des problèmes constatés.

QUI RECRUTER ?

Aujourd'hui, un ensemble de critères est considéré : être résident, avoir une expérience en accompagnement psychosocial, pouvoir assurer la confidentialité des données confiées, être à l'aise à l'oral, s'exprimer couramment dans les langues nationales et locales, avoir un niveau d'étude entre le bac et la licence. Par ailleurs, il a été recommandé d'associer des pairs éducateurs des populations clés à la collecte. 80 % des collecteurs sont des femmes et la majorité des collecteurs sont des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

COMMENT RECRUTER ?

Un comité de pilotage (COPIL) a été mis en place pour veiller à la transparence du processus de recrutement. Il est composé d'organisations de la société civile (OSC) et de partenaires techniques et financiers qui sont membres observateurs. Le COPIL valide l'avis de recrutement et siège lors du dépouillement des dossiers. Les relations étroites entre les OSC, à la fois membres du COPIL et pourvoyeuses d'agents collecteurs, ont été formalisées afin d'éviter les conflits d'intérêts. Une charte protège également les collecteurs : c'est un contrat entre le collecteur, son organisation d'appartenance et l'observatoire, qui donne un droit de regard à l'observatoire en cas de difficultés.

La question de la représentation, au sein des collecteurs, des populations clés est aussi cruciale pour permettre de saisir, en plus d'autres dysfonctionnements, les mécanismes de discrimination qui peuvent être également à l'œuvre. À Madagascar, l'observatoire forme des pairs-éducateurs au sein des populations vulnérables. Ces derniers sont sélectionnés sur la base de termes de référence, établis en concertation avec tous les partenaires : il ou elle se doit d'avoir un lien direct et confirmé avec les populations clés (travailleuses du sexe (TS), usagers de drogue par voie injectable (UDI), hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et PVVIH) et être capable de garantir la confidentialité et l'intimité des personnes enquêtées et la sécurité du matériel. Un certain compromis doit donc être trouvé entre des exigences de représentativité au sein des collecteurs (PVVIH pour une collecte sur le VIH) et celles concernant la qualité des données.

Former

Selon le temps et les moyens consacrés à la formation des collecteurs, ces derniers pourront être formés à l'utilisation des fiches de collecte, à l'animation de causeries ou être amenés à approfondir les questions d'éthique et de confidentialité. La présence de superviseurs, au-delà de la formation initiale, peut permettre d'évaluer le travail des collecteurs, de poursuivre leur formation et d'adapter les activités de l'observatoire aux réalités du terrain.



→ EN GUINÉE, AJUSTER LA FORMATION GRÂCE À LA SUPERVISION

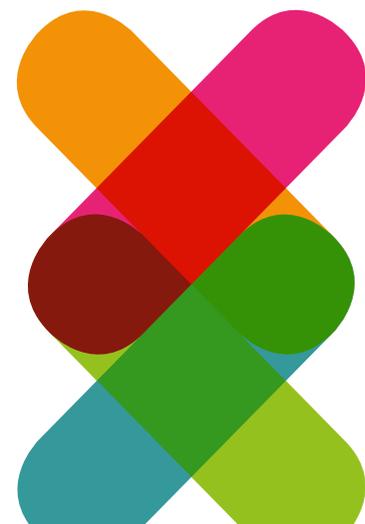
Les collecteurs sélectionnés par la COFEL ont été formés pendant cinq jours. Cette formation initiale devait porter sur la compréhension du dispositif, les fiches de collecte, les causeries éducatives, les droits et devoirs des usagers et le genre. Toutefois, le temps imparti n'a pas permis de traiter l'ensemble de ces thématiques et la priorité a dû être donnée à la compréhension du dispositif et des outils de collecte.

OPTER POUR LA FORMATION CONTINUE : RECYCLAGES ET SUPERVISION FORMATIVE

Un recyclage est prévu une fois pendant les trois ans du projet. Mais surtout, une mission d'appui et de supervision est prévue chaque semestre. Un superviseur a ainsi pu constater que les collecteurs n'avaient pas bien

compris la périodicité de la collecte et renseignaient chaque mois des données qui devaient être collectées chaque trimestre. Les collecteurs ont également pu indiquer à leurs superviseurs que la fréquence des causeries éducatives, censées se dérouler une fois par trimestre, n'était pas suffisante au vu des besoins remontés par les usagers et les prestataires de soin.

L'expérience guinéenne trouve ses limites sur la question de la formation des superviseurs. L'ensemble de la chaîne de formation (qui forme qui?) doit être anticipée, tout en tenant compte des capacités de chacun. Par ailleurs, la mise en place d'une supervision entraîne un coût important que tous les observatoires ne peuvent pas assumer.





AU BURKINA FASO, UN TRANSFERT DE COMPÉTENCE ENTRE ANCIENS ET NOUVEAUX COLLECTEURS

Responsable d'une centaine de collecteurs, mobilisés sur près de 2000 FOSA – trois fois plus que lors de la création de l'observatoire – le RAME a dû faire face à la question de leur formation en dépit de ressources limitées. Le transfert d'expérience entre nouveaux et anciens collecteurs est apparu comme une solution efficace et efficiente.

LA MÉTHODOLOGIE

Le RAME a créé une fiche de transfert d'expérience que devaient remplir les anciens collecteurs : y figuraient des éléments tels que leur motivation pour

la collecte, des expériences réussies et des échecs ainsi que des conseils pratiques issus de leur vécu. Quatre jours ont été consacrés à la formation des nouveaux collecteurs avec dans



un premier temps la présentation du dispositif de collecte, assortie d'une visite de terrain, et dans un second temps des temps de partage et de discussion entre anciens et nouveaux collecteurs. À l'issue de cet atelier, un document pratique a été rédigé et diffusé à l'ensemble des collecteurs. Treize anciens collecteurs ont également été sélectionnés pour assurer la supervision en continu.

LES EFFETS

Cette modalité de formation s'est révélée particulièrement intéressante pour rassurer les nouveaux collecteurs. Des bénéfices peuvent être observés pour les anciens collecteurs qui trouvent là un espace d'expression, sont valorisés et s'approprient mieux le dispositif. Le turn over des collecteurs a diminué.



À RETENIR

- **Maintenir des activités de sensibilisation des usagers**, même si la récolte de données repose sur des collecteurs : « on ne souffre pas de ce que l'on ne connaît pas ! »
- **S'assurer que les messages diffusés sont bien compris par les destinataires**, du point de vue de la langue, du niveau d'alphabétisation et des pratiques
- **Impliquer les autorités sanitaires lors des causeries**, afin de cultiver un lien de confiance entre l'observatoire, les centres de santé et les décideurs
- **Mettre en place un système de transfert de compétences** et de partage d'expérience entre anciens et nouveaux arrivants, en cas de fort turnover des collecteurs
- **Prévoir un mécanisme de réajustement de l'offre de formation** - supervisions formatives, recyclages ou questionnaires de satisfaction – qu'il s'agisse de former des citoyens ou des collecteurs
- **Trouver un compromis** entre l'exigence de représentativité des collecteurs vis-à-vis de leur cible (pair-enquêteur) et le niveau de formation attendu : si les collecteurs ne sont pas des pairs, il faut s'assurer que le vécu des groupes vulnérables a été intégré d'une autre manière (par le biais, par exemple de partenariats avec des associations de représentation des populations vulnérables).
- **Instituer une « charte du collecteur »** pour protéger le collecteur d'éventuelles tensions avec sa structure d'appartenance.

FICHE 03 COLLECTER

À la fois assise de leur légitimité et socle sur lequel ils peuvent débiter un travail de plaidoyer et de changement des comportements, la qualité et l'utilité des données collectées est une priorité pour les observatoires.

Comment effectuer la collecte tout en assurant la sécurité des collecteurs ? Quels mécanismes de validation ou de vérification doivent-êtré mis en place ? Quels outils utiliser ?

01

Mettre en œuvre un processus de collecte et définir sa méthodologie et ses outils

Enquête ou collecte multi-sources ?

► Selon le capital humain et financier dont dispose l'observatoire mais également selon son rapport avec les autorités, il pourra se tourner vers deux possibilités pour définir la ou les sources d'informations :

► **Une collecte multi-sources**, qui repose sur de multiples informateurs, aux profils différents : usagers, patients, agents de santé, conseillers psycho-sociaux, etc. La pluralité des points de vue ainsi adoptés permettra la triangulation des données.



► **Une collecte basée sur des enquêtes de terrain**, qui mobilise des collecteurs. Ces derniers effectuent des visites dans les formations sanitaires (FOSA) et mènent des entretiens sur la base de fiches de collecte préétablies afin de faciliter le suivi de certains indicateurs représentatifs de l'état des services de santé. C'est le cas par exemple en Centrafrique et à Madagascar.



OPTER POUR LA COLLECTE MULTI-SOURCES : L'EXEMPLE DU TAW AU CAMEROUN

Le dispositif repose sur la mobilisation la plus massive possible de citoyens mais également d'agents de santé, qualifiés de « sentinelles ».

LA MÉTHODOLOGIE

PG a commencé par sensibiliser les membres des associations d'auto-support aux malades à l'usage d'une ligne d'écoute pour faire remonter les problèmes rencontrés dans l'accueil, la prise en charge ou encore le traitement. Les conseillers psycho-sociaux, qui échangent régulièrement avec les personnes récemment dépistées au sein de ces organisations, ont également été mis à contribution. Enfin, les usagers ont également été approchés lors de

sessions d'information et d'éducation des citoyens sur les droits à la santé. En plus d'être multi-sources, la collecte est également anonyme. Faute de pouvoir vérifier l'information directement auprès des sources, il est d'autant plus important de miser sur une collecte multi-sources permettant d'assurer la fiabilité des données en les vérifiant par triangulation : c'est la concordance des informations fournies par plusieurs sources indépendantes qui permet de valider l'information.

Observation anonyme ou collecte à visage découvert

Certains observatoires priorisent la protection de leurs sources, dans un contexte politique qu'ils considèrent comme hostiles. En ce sens, la collecte à visage découvert peut mettre en difficulté ceux qui dénonceraient ouvertement des manquements. Au Cameroun, après que l'observatoire a commencé à signaler des dysfonctionnements au Conseil national de lutte contre le sida, certains prestataires de soins ont commencé à contacter l'observatoire. Le Treatment Access Watch (TAW) a exploité cette possibilité de remontée d'information en garantissant l'anonymat des appelants. Souvent, le canal de remontée d'information privilégié est alors une ligne d'écoute ou encore des émissions radiophoniques où les auditeurs peuvent participer.





L'EXPÉRIENCE DE LA COLLECTE À VISAGE DÉCOUVERT EN CENTRAFRIQUE

L'ANJFAS s'appuie sur des observateurs qui opèrent à visage découvert dans les FOSA. Ils doivent savoir lire et parler français, avoir un niveau minimum de 3^e, avoir une expérience dans l'une des trois pandémies. La plupart d'entre eux sont pairs-éducateurs. Ils sont placés sous la supervision du TAW qui en cas de dysfonctionnement, vérifie l'information. Depuis 2018, l'observatoire s'appuie également sur des sentinelles, qui observent depuis leur poste de travail également à visage découvert.

LA MÉTHODOLOGIE

Lors de la visite sur le terrain, l'observateur se présente et explique sa démarche, en présentant l'autorisation du Ministère de la Santé. Il se rend dans chaque service et interroge les prestataires de soins sur la disponibilité des médicaments, des intrants, la présence du personnel, etc. Il enquête ensuite auprès des usagers pour recueillir leurs points de vue. Si les réponses des agents de santé et des usagers diffèrent, l'observateur cherchera à les confronter en réinterrogeant les uns et les autres ou en sollicitant un troisième point de vue. À l'occasion de ces visites de terrain, l'observateur affiche dans les FOSA les règles en termes de prix ou de gratuité. La visite dure environ deux heures par FOSA.

LES EFFETS

Pour l'ANJFAS, la collecte à visage découvert présente des avantages, car elle permet de revenir vers les sources en cas de questions et de confronter

directement les deux sources que sont les usagers et les personnels de santé, en cas de discordance; elle donne confiance aux usagers; elle permet aux observateurs d'aller au-delà de la collecte pour régler directement des dysfonctionnements lorsqu'ils le peuvent.

LES CONDITIONS NÉCESSAIRES

La viabilité de cette collecte à visage découvert repose sur l'existence d'un cadre légal de collaboration établi avec le Ministère de santé. Aussi, le Ministère a-t-il été impliqué avant même le début du projet. Dès lors, selon l'ANJFAS, il peut y avoir des problèmes avec certains responsables de FOSA, mais pas avec le Ministère. Par ailleurs, la collecte est effectuée par des pairs-éducateurs très souvent déjà connus des personnels de santé.

Voir au sujet du recrutement des collecteurs la fiche « former »

En cas de collecte à visage découvert assurée par un enquêteur dépêché par l'observatoire, la mise en place de formulaires d'enquête, aussi appelés fiches de collecte, est cruciale pour la bonne conduite des entretiens et, a posteriori, l'analyse des données.



À MADAGASCAR, LA MISE AU POINT D'UN QUESTIONNAIRE ADAPTÉ AUX PAIRS-ENQUÊTEURS ET AUX GROUPES CIBLES

LA MÉTHODOLOGIE

La construction du questionnaire a donné lieu à de nombreux débats sur les mots appropriés et la pertinence de chaque question. Une étape de co-construction de cet outil apparaît indispensable. Puis se sont enchaînées plusieurs validations et révisions (celle du Comité d'Éthique et de Recherche biomédicale (CERBM), celle du référent épidémiologies de Médecins du Monde (Mdm) France), une traduction en

malgache puis un pré-test réalisé durant un mois, porteur de nouvelles modifications.

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Dès le lancement des premières enquêtes, les collecteurs se sont plaints de la longueur des questionnaires, des difficultés à poser des questions sensibles, du fait qu'ils n'arrivaient pas à retenir longtemps des personnes habituées à recevoir



des compensations – autant de problématiques recensées lors d'une première mission de supervision. La plupart des recommandations données et des techniques apprises lors de la formation n'étaient pas appliquées. Nombre de questions et choix de réponses n'étaient pas comprises par les enquêteurs. Certaines questions étaient mal reformulées, d'autres, trop délicates, n'étaient pas posées (sexe des transgenres, revenus mensuels, etc.). Beaucoup des réponses figuraient dans la catégorie « autre », ce qui compliquait le traitement des données. Enfin, des confusions étaient observées pour certains enquêteurs entre la posture de sensibilisateur (qui influence l'interlocuteur) et d'enquêteur (qui essaie de récolter aussi fidèlement que possible des réponses).

Un certain temps est nécessaire pour tester les questionnaires et les adapter au vécu des collecteurs et des populations vulnérables. Il faut également valider la compétence des collecteurs non pas de façon théorique mais à partir de l'administration de plusieurs questionnaires : au moins trois entretiens d'évaluation, à but formatif, par enquêteur seraient nécessaires pour statuer sur la compétence acquise. La qualité des données doit passer avant leur quantité : un questionnaire doit être court et faire l'objet d'ajustements successifs selon les retours des enquêteurs et des enquêtés.



UNE PHASE DE RÉAJUSTEMENT

Suite à ces constats, ont été réalisés : une refonte des questionnaires, en renforçant les logiques de validation des modifications; une diminution de la taille des questionnaires; le renforcement du rôle des superviseurs; une formation visant à travailler la classification des réponses mentionnées en « autres ». Ce n'est qu'à ce prix que la qualité des données s'est considérablement améliorée.

Choisir l'outil de la collecte : l'exemple du numérique

L'utilisation d'un support numérique (tablettes et logiciels correspondants) pour réaliser l'enquête puis traiter les données présente certains avantages : les données, notamment les alertes, sont transmises instantanément, les questionnaires peuvent être adaptés en plusieurs langues en restant disponibles sur un même support... Mais elle suppose d'être très attentif à certains éléments tels que le choix des supports informatiques, la sécurité des enquêteurs et du matériel, la confidentialité des données.



LE CHOIX DES TABLETTES À MADAGASCAR : PROBLÈMES OPÉRATIONNELS ET PISTES DE SOLUTION

CHOISIR SES OUTILS

Le logiciel choisi pour récolter et agréger les données issues des enquêtes s'appelle Kobo Toolbox¹, un logiciel gratuit et relativement intuitif. Pourtant, l'interface simplifiée n'était pas tout-à-fait adaptée à la complexité des questionnaires et le chargé de suivi-évaluation a dû apprendre à coder pour que l'outil soit pleinement opérationnel. Il est donc nécessaire de prendre du temps pour choisir les bons outils et logiciels et de disposer de marges de manœuvre financière pour former ou mobiliser les ressources humaines nécessaires.

ASSURER LA SÉCURITÉ DES PERSONNES ET DU MATÉRIEL

Afin de limiter les risques d'agression et de vol, des négociations ont été menées avec les responsables des lieux d'enquête (bars, boîtes de nuit, etc.) et des règles strictes ont été imposées : horaires restreints, travail en binôme, information immédiate des responsables en cas de menace. Afin de favoriser l'appropriation des tablettes et de limiter les potentiels dommages ou mauvais usages, les pairs-enquêteurs ont été autorisés à les utiliser en dehors de la collecte : trouvant un

intérêt personnel à les posséder, ils en prenaient ainsi davantage soin. Quelques règles ont été là aussi posées : restriction du nombre et de la nature des applications installées, accès limité à la configuration de l'outil, impossibilité de modifier les questionnaires une fois terminé l'entretien. Il n'y a pas eu d'agressions de pairs enquêteurs et après deux ans d'utilisation seuls 6 vols de tablettes sur 52 tablettes achetées ont été constatés.

CONCILIER PROTECTION DES DONNÉES ET CONTRÔLE

En voulant protéger les données, MdM avait rendu impossible la consultation des questionnaires après la fin de l'entretien. Toutefois, face à certaines réponses illogiques, il est apparu nécessaire que les superviseurs puissent avoir un droit de regard et de contrôle sur les questionnaires : la procédure a été modifiée pour permettre aux superviseurs de vérifier les données avant envoi au serveur.

1. <https://www.kobotoolbox.org/>

On notera là aussi l'importance d'un processus d'ajustement du dispositif. Dans le cas malgache, des améliorations ont été possibles notamment en formant le personnel et en recrutant un data manager dédié à la vérification des questionnaires et à leur validation. La pérennité au-delà du cycle du projet d'un tel dispositif, complexe et qui suppose de disposer de marges de manœuvre en termes de Ressources Humaines, reste une question épineuse.



POUR ALLER PLUS LOIN

KoboToolBox est une application gratuite pouvant servir à créer des questionnaires en ligne, déclinables en plusieurs langues, relativement simplement.

ODK Collect est une application Android, plus performante mais moins intuitive dans son utilisation.



À RETENIR

Observation anonyme	Collecte à visage découvert
Permet de protéger les observateurs, qu'ils soient des usagers ou des agents de santé, dans certains contextes difficiles.	Suppose l'établissement d'un lien de confiance et d'un cadre de collaboration avec les autorités.
Est un dispositif inclusif, d'empowerment des citoyens, qui deviennent des patients experts, et qui peut fonctionner avec peu de financements spécifiques.	Permet de confronter les sources en cas de contradiction, d'aller au-delà de la collecte pour rechercher des solutions : l'observateur oriente et peut même résoudre certains problèmes.
Collecte multi-sources	Enquête technicisée et systématique
Remontée d'information hétérogène venant de CPS, d'agents de santé, d'usagers, etc. par le biais d'une ligne d'écoute, d'une application, d'une émission radiophonique...	Visite régulière dans les FOSA assurée par des enquêteurs qui mènent des entretiens avec les usagers et les agents de santé, sur la base de questionnaires numériques ou papier.

Une collecte à visage découvert et une collecte multi-sources anonyme sont souvent associées au vu de leurs avantages respectifs, l'une complétant l'autre.

02

Comment s'assurer de la fiabilité des données ?

Contextualiser et vérifier l'information à la source : Pour l'ANJFAS, la seule remontée d'informations venant des veilleurs ne suffit pas, il faut se rendre sur place pour vérifier l'information et approfondir la compréhension de la situation directement auprès des sources. Les collecteurs, agissant à visage découvert, connaissent les lanceurs d'alerte et peuvent revenir vers la source en cas de question.

Triangler les données : Pour assurer la production de données de qualité dans un contexte de collecte multi-sources anonyme, les observatoires s'appuient sur la triangulation des données. Il s'agit de vérifier la concordance entre les informations transmises par plusieurs sources indépendantes les unes des autres. Le TAW au Cameroun envoie des collecteurs sur le terrain à chaque trimestre pour valider ou invalider l'information remontée. La triangulation des informations est également utilisée dans une collecte à visage découvert, mais elle joue un rôle absolument central dans une collecte anonyme.



Créer un protocole d'enquête : En cas de collecte systématique des données, un protocole d'enquête peut être créé afin de vérifier la cohérence des réponses apportées à une même question. C'est une autre forme de triangulation, interne cette fois-ci.

En cas de collecte numérique, vérifier la réalité de l'enquête : Lorsque la collecte se fait à l'aide d'outils numériques, il est possible d'utiliser les données de géolocalisation pour s'assurer que l'enquête a bien été réalisée dans les lieux indiqués. Il est aussi possible de voir combien de temps a été consacré à chaque question : les jalons temporels permettent de vérifier que l'entretien a bien eu lieu, en comparant le temps passé sur le questionnaire avec une moyenne de réalisation. Ainsi, à Madagascar, Médecins du Monde et ses partenaires se sont rendu compte que plusieurs enquêtes n'avaient pas eu lieu et que les réponses aux questionnaires avaient été inventées, grâce à l'enregistrement de la localisation et de la durée de l'enquête.

Sensibiliser les usagers sur leurs droits et leurs devoirs : Lors des sessions de sensibilisation des usagers, l'accent peut être mis sur la nécessité de ne remonter que des informations fiables, vérifiées par leur propre expérience. Pour les uns, une vérification demeure nécessaire ; pour les autres, il est nécessaire de faire confiance aux usagers : « on n'a pas à remettre en cause la fiabilité des dires des usagers, on est le point de vue de l'utilisateur ».

Pour en savoir plus sur la supervision, voir la fiche « former »

Superviser les collectes : Afin de contrôler la fiabilité des données et d'éventuellement améliorer les protocoles, la supervision peut être nécessaire.

- À Madagascar, la supervision a permis d'identifier les incohérences entre les données envoyées par les enquêteurs et les registres de consultation des FOSA. Lorsqu'il a fallu remplacer un collecteur de façon urgente, le superviseur a assuré la continuité de l'enquête, puis s'est dédié au recrutement et à la formation du nouvel enquêteur. La supervision a donc été essentielle pour le contrôle mais aussi pour assurer un continuum de formation, chemin faisant, deux éléments qui contribuent à la qualité des données collectées. Au-delà du contrôle des données et de la gestion des collecteurs, la supervision sert aussi à revenir sur les protocoles d'enquête.
- L'ANJFAS souligne également la nécessité de débriefings périodiques avec les collecteurs et les veilleurs, par exemple pour redéfinir des termes tels que « rupture » ou « indisponibilité », interprétés différemment par le personnel soignant et par l'observatoire. Pour ces personnels, il y a rupture lorsqu'il n'y a plus le médicament dans le stock, pour l'observatoire, il y a rupture lorsque le patient ne reçoit pas son médicament. Ce n'est pas la même chose et, dès lors, ceux-ci peuvent contester la validité des données transmises uniquement sur la base de l'absence d'un langage commun. Les termes doivent être précisés et le protocole ajusté.



À RETENIR

- **Concevoir** un ou plusieurs mécanismes visant à garantir la qualité des données
- **Prévoir plusieurs phases de test** afin d'aboutir à une méthodologie de collecte fiable, pertinente et adaptée aux pratiques des enquêteurs et au ressenti des groupes enquêtés
- Si la situation exige une réponse rapide de la part de l'observatoire, **les données doivent être à minima triangulées.**
- **Mettre en place, si possible, un mécanisme de supervision**, qui joue un rôle clé pour le contrôle de la qualité, la gestion des collecteurs et l'amélioration continue des protocoles d'enquête
- **Valider**, sur le plan théorique et pratique, **les compétences des collecteurs** recrutés, à partir de mises en situation ou d'entretiens d'évaluation
- En cas d'utilisation d'un support numérique, **exploiter les moyens de contrôle** offerts par ce type de support (géolocalisation des enquêtes, jalons temporels de réalisation de l'enquête)

FICHE 04

SE POSITIONNER

Lors de sa création, l'observatoire s'insère dans un maillage d'acteurs multiples, entre les structures gouvernementales, les associations de patients, les centres de santé, etc. Comme son activité dépend pleinement de la coopération des uns et des autres, l'observatoire doit trouver sa place en parvenant à expliquer ce qu'il va faire et à mettre en lumière les complémentarités existantes ou à créer. L'enjeu est double :

- se positionner à l'interface entre les échelles locales et nationales, voire internationales, autrement dit entre le terrain et les sphères décisionnelles [positionnement vertical];
- se positionner parmi les autres organisations de soutien aux malades et d'appui aux systèmes sanitaires [positionnement horizontal].

01

Le positionnement horizontal : L'importance du partenariat

S'agissant d'une dynamique innovante, un observatoire peut être perçu comme un concurrent par les intervenants en place, lesquels pourraient le mettre en échec. Une communication multi-niveaux, visant à démontrer l'absence de concurrence mais aussi l'existence de bénéfices partagés, peut être nécessaire.



À MADAGASCAR, RÉPONDRE À DES PERCEPTIONS ERRONÉES

LE CONSTAT

L'observatoire porté par MdM s'insère dans un contexte particulier, marqué par une forme de compétition : parmi les structures actives dans la lutte contre le VIH, figurent des sous-bénéficiaires de la subvention du Fonds mondial dont la performance est mesurée entre autre à l'aune du nombre de personnes appartenant aux populations clés qui vont se faire dépister. Si les objectifs fixés ne sont pas atteints, ces associations courent le risque de se voir retirer la subvention, au profit d'autres organisations. Or, les enquêtes menées au profit de l'observatoire sont menées par des pairs-enquêteurs, auprès de populations clés. Ces derniers sont amenés à participer ou assister aux dépistages, ce qui a été perçu comme une forme de menace, d'ingérence ou encore de « vol de client » par certains pairs-éducateurs issus des associations sous-réциpiendaires. Faute de comprendre l'objectif et l'action de l'observatoire, ils ont perçu l'intervention de l'observatoire comme concurrente et ont singulièrement compliqué son travail.

LA RÉPONSE DE L'OBSERVATOIRE

Afin de rassurer les associations et de vulgariser sa mission, l'observatoire a organisé des déplacements sur le terrain. Une rencontre a d'abord eu lieu avec le dispositif de coordination des associations de populations-clés mais des confusions subsistaient. Les responsables de ces structures, encore méfiants, ont demandé l'envoi d'une lettre officielle pour clarifier les prérogatives de l'observatoire, que MdM a obtenue. L'observatoire et ses partenaires ont par la suite continué d'animer des réunions d'information sur le fonctionnement de l'observatoire et ont également invité l'ensemble des sous-bénéficiaires de la subvention du Fonds mondial à assister aux restitutions.

La mise en place d'un dialogue entre organisations sœurs permet de mettre en lumière des intérêts communs, montrer l'absence de concurrence. Ce travail est encore plus nécessaire auprès d'associations chargées de la collecte de certains indicateurs au profit de l'observatoire et qui peut, en cas de mésentente, retenir certaines informations pour faire pression sur l'observatoire.

Si cette entente rend possible un positionnement horizontal réussi, elle est également précieuse pour le plaidoyer. Chaque organisation peut se saisir du rapport et le présenter au niveau local en le contextualisant. Cette consolidation du partenariat contribue à la reconnaissance de l'observatoire, au-delà de sa zone d'intervention, voire même à la diffusion de son modèle dans d'autres régions.



02

Le positionnement vertical

« Le meilleur garant de la durabilité du dispositif est son plébiscite par les responsables des programmes nationaux de lutte contre les pandémies et les organisations internationales » écrivaient les évaluateurs de l'OCASS en novembre 2017. Comment, alors, établir une relation de travail stable et de qualité avec les autorités, sans que cette relation n'affecte l'indépendance et la liberté de parole de l'observatoire ? Les réponses à cette question sont radicalement différentes, sans qu'aucune ne soit a priori meilleure qu'une autre : les choix diffèrent en raison de la diversité des contextes, des rapports entre chaque organisation et l'État, des trajectoires de chaque observatoire.



CENTRAFRIQUE : D'UNE COLLECTE NON DÉCLARÉE À LA CRÉATION D'UN CADRE DE DIALOGUE AVEC LES AUTORITÉS

LE CONTEXTE

Lors de sa création, en 2016, l'observatoire n'a pas informé le Ministère de ses activités. Dès la publication du premier bulletin, le Ministère a manifesté sa surprise tandis que sur le terrain, les FOSA se disaient en désaccord avec les données présentées. Le bulletin mentionnait des cas de ruptures, se référant sans l'expliquer à des situations où les patients n'avaient pas obtenu leurs médicaments, alors que pour les FOSA, parler de rupture impliquait que les stocks étaient vides.

LA RÉPONSE

Un processus de dialogue s'est engagé avec une série de réunions : une première entre le Ministère et les responsables de FOSA pour discuter des données collectées ; avec le Directeur Général de la Santé, lors de laquelle l'observatoire a pu expliquer sa démarche, du point de vue des usagers ; la seconde avec le DG et les responsables de FOSA qui ont remis en cause les données, ce qui a permis à l'observatoire de revenir point par point sur chaque aspect de son

Les difficultés initialement rencontrées en Centrafrique montrent bien l'absolue nécessité d'un cadre de dialogue entre l'observatoire et les autorités sanitaires. L'enjeu est le même au Cameroun, même si l'observatoire se positionne différemment : « dans notre relation aux autorités, nous ne voulons pas avoir de rapports trop formalisés. Un agrément nous limiterait. Notre légalité, on la tire de notre citoyenneté ». En réalité, l'observatoire a construit sa reconnaissance à partir d'un long processus, ancré dans l'action.

premier bulletin. L'observatoire a par la suite mis en place des réunions, tous les trois mois, avec l'ensemble des parties prenantes, sur la base des bulletins déjà publiés. Un an plus tard, l'observatoire profitait de la conférence internationale AFRAVIH pour rencontrer le Ministère de la santé centrafricain et solliciter la formalisation de leur collaboration par le biais d'une lettre officielle, qu'il a obtenue.

LES EFFETS

Suite à la mise en place de ce cadre, les observateurs ont reçu un badge de la part du Ministère pour visiter les FOSA afin de faciliter leur travail de collecte des données et pour éviter que ce ne soit perçu comme de l'« espionnage ». Cette démarche de concertation a permis de poser des bases solides pour l'exercice de la restitution : le cadre de dialogue s'est élargi avec la mise en place d'une réunion annuelle avec le Directeur Général de la Santé pour lui présenter les principaux résultats de l'observatoire. L'observatoire a quant à lui commencé à décerner à certaines FOSA, qui s'illustrent par leurs bonnes pratiques et leur bonne volonté, un « label » communautaire.





AU CAMEROUN, OBTENIR UNE RECONNAISSANCE

LE CONSTAT

En vingt ans d'existence, PG s'est construit sur une identité militante très forte : « nous étions connus pour dire tout haut les choses que les autres pensent tout bas ». Dès la création de l'observatoire, PG s'est heurté à la réticence du Ministère : « démontrer la qualité des données n'est pas toujours facile. Mais nous avons toujours apporté les preuves que ce que l'on montre est vrai. Petit à petit, on a gagné leur confiance ».

LA MÉTHODOLOGIE

Le processus d'inscription dans le paysage sanitaire a été long et progressif :

- ▶ dialoguer avec les autres acteurs de la lutte pour l'amélioration des systèmes de santé : « Il a fallu montrer ce que nous faisons, nos complémentarités, la façon dont on peut construire ensemble grâce à une dynamique collégiale potentielle. Nous ne sommes pas des ennemis ! »;
- ▶ se rapprocher des partenaires techniques et financiers, vecteurs de reconnaissance.

À titre d'exemple, « le partenariat avec Médecins Sans Frontières (MSF) a été un moment fort : ils sont venus vers nous sachant que nous avions des pistes et des propositions. Le Programme National a changé son regard sur nous grâce à ce partenariat »;

- ▶ présenter et défendre la démarche de l'observatoire, en s'appuyant sur les mécanismes de fiabilités des données mis en place : « nous avons nos principes que nous revendiquons : si un patient n'a pas son médicament, c'est une rupture. Il faut être sûr de ses concepts, avoir un postulat clair, et être intransigeant ».

LES EFFETS

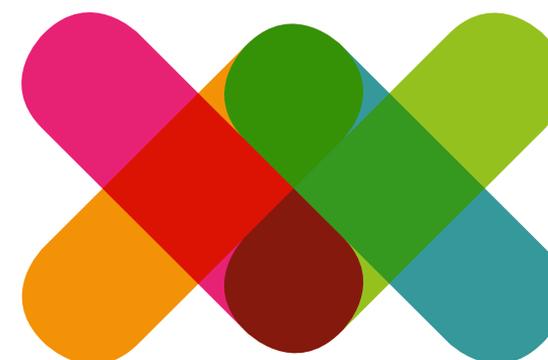
On constate que le passage d'une posture d'opposition et d'affrontement à une posture de dialogue porte la reconnaissance de l'observatoire. Pour autant, la reconnaissance de l'observatoire par les autorités n'a pas été facile à obtenir. « On s'est bagarré et le soutien des partenaires techniques et financiers a été important pour être reconnu. »



Alors que certains observatoires négocient l'établissement d'un cadre de collaboration avec les autorités, d'autres recherchent une reconnaissance dans l'action et par l'action, sans accord formel : la fiabilité des données fournies, l'ouverture au dialogue, la qualité des protocoles, le fait d'apporter des réponses aux dysfonctionnements, le soutien de partenaires techniques et financiers constituent le terreau de cette reconnaissance. Dans le cas de l'observatoire du RAME au Burkina Faso, la genèse du dispositif dans le cadre d'un projet (avec son personnel, ses ressources, son devoir de redevabilité) imposait de sécuriser les activités financées et l'observatoire a dû solliciter l'autorisation des autorités.

L'ancrage vertical et l'ancrage horizontal de l'observatoire s'alimentent mutuellement. Le fait d'avoir su s'intégrer dans un environnement opérationnel est un atout pour être reconnu par les autorités, et vice versa. L'expérience de PG le montre, celle du projet FORSS¹ (Former, suivre, soutenir) également : il a en effet été constaté un risque de doublon avec une autre initiative d'observatoire et, selon le porteur du projet, « il faut veiller à les associer et éviter tout reproche » : de cette intégration horizontale, dépend la reconnaissance par les autorités.

Quant à la toute récente expérience du projet FORSS en région MENA, les organisations qui portent ce projet ont commencé à rencontrer les autorités... qui ne se montrent pas toujours accueillantes. Pour autant, en Egypte, il semble peu concevable de travailler sans l'accord du comité d'éthique : « sans le tampon des autorités, on mettrait les collecteurs en difficultés ». Le projet FORSS envisage finalement d'emprunter la voie qu'a tracée l'ANJFAS tout en affirmant que « de façon générale, il nous faudra des stratégies d'intervention différentes selon les pays ».



À RETENIR

- ▶ **Maintenir un effort de communication constant avec les autres acteurs associatifs** afin d'éviter tout blocage, fausse représentation sur la nature des activités de l'observatoire ou sur l'objectif de son intervention
- ▶ **Faire de la qualité des données une priorité** car de cette dernière peut dépendre la reconnaissance de l'observatoire par des autorités initialement réticentes voire méfiantes.
- ▶ **Obtenir le soutien de partenaires techniques et financiers**, qui peuvent représenter une aide précieuse, notamment quand les rapports avec les autorités sont difficiles.

1. Débuté en 2018, le projet FORSS, porté par Solidarité Sida et ITPC-MENA, vise la création d'observatoires communautaires sur l'accès aux soins VIH dans cinq pays : Égypte, Liban Maroc, Tunisie et Mauritanie.

FICHE 05 RESTITUER

La restitution correspond à un moment charnière entre la collecte et l'impulsion de changements, chez les usagers, les agents de santé ou encore les autorités. Afin de s'assurer que la voix de l'observatoire est entendue et que les dysfonctionnements soulevés trouvent une résolution et parce que les données exposées sont souvent problématiques pour les autorités, le processus de restitution doit être réfléchi en amont :

Qui restitue ? À quelle(s) échelle(s) ? En présence de qui ? De quelle façon ? Comment orienter la restitution de telle sorte à ce que des solutions émergent ? Et comment faire face à des tentatives de dé-légitimation de l'observatoire et de ses données ?

01

Où restituer ? Quand ? Auprès de qui et avec quels objectifs ?

Dans la plupart des cas, la restitution s'effectue au sein d'une structure sanitaire. L'échelle de l'observatoire étant communautaire, son premier niveau d'action et de discussion se situe au niveau local, bien que les résultats puissent également être diffusés auprès de décideurs nationaux ou internationaux. La restitution peut se faire en présentiel par le biais de réunions organisées avec tout ou partie des parties prenantes, et/ou en diffusant des bulletins, des rapports, des newsletters. Le changement d'échelle, du local au national, est parfois nécessaire face à des problèmes relevant de la responsabilité de l'État et sur lesquels les centres de santé ne peuvent pas directement intervenir.

Ces moments de restitution ont d'abord pour objectif de partager l'information, dans certains cas de la valider, et dans d'autres cas d'obtenir la reconnaissance et l'appropriation de ces données par tous, voire d'esquisser une stratégie d'action, de réponse collective, d'engager des actions coercitives. Aussi, la façon dont les données sont restituées et mises en débat est déterminante.



LA RESTITUTION TELLE QUE PRATIQUÉE PAR L'OCASS AU NIGER : LA RECHERCHE COLLECTIVE DE SOLUTIONS IMMÉDIATES ET LOCALES

LA MÉTHODE

Dans le cadre de l'observatoire animé par le RENIP+ au Niger, les informations récoltées sont diffusées à l'ensemble des acteurs de la structure sanitaire : sont invités à participer à la restitution des pharmaciens, des laborantins, des radiologues, des médecins mais également des représentants des usagers. Ces moments d'échange sont animés par les collecteurs eux-mêmes, souvent des conseillers psychosociaux, appuyés par l'équipe de l'observatoire

au besoin. L'exercice suppose d'être relativement à l'aise à l'oral et capable d'expliquer l'observatoire à une audience large. Pour les guider dans cette activité, le RENIP+ a prévu un canevas de restitution à partir duquel les collecteurs peuvent préparer leur présentation : ce canevas permet de donner un cadre, de rappeler les étapes incontournables (introduire, présenter du cadre de travail et de la méthodologie de collecte, exposer les résultats, animer les échanges, faire une synthèse).

L'OBJECTIF

À ce stade, la restitution est donc un moyen de présenter les résultats, l'analyse et l'interprétation des données n'a pas encore eu lieu. Ce n'est qu'après les réunions de restitution que les fiches de collecte sont transmises au RENIP+ pour nourrir les rapports qui seront validés par le Comité de Pilotage, qui rassemble les autorités sanitaires, les représentants de la société civile et les partenaires internationaux (ONUSIDA, Fonds mondial, etc.). L'objectif visé est également de tenter de trouver collectivement des solutions au niveau local plutôt que de renvoyer systématiquement la responsabilité vers des échelons supérieurs.

LES EFFETS

Opter pour la tenue de sessions de restitution locales et régulières, regroupant l'ensemble des acteurs concernés, permet de résoudre certaines situations problématiques rapidement. Souvent, le manque d'information au niveau de la direction expliquait la persistance de certains problèmes tels que l'insuffisance des stocks de médicaments et d'intrants ou des machines défectueuses non remplacées. Au-delà de permettre la remontée d'information, la restitution permet également de susciter du

dialogue à tous les échelons de la pyramide sanitaire. La régularité de ces réunions crée une dynamique favorable à l'émergence d'une redevabilité commune, de la part des responsables comme des agents de santé, qui travaillent en synergie pour améliorer la prise en charge des usagers.

L'exemple nigérien met l'accent sur la nécessité de faire de la restitution un moment d'échange horizontal et non d'accusation : chercher des solutions par le dialogue plutôt que de remonter directement les dysfonctionnements au niveau central permet de créer un lien de confiance nécessaire à l'acceptation du travail des collecteurs et à la conduite du changement. Dans la même optique, l'OCASS, au Niger, évoque dans ses restitutions à la fois les constats d'insuffisances des centres de soins et les bonnes pratiques observées chez les personnels soignants.





EN CENTRAFRIQUE : LA RESTITUTION, ENTRE NÉCESSITÉ D'INFORMER LES RESPONSABLES ET MAINTIEN D'UNE CERTAINE DISTANCE GAGE D'INDÉPENDANCE ET DE SÉCURITÉ POUR LES OBSERVATEURS

Dans le cas où une culture du dialogue ne préexisterait pas entre l'organisation porteuse de l'observatoire et les autorités politiques, il peut être difficile de concevoir l'intégration des décideurs sans s'inquiéter d'une forme de compromission de l'observatoire.

En mai 2016, l'ANJFAS diffuse un bulletin mettant en évidence des dysfonctionnements importants dans les distributions d'ARV dans plusieurs FOSA couverts par son observatoire. « Au début, comme les chefs des FOSA n'étaient pas informés, il y a eu des réactions négatives quand TAW

a estimé que 25 % des FOSA avait un niveau faible et qu'aucune d'entre elles n'avait un niveau suffisant ». L'intervention du Directeur général de la lutte contre les endémies spécifiques a été nécessaire pour expliquer le rôle de l'observatoire et l'intérêt du dispositif auprès des responsables des centres de prise d'ARV de Bangui. L'ANJFAS a également initié, en parallèle de la publication de ces rapports, un travail de plaidoyer auprès des responsables. À la suite de cette intervention conjointe, les patients ont cessé de payer des frais de consultation abusifs dans les FOSA de Bangui concernés.

Les modalités dans lesquelles un observatoire mènera ses restitutions sont ainsi déterminées par l'existence, ou non, d'une culture du dialogue entre la société civile et les autorités politiques. Un climat de méfiance voire d'insécurité contribuera à réduire les moments d'échange organisés entre les collecteurs et les responsables dans une double logique de préservation de l'indépendance et de sécurisation des représentants de l'observatoire. Quand elle n'est pas incarnée par une personne mais réalisée en ligne par exemple, la diffusion des résultats n'entraîne pas la mise en danger des individus qui la réalise. Positive Generation au Cameroun a ainsi opté pour cette solution, en envoyant les bulletins du TAW à une mailing list, remplaçant l'interactivité d'une restitution orale par une présentation visuelle soignée des données.

02

De la restitution au passage à l'action : une ambiance, un lien de confiance, des conditions propices à créer

Plusieurs observatoires rapportent les difficultés rencontrées à leurs débuts, face à des autorités sanitaires qui, dans une posture défensive, tentent de délégitimer l'observatoire et ses productions. Loin d'être une fatalité, cette situation suppose que l'observatoire s'y prépare, l'anticipe et tente de créer les conditions propices au dialogue.

L'observatoire de Médecins du Monde a rapidement saisi l'importance qu'avait l'atmosphère des restitutions, notamment lorsqu'elles sont animées par des personnes déjà connues des auditeurs, capables d'adopter « une attitude positive, sincère et transparente, qui ne tombe pas dans la critique ou la culpabilisation et qui permet d'admettre nos faiblesses et d'enclencher une mobilisation ».





MADAGASCAR : APPRENDRE DE SES ERREURS

PREMIÈRE RESTITUTION – JUILLET 2018

« L'ambiance était plutôt à la méfiance vis-à-vis des données présentées [...] Ils étaient surtout en désaccord sur les taux de dépistage très bas et les participants ne les ont pas compris par rapport à leur idée de la réalité. Nous n'avions pas vraiment de réponse à leur apporter, nous sommes sortis frustrés, insatisfaits. Nous n'avions pas d'arguments solides à l'appui et nous-mêmes n'avions pas confiance en nos données [...], comme si nous avions fait les choses pour rien ».

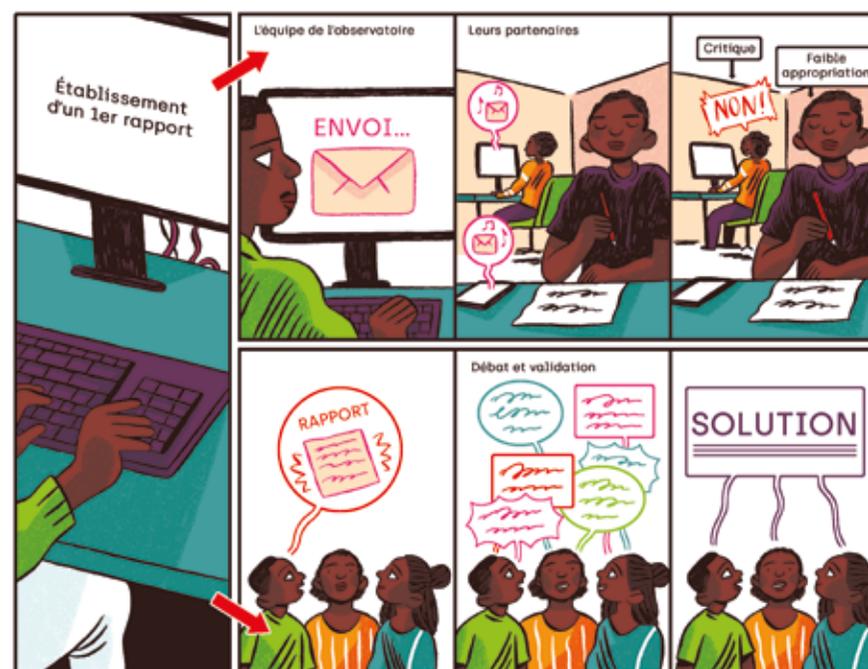
DEUXIÈME RESTITUTION - DÉCEMBRE 2018

« Nous avons gagné en confiance et savions défendre nos idées, nos résultats [...]. Malgré des questionnements sur la fiabilité du résultat [...] nous avons expliqué nos données d'un point de vue qualitatif. Nous avons démontré la fiabilité de nos données. Et la réunion a abouti à une décision [...] Les participants avaient intégré les résultats, avaient discuté, avaient compris que nous n'avons pas peur de parler de la vérité. Nos résultats montraient des pistes d'actions ».

LES FACTEURS D'AMÉLIORATION

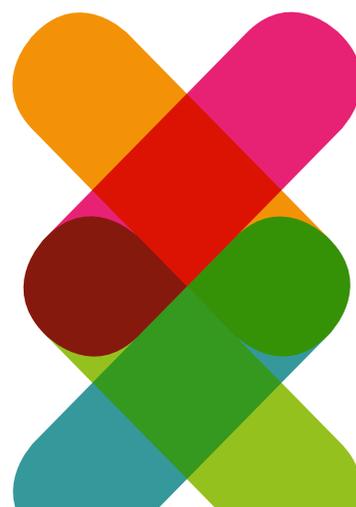
Plusieurs conditions ont été réunies pour améliorer les restitutions :

- des garanties supplémentaires ont été prises quant à la fiabilité des données, avec un accent mis sur la supervision des collecteurs;
- les questions pièges ont été anticipées, notamment du point de vue du protocole de la collecte : préciser l'évolution des résultats, savoir les contextualiser, en maîtriser les limites mais également esquisser des pistes de résolution;
- l'observatoire a gagné en confiance avec le temps : « notre dispositif a mûri ».



À RETENIR

- S'assurer, quelle que soit la méthode choisie, que les données collectées sont de qualité et que l'équipe qui les présente sache les défendre et d'argumenter sur la méthodologie employée.
- Adapter le mode de restitution au type de dysfonctionnement relevé : certains dysfonctionnements exigent une alerte rapide et une résolution immédiate, en dehors de la périodicité habituelle des réunions quand d'autres, plus structurels, pourront être présentés lors des restitutions.
- Impliquer les collecteurs lors des restitutions, pour renforcer leurs compétences en matière de plaidoyer et faciliter la diffusion des données en la confiant à quelqu'un de déjà connu des responsables et des agents de santé. Si les collecteurs se voient également confier cette activité, prévoir des sessions de formation en conséquence.
- Faire valider par les agents de santé les informations collectées pour faciliter l'adhésion de tous les acteurs au dispositif.
- Effectuer un suivi étroit des décisions prises à l'issue de la restitution afin de s'assurer de leur mise en œuvre.
- Confier l'animation de la restitution à des personnes qui maîtrisent les codes locaux, les anecdotes, la culture, l'humour, de façon à favoriser le dialogue et l'appropriation des résultats présentés.



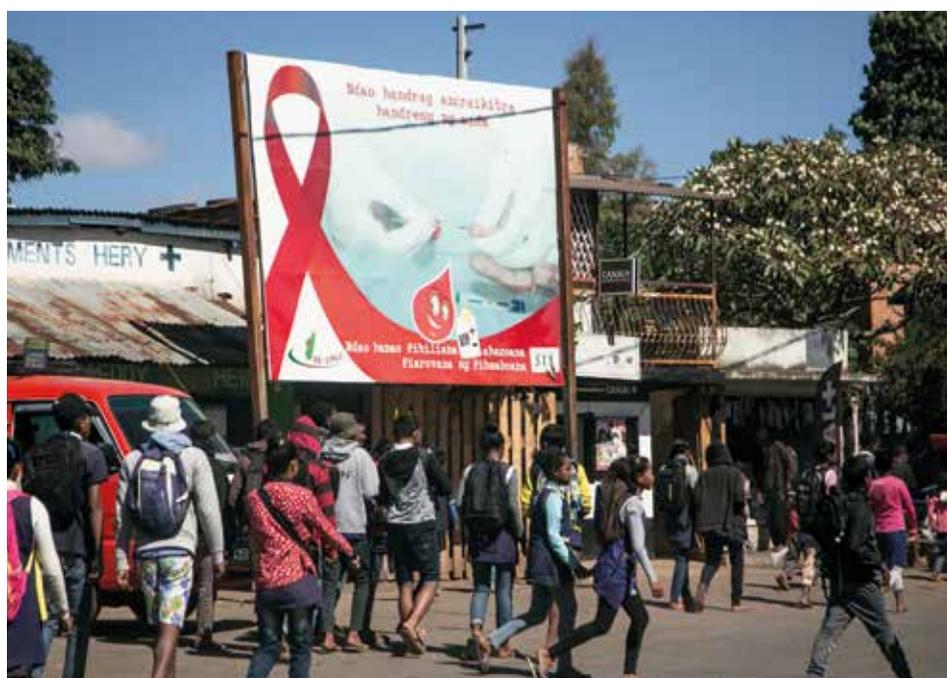
FICHE 06 INFLUENCER

Parmi les dysfonctionnements que peut signaler un observatoire, certains trouvent leur résolution localement, notamment par le biais des réunions de restitution. D'autres problèmes nécessitent toutefois parfois d'être portés à un plus haut niveau. Comment, à partir des données collectées, parvenir à avoir une réelle influence auprès des autorités décisionnaires? Bien qu'il intervienne dans un second temps, le plaidoyer constitue une activité cruciale pour les observatoires qui explorent des stratégies différentes selon les capacités de chacun et le type de relation établie avec les décideurs.

01

S'unir pour amplifier la voix de l'observatoire : la création de plateformes

Dans plusieurs observatoires, le plaidoyer n'apparaît pas d'emblée comme une priorité mais le devient de fait lorsqu'il faut interpeller les autorités face aux dysfonctionnements observés. Si les comités « techniques » peuvent être adaptés au pilotage d'un observatoire, ils ne sont pas pour autant des supports efficaces de plaidoyer. Les équipes en charge de la collecte n'ont pas non plus toujours les compétences pour porter un plaidoyer. La constitution de coalitions d'OSC, plus ou moins large, est une réponse pertinente à ces insuffisances.



À MADAGASCAR, UNE PLATEFORME D'ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

LE CONSTAT DE DÉPART

Lors de la mise en place de l'observatoire en 2017, le lancement des enquêtes a pris le pas sur la définition d'une stratégie de plaidoyer et la production des données sur leur exploitation. Il est toutefois devenu urgent de porter un plaidoyer au niveau des autorités, face à des événements comme des ruptures en intrants.

LA MÉTHODOLOGIE

Les cinq partenaires en charge de l'observatoire ont décidé de constituer une plateforme de plaidoyer, conçue comme une « force palliative dans le suivi et le signalement face aux éventuels problèmes dans la réponse au VIH à Madagascar ». Elle repose sur l'hypothèse que le regroupement de « toutes les OSC œuvrant dans la lutte contre le VIH constituera une force déterminante pour améliorer la mise en œuvre de la politique nationale ». Trois étapes ont été nécessaires :

- rédiger une charte, socle sur lequel s'établira la plateforme;
- informer les autorités de l'existence d'une telle plateforme;
- élargir la plateforme en intégrant d'autres OSC.

Notons que la composition de la plateforme peut se heurter à des concurrences et tensions entre les organisations du secteur. À Madagascar, on souligne le fait qu'il faut tenter de favoriser d'emblée l'idée d'une complémentarité entre toutes les associations en encourageant de manière pro-active la participation de tous aux activités de l'observatoire : il s'agit d'« aller vers eux pour leur ouvrir les portes, éviter le côté chasse gardée ». Il est en ce sens souhaitable de le faire dès les premiers pas de l'observatoire.



AU NIGER, DÉCLOISONNER LE PLAIDOYER SUR LA SANTÉ

LE CONSTAT

Le même procédé a été utilisé au Niger. Un comité de pilotage technique, composés des trois programmes nationaux, de l'ONUSIDA, de partenaires locaux et internationaux intervenant dans la lutte contre les trois maladies, existait déjà mais son échelle et sa composition ne répondaient pas aux exigences du RENIP+ en termes de plaidoyer. La publication de rapports validés par le comité de pilotage ne suffisait pas à résoudre certains problèmes récurrents, à un niveau plus macro : approvisionnement en intrants, manque de ressources humaines ou turn-over important.

LA MISE EN ŒUVRE

Le RENIP+ a suscité la création d'une large plateforme, ouverte et inclusive, qui regroupe une vingtaine d'associations dans le domaine de la santé, y compris dans la gouvernance et le financement de la santé. Pour composer la plateforme, le RENIP+ a fait appel à son réseau, étant membre du CCM du Niger et représenté dans différentes instances dont le CNLS

ou le comité d'approvisionnement des intrants rattaché au Ministère de la Santé. Aucune association n'a refusé, même si certaines ne sont pas proactives. Un protocole de mise en œuvre a été signé entre les différentes associations et les rapports trimestriels sont désormais validés par la plateforme avant diffusion.

LES EFFETS

La plateforme a été invitée, en avril 2019, à présenter les dysfonctionnements relevés par l'OCASS auprès des parlementaires européens pour la reconstitution des ressources du Fonds mondial, en présence de la Première dame du Niger. L'ouverture à d'autres structures que celles de lutte contre le VIH permet également d'éviter l'écueil de la verticalisation.



02

S'appuyer sur des personnalités influentes

D'autres observatoires choisissent une stratégie différente : plutôt que de créer des coalitions, ils mobilisent des figures influentes à l'échelle nationale, capables de solliciter leur réseau pour porter les messages clés de l'observatoire.





EN GUINÉE, UN « COMITÉ DE CHAMPIONS »

LE CONSTAT

L'observatoire porté par la COFEL s'appuie sur l'équipe du Fonds mondial en Guinée pour porter son plaidoyer. Malgré le travail fourni, des insuffisances sont constatées. Deux événements ont contribué à rendre la question du plaidoyer plus brûlante encore. En 2017, un incendie a éclaté au dépôt central des médicaments, quelques mois après que le Fonds mondial eut évalué à trois millions de dollars les médicaments stockés et informé les autorités sanitaires qu'en cas de péremption des médicaments, elles seraient tenues responsables et devraient rembourser ce montant. Le coordinateur de l'observatoire a émis des doutes quant au caractère accidentel de l'incendie, ce qui lui a valu d'être menacé. En juillet 2018, le pays a connu une rupture générale d'ARV et en dépit d'une mobilisation immédiate de l'observatoire qui a produit dans l'urgence un rapport, la situation n'a pas été résolue.

LA MISE EN PLACE DU COMITÉ DE CHAMPIONS

C'est pour dépasser ces obstacles que la COFEL a créé un comité

de champions, non plus constitué d'organisations mais de personnalités : anciens ministres de la santé, présidents d'associations partenaires, hauts fonctionnaires des Nations Unies, de l'ordre des pharmaciens, des avocats et des médecins. Aucune des personnes contactées n'a refusé de rejoindre le comité. La présidence est assurée par d'anciens ministres – mais la composition du comité est fondamentalement multisectorielle et associe compétences juridiques et compétences en santé. Ce comité des champions n'intervient que sur des problèmes que le comité de pilotage n'a pu résoudre : il rédige des documents qu'il est en capacité de porter au plus haut niveau, communique sur les réseaux, etc.

LES EFFETS

Un des effets directs qu'a permis la constitution de ce comité a été le renforcement de la légitimité de l'observatoire. Ne souhaitant pas demander d'autorisation au Ministère de la santé, l'observatoire a néanmoins pu bénéficier du soutien du Ministre, ce qui a facilité son intégration dans le paysage sanitaire.

La mise en place d'un comité des champions peut se heurter à des rivalités entre personnalités. Sa composition doit tenir compte de ce risque. L'expérience de la COFEL n'est pas reproductible partout : l'instabilité politique peut rendre très rapidement obsolète la composition du comité et atténuer la portée de la voix des « champions ». La mobilisation de leaders politiques peut faire peser un risque sérieux sur l'apolitisme affiché des observatoires. Il faudra alors trouver d'autres types d'« influenceurs », en dehors du champ politique.

L'IMPORTANCE DE LA DIFFUSION



À RETENIR

- **Anticiper la stratégie de plaidoyer**, dès la mise en place de l'observatoire.
- **S'interroger sur la possibilité de mettre en place une coalition d'OSC pour porter le plaidoyer**, et si cette stratégie est adoptée, veiller à aplanir d'éventuelles tensions et relations de concurrence en adoptant, dès le départ, une approche inclusive et en explicitant les complémentarités existantes.
- **Contacter quelques personnalités influentes et légitimes**, afin d'éventuellement constituer un comité de plaidoyer et de permettre à l'observatoire de se doter d'une forme de reconnaissance institutionnelle nécessaire pour son insertion dans l'écosystème sanitaire.
- **Baser son plaidoyer sur des conclusions ayant déjà obtenu l'assentiment de plusieurs acteurs**, qu'il s'agisse des autorités sanitaires locales ou d'organisations communautaires voisines. Plus l'appropriation des enjeux du plaidoyer sera large, plus le nombre d'alliés sera important et la mobilisation, durable.

CONCLUSION



Le mot de la fin à... Eric Fleutelot, Directeur de l'Initiative 5%

L'Initiative 5%, contribution indirecte de la France au Fonds mondial, vise à améliorer l'accès aux financements du Fonds mondial dans les pays éligibles mais aussi à renforcer l'impact des subventions du Fonds mondial.

Très vite, il est apparu prioritaire de soutenir la société civile et le monde communautaire car leurs interventions sont précieuses pour l'efficacité de l'aide apportée aux pays, mais aussi parce qu'au-delà des financements, il convient de faire évoluer les pratiques et les politiques.

Partir de ce qui ne va pas, de ce qui ne marche pas, a été une constante dans la démarche communautaire en santé, avec également une volonté de reprendre du pouvoir sur son destin en devenant pleinement acteur de sa santé, de la santé de sa famille, de sa communauté.

Alors si la pertinence des observatoires ne se pose même plus aujourd'hui, il reste néanmoins la question de leur financement. Pour assurer la pérennité de leurs activités, il conviendrait sûrement de réserver une part infime des financements alloués par le Fonds mondial à ces mécanismes dynamiques qui s'étendent de plus en plus au-delà de la lutte contre les trois maladies. Toutefois, c'est du ressort de chaque pays de décider de le faire, ou pas.

Mais c'est potentiellement aussi prendre le risque que les observatoires perdent leur indépendance. Il n'y a donc pas forcément une solution simple pour en assurer la pérennité, mais là encore des solutions idoines, pays par pays, observatoire par observatoire.

Finalement, ce travail de capitalisation, dont ce livret est une étape et un outil, démontre que l'efficacité et la pertinence sont potentiellement au rendez-vous lorsqu'on accepte de n'avoir aucune certitude et quand on s'autorise à se questionner et à se remettre en question en permanence.

Le rôle de l'Initiative 5%, à travers cet exercice de capitalisation, est aussi de relayer les résultats des observatoires pour améliorer encore et toujours l'impact du Fonds mondial, en portant ces questions au niveau de la réflexion stratégique du Fonds mais aussi au niveau de sa gouvernance.

Exigeante vis-à-vis de son impact, l'Initiative 5% a également porté cette réflexion et cette capitalisation afin de mieux comprendre l'influence que pouvait avoir ce type de financement sur les trajectoires empruntées par chacun des observatoires et d'ainsi mieux prévenir l'écueil de l'instrumentalisation. Au cœur de ce document, l'ancrage local, citoyen et participatif des observatoires demeure la pierre angulaire sur laquelle peuvent être assises leur légitimité et leur durabilité.

De qui parle-t-on ? Et comment fonctionnent-ils ?

Les observatoires contributeurs de la capitalisation



« TREATMENT ACCESS WATCH » CENTRAFRIQUE

ANNÉE DE NAISSANCE
2016

CONTEXTE DE NAISSANCE
Projet financé par l'Initiative 5%,
modèle inspiré du TAW Cameroun

ORGANISATION PORTEUSE
Association nationale des jeunes
femmes actives pour la solidarité
(ANJFAS)

AMPLEUR DU DISPOSITIF
14 FOSA à Bangui

CHAMP D'OBSERVATION
VIH/sida, paludisme, tuberculose

MÉTHODOLOGIE DE LA COLLECTE
Remontée d'informations par le
biais de veilleurs / sentinelles

Collecte à visage découvert
assurée par des pairs-éducateurs,
sélectionnés sur critères

Mécanisme de supervision

RAPPORT AVEC LES AUTORITÉS
Autorisation du Ministère de la
santé obtenue après le lancement
de l'observatoire

ÉQUIPE¹
5 employés : 1 coordinateur ;
1 comptable ; 1 agent de saisie
des données ; 1 chargé de suivi-
évaluation ; 1 responsable de
plaidoyer.

BUREAUX
Hébergés au siège de l'ANJFAS

OUTILS DISPONIBLES
3 ordinateurs, 1 imprimante



« TREATMENT ACCESS WATCH » CAMEROUN

ANNÉE DE NAISSANCE
2009

CONTEXTE DE NAISSANCE
Dynamique spontanée de
documentation des cas de
dysfonctionnements à partir des
témoignages des usagers

ORGANISATION PORTEUSE
Positive Generation

AMPLEUR DU DISPOSITIF
78 FOSA dans tout le pays

CHAMP D'OBSERVATION
VIH/sida, paludisme, tuberculose

**MÉTHODOLOGIE
DE L'OBSERVATION**

Observation anonyme, massive
et multi-sources :

- Veilleurs : citoyens mobilisés
lors de causeries éducatives et
personnels soignants
- Membres d'organisations
partenaires réunissant des
personnes sous traitement,
agents de santé communautaire
en milieu hospitalier qui appellent
l'observatoire pour remonter des
dysfonctionnements
- Observateurs (90) : volontaires
qui descendent sur le terrain pour
mener des enquêtes, notamment
en cas de contradiction des
sources

RAPPORT AVEC LES AUTORITÉS
Reconnaissance informelle après
le lancement de l'observatoire et
permise par l'appui des PTF et
la fiabilité avérée des données
fournies

ÉQUIPE
7 employés : 1 coordinateur ;
1 responsable du contrôle qualité ;
1 statisticien ; 1 agent de saisie
des données ; 1 responsable de
la mobilisation communautaire ;
1 avocat ; 1 para-juriste.

BUREAUX
Hébergés dans les locaux de PG

OUTILS DISPONIBLES
3 vidéoprojecteurs ; 3 imprimantes ;
7 ordinateurs

¹. Personnes impliquées quotidiennement dans le pilotage de l'observatoire



« TREATMENT ACCESS WATCH »

TCHAD

ANNÉE DE NAISSANCE
2018

CONTEXTE DE NAISSANCE
Projet financé par l'Initiative 5%, modèle inspiré du TAW Cameroun

ORGANISATION PORTEUSE
Association Djenandoum Naasson (ADN)

AMPLEUR DU DISPOSITIF
Dans la province du Logone Occidentale, 4 districts sanitaires regroupant 56 FOSA

CHAMP D'OBSERVATION
VIH/sida, paludisme, tuberculose

MÉTHODOLOGIE DE LA COLLECTE
Mobilisation de veilleurs et d'une vingtaine de collecteurs (CPS, agents de santé, pairs-éducateurs)

RAPPORT AVEC LES AUTORITÉS
Prise de contact informelle lors du lancement de l'observatoire

ÉQUIPE
5 employés : 1 coordinateur; 1 assistant; 3 superviseurs.

BUREAUX
Hébergés dans les locaux d'ADN

OUTILS DISPONIBLES
1 ligne verte; Fiches de collecte de données (papier)



OBSERVATOIRE COMMUNAUTAIRE SUR L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ (OCASS)

BURKINA - FASO

ANNÉE DE NAISSANCE
2012

CONTEXTE DE NAISSANCE
Dynamique spontanée de documentation des cas de dysfonctionnements à partir des témoignages des usagers

ORGANISATION PORTEUSE
Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME)

AMPLEUR DU DISPOSITIF
Près de 2000 formations sanitaires

CHAMP D'OBSERVATION
VIH/sida, tuberculose, paludisme, gestion des approvisionnements et des stocks, SMNI

MÉTHODOLOGIE DE LA COLLECTE
Mobilisation de veilleurs (usagers et prestataires de soin) et d'une centaine de collecteurs (CPS, prestataires et usagers).

RAPPORT AVEC LES AUTORITÉS
Autorisation du Ministère de la santé via la validation du protocole de collecte par le Comité d'éthique et de recherche en santé (CERS), après le lancement de l'observatoire

ÉQUIPE
3 employés : 1 comptable; 1 chargé de suivi-évaluation; 1 coordinateur.

BUREAUX
Hébergés au siège du RAME

OUTILS DISPONIBLES
1 ligne verte dont se charge une autre association partenaire; 1 logiciel de gestion de données (CS Pro)



OBSERVATOIRE COMMUNAUTAIRE SUR L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ (OCASS)

GUINÉE

ANNÉE DE NAISSANCE
2014

CONTEXTE DE NAISSANCE
Projet financé par l'I15%

ORGANISATION PORTEUSE
Réseau Guinéen des Associations des Personnes vivant avec le VIH (REGAP+) et Coalition des femmes leaders de Guinée (COFEL)

AMPLEUR DU DISPOSITIF
21 districts sanitaires regroupant 54 FOSA

CHAMP D'OBSERVATION
VIH/sida, paludisme, tuberculose, soins de santé primaire, protection maternelle et infantile et prochainement suivi budgétaire et gouvernance du système de santé

MÉTHODOLOGIE DE LA COLLECTE
Mobilisation de veilleurs (usagers des services de santé) et de collecteurs, issus d'OSC et détenteurs d'une licence ou d'un BTS

Mécanisme de supervision tous les trimestres

RAPPORT AVEC LES AUTORITÉS
Prise de contact avant le lancement de l'observatoire aboutissant à l'envoi d'une lettre d'information, rédigée par la Direction des Grandes Endémies, pour faciliter les relations entre le dispositif et les responsables de FOSA

ÉQUIPE
3 employés : 1 chargé de projet, 1 comptable, 1 chargé de suivi-évaluation.

BUREAUX
Hébergés par un consortium d'ONG

OUTILS DISPONIBLES
Ligne verte, ordinateur, 1 imprimante, tablettes



OBSERVATOIRE COMMUNAUTAIRE SUR L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ (OCASS)

NIGER

ANNÉE DE NAISSANCE
2014

CONTEXTE DE NAISSANCE
Projet financé par l'Initiative 5%

ORGANISATION PORTEUSE
Réseau Nigérien des Personnes vivant avec le VIH (RENIP+)

AMPLEUR DU DISPOSITIF
30 centres de santé sur tout le territoire national

CHAMP D'OBSERVATION
VIH/sida, paludisme, tuberculose

MÉTHODOLOGIE DE LA COLLECTE
Collecte assurée par une quarantaine de conseillers psychosociaux préalablement formés et rémunérés

RAPPORT AVEC LES AUTORITÉS
Autorisation du comité d'éthique du Ministère de la santé avant le lancement de l'observatoire

ÉQUIPE
4 employés : 1 chargé de projet; 1 comptable; 1 chargé de communication; 1 chargé de suivi-évaluation.

BUREAUX
Location de bureaux au siège du RENIP+

OUTILS DISPONIBLES
1 ligne verte; 3 ordinateurs; 1 imprimante; 1 page Facebook; Excel; 1 serveur et 8 tablettes en voie d'acquisition.



OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS VIH POUR LES POPULATIONS CLÉS

MADAGASCAR

ANNÉE DE NAISSANCE
2017

CONTEXTE DE NAISSANCE
Projet financé par l'IS%

ORGANISATION PORTEUSE
Médecins du Monde France

AMPLEUR DU DISPOSITIF
5 villes (Antananarivo, Tamatave, Diego, Mahajanga, Tuléar),

44 FOSA

CHAMP D'OBSERVATION
VIH/sida

MÉTHODOLOGIE DE LA COLLECTE
Enquête de terrain régulière à visage découvert assurée par des pairs-enquêteurs (71) issus des associations partenaires, munis de tablettes, dans les lieux de rencontre des populations clés

Superviseurs (15)

RAPPORT AVEC LES AUTORITÉS
Autorisation du Ministère de la santé via le Comité d'Éthique et de Recherche biomédicale (CERM) avant le lancement de l'observatoire

ÉQUIPE
10 employés : 1 coordinateur de programme, 1 responsable monitoring et évaluation, 1 data manager, 1 analyste, 1 chargée de plaidoyer, 5 points focaux (1 dans chaque ville)

BUREAUX
1 bureau en capitale

OUTILS DISPONIBLES
52 tablettes; 1 logiciel de saisie de données (KoboToolBox); 1 logiciel d'analyse de données (RStudio).



PROGRAMME FORSS : FORMER, SUIVRE, SOUTENIR

ÉGYPTE, LIBAN, MAROC, TUNISIE, MAURITANIE

ANNÉE DE NAISSANCE
2018 (en cours de mise en place)

CONTEXTE DE NAISSANCE
Projet financé par l'Initiative 5%

ORGANISATION PORTEUSE
Solidarité sida et ITPC

AMPLEUR DU DISPOSITIF
15 sites de collecte

CHAMP D'OBSERVATION
VIH/sida

MÉTHODOLOGIE DE LA COLLECTE
Enquête de terrain réalisée par un binôme composé du point focal de l'organisation partenaire et d'un pair-éducateur, à l'aide d'une application smartphone

RAPPORT AVEC LES AUTORITÉS
Autorisation des autorités des cinq pays avant le lancement de l'observatoire

L'engagement de l'Initiative 5% aux côtés des observatoires

9 projets financés

Pays	Porteur	Partenaires	Date	Financement
Cameroun, Centrafrique	Positive Generation	ANJFAS	2014 - 2017	776 892 €
Cameroun, Centrafrique, Tchad	Positive Generation	ANJFAS, ADN	2018 - 2021	846 698,20 €
Burkina Faso, Guinée, Niger	RAME	REGAP+, RENIP+	2014 - 2017	900 000 €
Burkina Faso, Guinée, Niger	RAME	REGAP+, RENIP+	2018 - 2021	1 498 835 €
Bénin, Niger	CeRADIS	LASDEL, MVS	2014 - 2017	770 000 €
République démocratique du Congo	Médecins du Monde	UCOP+, FOSI	2013 - 2015	521 301 €
Madagascar	Médecins du Monde	AINGA/AIDES, MADAIDS, AFSA, Solidarité des MSM	2017 - 2019	787 500 €
Égypte, Liban Maroc, Mauritanie, Tunisie	Solidarité Sida / ITPC MENA	ITPC-MENA, RdR-Maroc, M-Coalition, ATP +, Al Shehab Institution for Compréhensive Development, AGD	2018 - 2021	1 878 234 €
Burkina Faso, Cameroun	CHMP	RAME, Positive Generation	2019 - 2022	600 000 €

3 missions d'assistance technique

Intitulé de la mission	Bénéficiaire	Jours d'expertise	Date	Financement
Appui au renforcement des capacités d'ANJFAS	Positive Generation	50	2017	58 670 €
Appui à la reformulation et re-planification de la deuxième phase du projet Treatment Acces Watch (TAW)	Positive Generation	24	2018	39 329 €
Appui aux ateliers de replanification de l'observatoire du RAME	RAME	28	2018	25 785 €

Acronymes

AFAFSI : Association des femmes africaines face au sida

AFRAVIH : Alliance francophone des Acteurs de santé contre le VIH et les hépatites

AGD : Association des Gestionnaires pour le Développement

ANJFAS : Association nationale des jeunes femmes actives en solidarité

ARV : Antirétroviraux

ATP+ : Association tunisienne de prévention positive

CeRADIS : Centre de réflexions et d'actions pour le développement intégré et la solidarité

CCM : Country Coordination Mechanism

CHMP : Centre humanitaire des métiers de la pharmacie

CNLS : Conseil national de lutte contre le sida

COFEL : Coalition des Femmes Leaders en Guinée

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

ITPC : International Treatment Preparedness Coalition

FOSA : Formations sanitaires

FORSS : Former, suivre, soutenir

FM : Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose

OCASS : Observatoire Communautaire sur l'accès aux services de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA

PG : Positive Generation

PV : Population vulnérable

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

RDR-Maroc : Réduction des risques Maroc

REN-LAC : Réseau national de lutte anti-corruption

RAME : Réseau Accès Médicaments Essentiels

REGAP+ : Réseau guinéen des personnes affectées avec le VIH

RENIP+ : Réseau nigérien des personnes vivant avec le VIH

TAW : Treatment Access Watch

TS : Travailleurs du sexe

UCOP+ : Union Congolaise des Organisations de Personnes vivant avec le VIH

UDI : Usagers de drogues injectables

FOSI : Forum Sida

Crédits photos :

Couverture : Rijasolo / Expertise France • Page 2 : Anna Surinyach / Expertise France • Page 6 : Rijasolo / Expertise France • Page 10 : Nacho Bonilla / Expertise France • Page 16 : Rijasolo / Expertise France • Page 21 : Rijasolo / Expertise France • Page 22 : John Rae / The Global Fund • Page 26 : Rijasolo / Expertise France • Page 28 : Rijasolo / Expertise France • Page 29 : Ammy Fiadanana / Médecins du Monde • Page 33 : François de Monge / Médecins du Monde • Page 36 : Anna Surinyach / Expertise France • Page 43 : Rijasolo / Expertise France • Page 45 : Rijasolo / Expertise France • Page 48 : John Rae / The Global Fund • Page 53 : Rijasolo / Expertise France • Page 57 : Anna Surinyach / Expertise France • Page 61/62 : Rijasolo / Expertise France • Page 65 : Positive Generation • Page 68 : Ammy Fiadanana / Médecins du Monde

Illustrations :

The Ink Link / Héroïse Chochois

Les organisations contributrices :

ADN, AFSA, Ainga Aides, ANJFAS, CDN, CHMP, COFEL, ITPC MENA, Mad'Aids, Médecins du Monde, PG, RAME, RENIP+, REGAP+, Réseau Solidarité des LGBT, Solidarité Sida.

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel d'Expertise France.

La démarche de capitalisation

2013

L'Initiative 5% lance un appel à projets sur la thématique « Gouvernance », à l'issue duquel quatre projets de lancement ou de renforcement d'observatoires sont sélectionnés : l'observatoire TAW, au Cameroun, en Centrafrique et au Tchad ; l'observation du CeRADIS au Bénin et au Niger ; l'OCASS au Niger, en Guinée et au Burkina Faso et enfin un observatoire porté par Médecins du Monde en République démocratique du Congo.



2016

À l'issue d'un appel à projets sur la thématique « populations marginalisées », l'Initiative 5% finance un observatoire de l'accès aux soins VIH pour les populations clés à Madagascar.



2017

Réalisation d'une évaluation transversale, portant sur l'expérience des projets d'observatoires portés par PG, le RAME et le CeRADIS ; Sélection de deux nouveaux projets de lancement d'observatoires, porté par Solidarité Sida/ITPC et par le CHMP à l'issue d'un appel à projet sur le renforcement des systèmes de santé.



2018

Atelier de lancement de la capitalisation à partir duquel plusieurs enjeux communs ont été identifiés, à Bordeaux, en marge de la conférence AFRAVIH.



Septembre 2018 – mars 2019

Missions de terrain au Burkina Faso, au Cameroun et à Madagascar afin de recueillir les expériences des actrices et acteurs de terrain qui font vivre au quotidien les observatoires



Avril 2019

Atelier de capitalisation à Paris réunissant une trentaine de participant.e.s représentant 9 observatoires historiques ou plus récents, à l'issue duquel une quinzaine de fiches d'expérience ont été produites

Ce document de capitalisation a été réalisé par Perrine Duroyaume, Hélène Gombert et Jean-Eudes Beuret. Il est issu d'un travail collectif, réunissant plus d'une trentaine d'acteurs de terrain, l'équipe de l'Initiative 5% et du Pôle d'Appui technique et transversal du Département Santé d'Expertise France et les évaluateurs des projets (Cabinet COTA).



INITIATIVE 5%
SIDA, TUBERCULOSE, PALUDISME

Initiative 5% sida, tuberculose, paludisme

Expertise France
73, rue de Vaugirard
75006 Paris - France
01 70 82 70 82
www.initiative5pour100.fr



La démarche de capitalisation

2013

L'Initiative 5% lance un appel à projets sur la thématique « Gouvernance », à l'issue duquel quatre projets de lancement ou de renforcement d'observatoires sont sélectionnés : l'observatoire TAW, au Cameroun, en Centrafrique et au Tchad ; l'observation du CeRADIS au Bénin et au Niger ; l'OCASS au Niger, en Guinée et au Burkina Faso et enfin un observatoire porté par Médecins du Monde en République démocratique du Congo.

2016

À l'issue d'un appel à projets sur la thématique « populations marginalisées », l'Initiative 5% finance un observatoire de l'accès aux soins VIH pour les populations clés à Madagascar.

2017

Réalisation d'une évaluation transversale, portant sur l'expérience des projets d'observatoires portés par PG, le RAME et le CeRADIS ; Sélection de deux nouveaux projets de lancement d'observatoires, porté par Solidarité Sida/ITPC et par le CHMP à l'issue d'un appel à projet sur le renforcement des systèmes de santé.

2018

Atelier de lancement de la capitalisation à partir duquel plusieurs enjeux communs ont été identifiés, à Bordeaux, en marge de la conférence AFRAVIH.

Septembre 2018 – mars 2019

Missions de terrain au Burkina Faso, au Cameroun et à Madagascar afin de recueillir les expériences des actrices et acteurs de terrain qui font vivre au quotidien les observatoires

Avril 2019

Atelier de capitalisation à Paris réunissant une trentaine de participant.e.s représentant 9 observatoires historiques ou plus récents, à l'issue duquel une quinzaine de fiches d'expérience ont été produites

Ce document de capitalisation a été réalisé par Perrine Duroyaume, Héléne Gombert et Jean-Eudes Beuret. Il est issu d'un travail collectif, réunissant plus d'une trentaine d'acteurs de terrain, l'équipe de l'Initiative 5% et du Pôle d'Appui technique et transversal du Département Santé d'Expertise France et les évaluateurs des projets (Cabinet COTA).



Initiative 5% sida, tuberculose, paludisme
Expertise France
73, rue de Vaugirard
75006 Paris - France
01 70 82 70 82
www.initiative5pour100.fr



design LUCIOLE • Novembre 2019



Initiative 5% • Fiches pratiques • Les observatoires communautaires en santé

CAPITALISATION COLLECTIVE

Les observatoires communautaires en santé

Fiches pratiques

Mobiliser

Former

Collecter

Se positionner

Restituer

Influencer

Lancée en 2011, l'Initiative 5% est la contribution indirecte de la France au Fonds mondial. Sa mission : appuyer les pays éligibles, notamment francophones, dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes soutenus par ce Fonds. L'action de l'Initiative 5% prend trois formes.

En mobilisant des experts et expertes qualifiés pour des missions de court terme, elle peut apporter une assistance technique « à la carte » afin de renforcer les capacités d'un pays partenaire sur un besoin précis : appui dans l'accès, la gestion et la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial, dans la gestion des chaînes d'approvisionnement en produits de santé, etc.

L'Initiative 5% finance également des projets catalytiques sur deux à trois ans. Sélectionnés via des appels à propositions, ils développent des activités innovantes ou de recherche opérationnelle contribuant à rendre plus efficace la lutte contre les pandémies.

Depuis 2018, un nouveau canal dit « pilote » a été créé pour répondre à des défis politiques et/ou stratégiques liés aux évolutions des besoins et des priorités des pays, du Fonds mondial et de la France.

L'Initiative 5% est placée sous la tutelle du Ministère français de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE). Ses orientations stratégiques sont mises en œuvre par Expertise France, l'agence publique de la coopération technique internationale française.

