



# RAPPORT D'ÉTUDE

Analyse des résultats des programmes de suivi communautaire ou community-led monitoring (CLM) des interventions de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose

Cas de l'OCASS au Burkina Faso, en Guinée et au Niger



# **Analyse des résultats des programmes de suivi communautaire ou community-led monitoring (CLM) des interventions de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose**

## **Cas de l'OCASS au Burkina Faso, en Guinée et au Niger**

### **Equipe de recherche**

**Investigateur principal :** Joël Arthur KIENDREBEOGO<sup>1245</sup>

**Co-investigateur principal :** Simon KABORE<sup>3</sup>

**Co-investigateurs :** Yamba KAFANDO<sup>1</sup>

Issa KABORE<sup>1</sup>

Christian LAMY<sup>3</sup>

Hamidou OUEDRAOGO<sup>3</sup>

Affiliations : 1 Recherche pour la Santé et le Développement, Ouagadougou, Burkina Faso, 2 Département de Santé Publique, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso, 3 Réseau Accès aux Médicaments Essentiels, Ouagadougou, Burkina Faso, 4 Heidelberg Institute of Global Health, Medical Faculty and University Hospital, Heidelberg University, Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg, Germany, 5 Département de santé publique, Institut de Médecine Tropicale, Kronenburgstraat 43, 2000, Belgique

## Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier l'*International AIDS Society* (IAS) et le Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) pour leur soutien à la réalisation de cette capitalisation.

Ensuite, nous témoignons notre gratitude aux assistants investigateurs dans les trois pays qui ont bien conduit le processus d'identification des informations clés et la collecte des données. Il s'agit de Arlette ZONGO et Bibata DERRA pour le Burkina Faso, Salamata SIDDO NIANDOU et Maman MALAM ABDOU pour le Niger, El hadj Fodé SOUMAH et Ibrahima BALDE pour la Guinée.

Nos sincères remerciements vont aussi à l'endroit de tous les informateurs clés du Burkina Faso, du Niger et de la Guinée qui ont participé aux entretiens pour nous permettre de faire cette analyse, ainsi qu'aux participants à l'atelier d'amendement de Ouagadougou pour leur contribution à l'amélioration de ce rapport.

Le soutien financier à la réalisation de cette capitalisation a été assuré par l'*International AIDS Society* (Genève) grâce à un investissement de la Fondation Bill & Melinda Gates (INV-049564).

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	2
Sigles et acronymes .....	1
Liste des tableaux et figures .....	2
<b>1 INTRODUCTION</b> .....	3
1.1 Contexte et justification de l'étude .....	3
1.2 Description des activités de CLM au Burkina Faso, en Guinée et au Niger : l'expérience de l'Observatoire Communautaire sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) mis en œuvre par le RAME ....	5
1.3 Objectifs de l'étude .....	5
<b>2 APPROCHE METHODOLOGIQUE</b> .....	5
2.1 Cadre conceptuel de l'étude .....	5
2.2 Champ de l'étude .....	5
2.3 Devis de l'étude.....	5
2.4 Collecte des données .....	5
2.5 Traitement et analyse des données .....	5
2.6 Considérations éthiques et déontologiques.....	4
2.7 Limites et contraintes de l'étude.....	4
<b>3 RESULTATS</b> .....	4
3.1 Description globale des différentes initiatives CLM dans les trois pays .....	4
3.1.1 Au Burkina Faso .....	5
3.1.2 Niger .....	5
3.1.3 Guinée .....	5
3.2 Contribution des CLM à l'amélioration des services de santé de 2014 à 2024 .....	6
3.2.1 Burkina Faso .....	6
3.2.2 Niger .....	7
3.2.3 Guinée .....	5
3.2.4 Analyse croisée de la contribution des CLM à l'amélioration des services de santé dans les trois pays	7
<b>CONCLUSION</b> .....	5
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	6
<b>ANNEXES</b> .....	8
Annexe 1 – Fiche d'extraction des données .....	8
Annexe 2 – Guide d'entretien avec les informateurs clés.....	11
Annexe 3 – Fiche d'information .....	14
Annexe 4 – Formulaire de consentement libre et éclairé.....	15

## Sigles et acronymes

<b>CAMEG</b>	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des Consommables médicaux
<b>CLM</b>	Community-led monitoring (programmes de suivi communautaire)
<b>CM</b>	Centre médical
<b>COFEL</b>	Coalition des Femmes Leaders de Guinée
<b>CSPS</b>	Centre de santé et de promotion sociale
<b>CSU</b>	Couverture Sanitaire Universelle
<b>DRD</b>	Dépôt Répartiteur de District
<b>ICP</b>	Infirmier Chef de Poste
<b>MCD</b>	Médecin-Chef de District
<b>OCASS</b>	Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé
<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financier
<b>PvVIH</b>	Personne vivant avec le VIH
<b>RAME</b>	Réseau Accès aux Médicaments Essentiels
<b>RENIP+</b>	Réseau Nigérien des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
<b>RESADE</b>	Recherche pour la santé et le développement
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise

## Liste des tableaux et figures

### Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des informateurs clés ayant participé aux entretiens individuels par profil et par pays .....	5
Tableau 2: Cartographie des associations points focaux OCASS au Burkina Faso .....	6
Tableau 3: Cartographie des sites de collecte du Niger .....	5
Tableau 4: Cartographie des associations partenaires de l'OCASS et de leurs zones d'intervention en Guinée.....	6

### Liste des figures

Figure 1: Formation des agents collecteurs de l'OCASS phase II, Niamey, du 10 au 14 décembre 2018 .....	6
Figure 2: Image de plaidoyer du RAME pour la gratuité des médicaments antirétroviraux au Burkina Faso, 2009 .....	5
Figure 3: Restitution des données de la veille OCASS, accompagnée d'un plaidoyer pour la résolution des dysfonctionnements constatés, au district sanitaire de Garango, premier semestre 2014 .....	5
Figure 4: Rencontre de plaidoyer du RAME avec la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG) sur la base des données de la veille OCASS, décembre 2021 .....	5
Figure 5: Bloc opératoire dont la détérioration est dénoncée en juillet 2023, rénové par les autorités grâce au plaidoyer OCASS et remis en service en avril 2024 .....	5
Figure 6: Activités de sensibilisation sur les droits et les devoirs des usagers aux services de santé dans une formation sanitaire, deuxième trimestre 2019 .....	5
Figure 7: une affiche sensibilisant les usagers sur la gratuité de la charge virale du VIH, avec un numéro vert pour dénoncer les cas de mauvaises pratiques .....	4
Figure 8: Affiches de sensibilisation contre les violences en milieu de soins et pour une meilleure relation soignant-soigné .....	5
Figure 9: Sensibilisation d'agents de santé par un point focal OCASS sur des aspects éthiques, 2020 ..	4
Figure 10: Etat d'insalubrité d'une formation sanitaire constaté lors du suivi communautaire, puis une mobilisation communautaire pour restaurer salubrité, premier trimestre 2024 .....	4
Figure 11: Atelier de validation du rapport annuel de la veille citoyenne OCASS, Niamey, du 29 au juin 2020 .....	5
Figure 12: Rencontre de restitution des données de la veille OCASS et plaidoyer pour la résolution des dysfonctionnements constatés en Guinée, 2020 .....	4

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Contexte et justification de l'étude

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est devenue un objectif prioritaire des réformes du secteur de la santé dans de nombreux pays dans le but d'atteindre les Objectifs de Développement Durables (ODD), notamment la cible 3.8 [1]. Ainsi, pour accélérer leurs progrès vers la CSU, plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont adopté diverses réformes portant entre autres sur la santé communautaire, les paiements basés sur la performance, les assurances maladies communautaires ou nationales et les exemptions de paiement des services de santé (gratuité des soins) pour des cibles vulnérables telles que les femmes, les enfants de moins de cinq ans ou les indigents [2]. Cependant, les systèmes de santé de ces pays font toujours face à beaucoup de défis en termes d'équité d'accès aux soins, de qualité des soins, de transparence et de gouvernance de façon générale [3,4]. Pour relever ces défis, il est primordial d'impliquer les communautés dans les activités des services de santé pour améliorer leur efficacité, l'équité, la qualité et la redevabilité. Dans cette logique, de nombreux pays, encouragés par des organismes et instances internationales comme le Fonds Mondial, l'*International AIDS Society*, l'ONUSIDA et le Partenariat pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant, adoptent et mettent en œuvre l'approche des suivis dirigés par la communauté ou *Community-Led Monitoring* (CLM) à travers diverses initiatives communautaires [5–8]. L'approche des CLM est un outil stratégique pour promouvoir la redevabilité à travers l'implication des communautés locales dans la veille citoyenne pour le suivi de la qualité et la performance des prestataires ainsi que

la lutte contre les différentes formes de fraude qui sont sources d'inefficience [9,10]. A ce titre, l'approche des CLM constitue un facteur majeur de progrès des pays (surtout ceux en développement) vers la CSU et vers l'atteinte des ODD [5]. C'est ainsi qu'au Burkina Faso, au Niger et en Guinée, des CLM ont été mis en œuvre pour améliorer la transparence, la redevabilité, l'efficacité et la qualité des services de santé offerts aux populations. Par exemple, l'Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) est mis en œuvre dans ces trois pays depuis une dizaine d'années par l'ONG RAME pour améliorer la redevabilité sociale dans le secteur de la santé. L'OCASS s'appuie sur des organisations communautaires locales pour promouvoir la veille citoyenne et permettre aux utilisateurs des services de santé et aux organisations de la société civile de mieux comprendre leurs droits, de signaler les problèmes, d'évaluer les performances et de participer à la prise de décision dans le secteur de la santé [11]. D'autres CLM ont été mis en œuvre dans ces pays par diverses structures de la société civile et des ONG de façon plus ou moins éparse. Cependant, peu d'efforts ont été consacrés à la documentation ou à l'analyse croisée des CLM pour en ressortir les points forts. Dans ce contexte, après une dizaine d'année de mise en œuvre, il apparaît important de documenter et de capitaliser sur les acquis des CLM, notamment l'OCASS, dans les 3 pays afin d'identifier les bonnes pratiques et tirer des leçons pour améliorer les stratégies de leur mise en œuvre.

La présente étude visait donc à analyser et documenter de façon croisée le rôle des programmes OCASS dans la mise en œuvre efficace des politiques de santé au Burkina Faso, au Niger et en Guinée en mettant un

accent sur les leçons tirées et les meilleures pratiques. Cela doit permettre de faire des recommandations pour booster le potentiel des CLM, en particulier l'OCASS, à améliorer le système de santé.

## 1.2 Description des activités de CLM au Burkina Faso, en Guinée et au Niger : l'expérience de l'Observatoire Communautaire sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) mis en œuvre par le RAME

En raison des contraintes de temps et de ressources financières, la présente capitalisation s'est focalisée sur l'Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) promu par le RAME. Les autres CLM promus par d'autres acteurs pourraient faire l'objet d'analyses ultérieures.

Le RAME, avec l'accompagnement des organisations de la société civile, a mis en place un dispositif de veille dénommé **Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS)**. L'OCASS couvre les soixante-dix (70) districts sanitaires du Burkina Faso. Ce dispositif permet de collecter des informations sur la prise en charge de patients atteints du VIH/SIDA, du Paludisme et de la Tuberculose et d'autres pathologies. Cette approche innovante tire son originalité de la mise à contribution des organisations communautaires préexistantes. La mise en œuvre de l'OCASS s'est faite en deux phases. La première phase conduite de 2014 à 2017 a connu les débuts de l'initiative au Burkina Faso puis son extension au Niger et en Guinée. Les résultats des actions menées au cours de cette phase ont suggéré que le suivi citoyen permet de disposer d'informations stratégiques pour améliorer la qualité des services de prise en charge du paludisme, du VIH et de la tuberculose, et de façon globale l'offre de soins dans les centres de santé. L'adhésion des décideurs

des pays concernés à cette expérience montre que la veille citoyenne et le contrôle communautaire peuvent être considérés comme des outils de démocratisation du système sanitaire.

La seconde phase intervenue entre 2018 et 2021 a bénéficié entre autres du financement de l'initiative du projet « *Renforcement du suivi stratégique à base communautaire des interventions de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida en Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Guinée, Niger) à l'aide des nouvelles technologies de l'information et de la communication* ». Ce projet qui avait pour objectif d'améliorer l'accès à des soins de qualité par les populations en générale, les femmes et les enfants en particulier grâce au renforcement des observatoires communautaires a été mis en œuvre par le Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) au Burkina Faso, au Niger et en Guinée en partenariat avec le Réseau Nigérien des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (RENIP+) et la Coalition des Femmes Leaders de Guinée (COFEL) respectivement.

La mise en œuvre des observatoires citoyens pour l'accès aux services de santé mobilise et engage diverses organisations de la société civile, des ONG, des acteurs communautaires, des institutions publiques et des individus. Elle porte en elle des

éléments d'apprentissage pour d'autres acteurs de développement.

### 1.3 Objectifs de l'étude

#### Objectif principal

L'objectif principal de la présente étude était d'analyser les effets des dispositifs CLM sur l'offre des services de santé dans trois pays d'Afrique francophone (Burkina Faso, Guinée et Niger), avec un accent particulier sur le VIH, le paludisme, la TB et les services de santé maternelle et infantile.

#### Objectifs secondaires

- Décrire l'organisation et le fonctionnement des dispositifs OCASS
- Analyser les changements induits par les dispositifs OCASS sur l'accessibilité des services de santé offerts aux populations
- Analyser les changements induits par les dispositifs OCASS sur la disponibilité des services de santé offerts aux populations
- Analyser les changements induits par les dispositifs OCASS sur l'acceptabilité des services de santé offerts aux populations
- Analyser les changements induits par les dispositifs OCASS sur la qualité des services de santé offerts aux populations
- Analyser les changements induits par les dispositifs OCASS en matière d'équilibre de pouvoir (redevabilité des prestataires de soins et capacitation des patients) dans la mise en œuvre des services de santé offerts aux populations
- Analyser les mécanismes sous-tendant les différents changements induits par les dispositifs OCASS qui ont été observés
- Identifier les meilleures pratiques dans la mise en œuvre des dispositifs OCASS

## 2 APPROCHE METHODOLOGIQUE

### 2.1 Cadre conceptuel de l'étude

L'étude a utilisé le cadre de **AAAQ (Availability, Accessibility, Acceptability, Quality)** qui a été conçu et utilisé dans le domaine du droit à la santé. L'utilisation de ce cadre visait à mettre en exergue les différents changements observés en termes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité des services de santé offerts aux populations suite à la mise en œuvre des dispositifs

CLM au Burkina Faso, en Guinée et au Niger depuis plus d'une dizaine d'années.

La disponibilité (ou availability) fait référence à l'existence de services pour les populations. Il s'agissait ici de mesurer les changements induits par les dispositifs CLM en termes de disponibilité des services de santé en quantité suffisante et selon les besoins des populations.

L'accessibilité (ou accessibility) quant à elle comprend de nombreux éléments, tels que l'accessibilité physique des structures de santé, l'accessibilité financière des populations aux structures de santé, l'accès aux informations pertinentes sur les services de santé, l'accessibilité sociale notamment en termes de non-discrimination et non stigmatisation des populations dans l'accès aux services de santé. L'objectif était de mesurer les effets des dispositifs CLM sur l'accessibilité physique, financière ou sociale des populations aux services de santé.

L'acceptabilité (ou acceptability) fait référence à la fourniture des services de santé aux populations dans le respect de

## 2.2 Champ de l'étude

L'étude s'est déroulée dans les trois pays d'Afrique francophone (**Burkina Faso, Guinée, Niger**) où sont mises en œuvre des programmes OCASS promus par le RAME et ses partenaires. En effet, des observatoires OCASS sont en place au

## 2.3 Devis de l'étude

Il s'est agi d'une étude qualitative de type descriptif et analytique. L'accent a été mis sur la capitalisation des bonnes pratiques de

## 2.4 Collecte des données

### ■ Techniques de collecte des données

La collecte des données s'est faite par une revue documentaire, et par des entretiens individuels avec des informateurs clés en novembre et décembre 2024.

La revue documentaire a concerné la littérature grise en lien avec la mise en œuvre des dispositifs CLM dans les pays d'Afrique francophone et la littérature scientifique. Il s'est agi notamment des

l'éthique, de la confidentialité et des exigences culturelles locales. Il s'agissait de mettre en évidence les changements induits par les dispositifs CLM en matière d'acceptabilité des services de santé par les populations.

La qualité (ou quality) fait référence à la compétence des prestataires fournissant les soins, à la fourniture de services de soins à un niveau de qualité acceptable, à la satisfaction des populations avant, pendant et après l'utilisation des services de santé. Pour cette étude, il s'agissait d'analyser les changements apportés par les dispositifs CLM sur la qualité des services de santé offerts aux populations.

Burkina Faso, en Guinée et au Niger depuis plus de 10 ans. Ces dispositifs CLM ont servi de sources d'informations pour apprécier leurs impacts dans l'amélioration des services de santé de ces pays.

l'OCASS qui ont favorisé une amélioration des services de santé.

rapports de collecte de données et de plaidoyer de l'OCASS et des articles scientifiques traitant des CLM.

Les entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès des différentes parties prenantes de la mise en œuvre de l'OCASS dans les 3 pays.

### ■ Outils de collecte des données

La revue documentaire et les entretiens ont été réalisés à l'aide respectivement d'une

grille d'extraction et d'un guide d'entretien développés à partir des éléments du cadre d'analyse de l'étude (voir annexes 1 et 2). Les entretiens ont été enregistrés sur support électronique avec le consentement des informateurs clés ; autrement des prises de notes étaient faites à l'aide d'un stylo et d'un bloc-notes. Les données enregistrées ont été transcrites sur un fichier Word.

### ■ Sources d'information

Les principales sources d'information étaient :

- Les documents et rapports (rapports de collecte de données et de plaidoyer des CLM).
- Les articles scientifiques traitant des CLM
- Les images d'archives de l'OCASS prises lors de différentes activités dans les trois pays. Il est à noter que certaines images ont été confectionnées ou prises par le RAME dans le cadre d'activités de plaidoyer avant même la mise en place de l'OCASS.
- Les informateurs clés auprès de qui les données ont été collectées comprennent les acteurs suivants :
  - les animateurs-trices de l'OCASS (collecteurs/observateurs, superviseurs, analystes, plaideurs, ...)

- les bénéficiaires des services de santé et des activités de l'OCASS
- les prestataires des services de santé,
- les décideurs au niveau des ministères de la santé des pays ;
- les partenaires techniques et financiers qui soutiennent les initiatives de l'OCASS (Fonds Mondial, ONUSIDA)
- les porteurs de l'OCASS.

Dans chaque pays, un échantillonnage raisonné a été utilisé pour sélectionner les informateurs clés sur la base de leurs profils, leurs zones d'intervention et leur expertise sur les questions de CLM. Au total, une cinquantaine d'entretiens individuels ont été menés dans les 3 pays avec des informateurs clés (voir tableau 1).

En plus, au Burkina Faso, environ 40 acteurs ont été conviés à un atelier d'amendement et de complément du rapport les 23 et 24 janvier 2024 à Ouagadougou. Cet atelier a regroupé autour de l'équipe de capitalisation des acteurs de divers profils, notamment des décideurs, des prestataires, des animateurs, des bénéficiaires, des partenaires techniques et financiers et des promoteurs de l'OCASS.

Tableau 1: Répartition des informateurs clés ayant participé aux entretiens individuels par profil et par pays

Profil	Animateurs-trices	Bénéficiaires	Prestataires	Décideurs	PTF	Porteurs de l'OCASS	Total
<b>Burkina Faso</b>	10	2	1	1	1	1	16
<b>Niger</b>	4	5	2	3	2	4	20
<b>Guinée</b>	2	1	3	4	3	3	16
<b>Total</b>	16	8	6	8	6	8	52

## 2.5 Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été transcrites sous format Word. Pour garantir l'anonymat et permettre une analyse précise, un code a été affecté à chaque participant. Les données transcrites ont ensuite été analysées manuellement. L'analyse des données était basée sur les éléments du cadre d'analyse de l'étude, ce

qui a impliqué l'identification des liens entre les données collectées et ce cadre. Spécifiquement, les analyses ont porté sur les changements induits par les dispositifs CLM sur l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé offerts aux populations dans les pays.

## 2.6 Considérations éthiques et déontologiques

Le protocole de l'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (délibération numéro 2024-10-328). De plus, toutes les exigences en matière d'éthique et de déontologie dans la conduite de l'étude ont été respectées. En

effet, un consentement des acteurs était préalablement recueilli avant les différents entretiens. Aussi, les données ont été traitées dans la confidentialité et présentées de façon anonyme.

## 2.7 Limites et contraintes de l'étude

Cette capitalisation réalisée présente quelques limites et contraintes susceptibles d'influencer la portée et la précision des résultats obtenus. Premièrement, des contraintes liées au temps et aux ressources disponibles ont restreint le champ d'analyse, conduisant à une focalisation sur les dispositifs OCASS mis en œuvre dans les trois pays étudiés. Ensuite, l'insuffisance de données structurées n'a pas permis une analyse approfondie de l'évolution temporelle de certains indicateurs clés, tels que le pourcentage de personnes satisfaites de l'accueil dans les

formations sanitaires, le pourcentage de personnes jugeant le temps d'attente long, ou encore le niveau de satisfaction des usagers vis-à-vis des services reçus dans les formations sanitaires ou chez les ASBC. De même, des indicateurs relatifs au respect des droits des usagers et à la confidentialité des informations sanitaires n'ont pu être exploités de manière systématique. Par conséquent, l'étude revêt un caractère principalement qualitatif. Enfin, un biais de mémoire potentiel chez les informateurs clés a pu affecter la précision des réponses.

# 3 RESULTATS

## 3.1 Description globale des différentes initiatives CLM dans les trois pays

Comme évoqué plus haut à la section 1.2, notre analyse a essentiellement porté sur le CLM OCASS, promu par l'ONG RAME en collaboration avec des associations locales au Burkina Faso, au Niger et en Guinée.

### 3.1.1 Au Burkina Faso

Le dispositif de veille OCASS existe dans les 70 districts sanitaires du pays à travers des organisations associatives, nommées « points focaux ». Ces organisations travaillent déjà dans le domaine de la santé et se caractérisent par leur engagement pour l'accès aux services surtout pour les malades du VIH, de la TB et du paludisme.

Au moins 02 agents collecteurs ont été formés au sein de chaque organisation point focal pour réaliser régulièrement la collecte des données auprès des usagers et dans les formations sanitaires et sensibiliser les usagers et prestataires sur leurs droits et devoirs dans les formations sanitaires et dans les communautés.

Une ligne verte (80 00 11 20) a été mise en place pour le recueil des plaintes et suggestions des usagers. Elle est gérée par l'Association Femme Africaine Face au SIDA (AFAFSI) qui assure la collecte des données au profit du dispositif OCASS [12].

Les agents collecteurs des associations sont généralement des conseillers psychosociaux des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) déjà présents dans les centres de prise en charge, des anciens malades de la tuberculose ou des animateurs qui réalisent les activités de promotion de la santé avec la communauté. Dans chaque district sanitaire, au moins un homme et une femme réalisent la collecte des données.

L'OCASS couvre les formations sanitaires publiques et le dispositif de santé communautaire. En termes de cibles, au niveau des formations sanitaires publiques, la collecte concerne les usagers et les responsables des formations sanitaires ou services visités. Sept types d'usagers sont interrogés en plus des responsables : les

PvVIH ou leurs accompagnants, les malades de tuberculose et de paludisme, les bénéficiaires de la planification familiale (PF), les femmes enceintes et les accompagnants d'enfants de moins de cinq ans. Au niveau communautaire, les entretiens concernent les Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) et leurs cibles (femmes allaitantes, femmes enceintes, bénéficiaires de la PF, responsables d'enfants de moins de cinq ans). La collecte est réalisée chaque trimestre par les acteurs des associations et de manière continue par la ligne verte.

Chaque année, le secrétariat général du ministère de la Santé envoie une correspondance à tous les directeurs régionaux de la santé et responsables de centres médicaux pour les informer des activités de veille qui seront réalisées par le RAME et ses collaborateurs et demander leur collaboration pour faciliter le travail des acteurs de terrain. En outre, au regard des moyens limités pour la conduite des activités, les formations sanitaires sont identifiées de manière rotative dans chaque district sanitaire (25% par trimestre) de sorte à pouvoir couvrir toutes les formations sanitaires du district au cours de l'année.

Dans chaque formation sanitaire identifiée pour la collecte, les agents collecteurs doivent interviewer au moins trois personnes de chacune des catégories d'usagers citées plus haut. Ces personnes sont choisies de manière aléatoire sans l'influence des agents de santé et doivent être interviewées hors de la vue des prestataires de soins. En plus des usagers, les agents collecteurs doivent interviewer les prestataires de soins dans les formations sanitaires visitées, surtout les responsables des services.

Pour le suivi communautaire, la collecte concerne essentiellement les villages situés à plus de cinq kilomètres de la formation sanitaire. Deux villages sont identifiés dans chaque aire de santé concernée et les interviews couvrent un ASBC du village et au moins deux usagers de ce même village suivis par l'ASBC.

Dans une dynamique de digitalisation pour faciliter la remontée des informations et des alertes, le RAME a mis en place un dispositif de collecte électronique fonctionnel depuis 2021. Puis, à partir de 2023, la collecte électronique via Kobo-toolbox a été généralisée dans tous les districts sanitaires à travers une dotation des acteurs de collecte en tablettes. Une fiche technique de collecte est établie en début de chaque trimestre pour quantifier les indicateurs et les couvertures afin de mieux orienter le point focal dans son district.

**En matière d'assurance qualité**, plusieurs dispositions sont mises en œuvre. Il s'agit entre autres :

- Des activités de supervision réalisées chaque semestre par l'équipe technique du RAME vers les points focaux et les supervisions des responsables des points focaux à l'endroit des collecteurs au niveau local chaque trimestre [13]. Les superviseurs des collecteurs vérifient régulièrement les données collectées et réalisent les rencontres de restitution des données au niveau des sites de collecte avant d'envoyer les données dans la base électronique du RAME.
- L'extraction et le traitement des données par une équipe d'experts en analyse et traitement des données, avant les analyses proprement dites.

- Le paramétrage de l'outil de collecte des données permettant d'éviter des erreurs et aberrations lors de la saisie des informations.

Aussi, à la fin de chaque trimestre, le responsable de chaque district sanitaire signe une attestation prouvant que les agents collecteurs ont effectivement parcouru les différents sites de collecte. Ces différentes phases en plus des rencontres de restitution des données aux niveaux district et région chaque semestre permettent d'assurer la qualité des données produites par les acteurs de terrain pour une efficacité de la veille. De plus, un cadre de restitution trimestriel aux acteurs de l'aire sanitaire (agents de santé, comité de gestion, comité de veille de développement, usagers) est prévu dans le dispositif. Cependant, ces restitutions ne se tiennent pas régulièrement.

**En termes d'éthique**, il faut noter que les données sont collectées de manière anonyme sans aucune référence permettant l'identification du répondant.

**Pour produire les rapports**, les superviseurs font la compilation des données au niveau district pour produire des rapports synthèses selon un canevas type fourni par le RAME. Ces rapports sont transmis aux districts sanitaires et envoyés au RAME pour la compilation.

Au niveau central, les données envoyées dans la base sont extraites et exportées vers Excel par une équipe d'experts en gestion des données du RAME. L'équipe assure le traitement, l'analyse et la production du rapport global trimestriel ou annuel de la veille. L'analyse des données est faite sur la base d'indicateurs préalablement bien définis à partir des documents et directives au niveau national et international et suivant

les besoins définis par les acteurs communautaires et les responsables des programmes.

Un rapport trimestriel est élaboré par les points focaux. Les rapports trimestriels et

annuels au niveau national font l'objet d'une validation au cours d'un atelier regroupant toutes les parties prenantes notamment les bénéficiaires, les OSC, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), les décideurs, etc.

Tableau 2: Cartographie des associations points focaux OCASS au Burkina Faso

REGION	DISTRICT	ASSOCIATION POINT FOCAL
<b>BOUCLE DU MOUHOUN</b>	Dédougou	Heere Kadi
	Boromo	JAFAA
	Solenzo	Ass. Salubrité
	Tougan	UCMP
	Nouna	ATUJB
	Toma	ASEMERTOM
<b>CASCADES</b>	Sindou	AJEL
	Mangodara	ICPC
	Banfora	Centre Rakiéta
<b>CENTRE</b>	Signoghin	AMT
	Nongremassom	Ass YAMWEKRE
	Boulmiougou	ALVC
	Baskuy	AZET
	Bogodogo	AJPO
	<b>CENTRE EST</b>	Pouytenga
Koupéla		ABPIAS
Ouargaye		RAJS
Zabre		Paglayiiri
Garango		ASAFF-G
Bittou		AJDRB
Tenkodogo		ASAFF
<b>CENTRE NORD</b>	Tougouri	Ass. Wendkouni
	Barsalogho	APSCD
	Boussouma	ASD
	Boulsa	Ass. Namalgbzanga
	Kongoussi	AKOFED
	Kaya	APIJ/CN
<b>Centre-Ouest</b>	Sabou	Ass Tremplin de succes
	Tenado	AMI-B
	Sapouy	Association Promo Monde Rural
	Léo	ATTS
	Réo	AFW
	Nanoro	APDPK
	Koudougou	AFW
<b>CENTRE SUD</b>	Manga	ADIRJ
	Saponé	Association Bissongo (ABS)
	Kombissiri	ADIRJ
	PÔ	ASEP
<b>EST</b>	Diapaga	APLS
	Pama	AFIDES
	Gayeri	TODIMA
	Manni	Visions Plurielles
	Bogandé	AASCB
	Fada	TODIYABA
<b>HAUTS BASSINS</b>	Karangasso-vigué	RECOJED

	Léna	AJCD
	Orodara	APJAD
	Houndé	AJY (Association Jiguiya Yeleen)
	N'Dorla	EDS
	Dandé	ADSB
	Dafra	AFV
	Do	SERVIR
<b>NORD</b>	Thiou	ADEFAD
	Séguénéga	AMMIE
	Gourcy	AFV
	Yako	SEMUS
	Titao	ACC
<b>PLATEAU CENTRAL</b>	Ouahigouya	ASN
	Zorgho	ACCED
	Ziniaré	AAS
<b>SAHEL</b>	Bousse	ADIJ BF
	Dori	ACD/Nangué
		3S
	Gorom-Gorom	TASSAGTH
	Sebba	EAERD-HOODERE
	Djibo	AST
<b>SUD OUEST</b>	Diébougou	ONG VERENA ASSO
	Dano	ONG VERENA ASSO
	Batié	MAALKA
	Gaoua	AGBB
	Kampti	ASCASE

### 3.1.2 Niger

En 2013, malgré les efforts des Etats et l'appui financier substantiel du Fonds Mondial, les acteurs associatifs du RAME (Burkina Faso), du Réseau Guinéen des Personnes vivant avec le VIH/SIDA (REGAP+) et du Réseau Nigérien des Personnes vivant avec le VIH/SIDA (RENIP+) ont fait un constat des difficultés d'accès aux services et soins de santé pour les malades en général et en particulier pour les PvVIH, les patients tuberculeux et les malades du paludisme au Burkina Faso, en Guinée et au Niger.

Ils ont alors décidé d'unir leurs efforts pour mettre en place un dispositif de veille communautaire pour la collecte de données et la remontée d'informations à temps réel sur les goulots d'étranglement de l'accès aux services de santé pour les patients du VIH, du paludisme et de la tuberculose. Aussi, le RAME ayant déjà une expérience en la matière, a été désigné comme structure

coordinatrice régionale de l'initiative et le projet a été soumis à l'Initiative 5% d'Expertise France qui l'a accepté pour une première phase de financement de 3 ans. Une convention de partenariat N°002/RAME/15PC/Avril 2014 du 26/05/2014 a ensuite été signée avec le RAME pour la mise en œuvre du dispositif OCASS au Niger. Ainsi le RENIP+ a demandé et obtenu du Comité Consultatif National d'Ethique, une autorisation pour mener une étude de base par décision N° 04302/MSP/SG/DEP/DER du 10 Novembre 2014. À la suite de la restitution des résultats de l'étude, une autorisation officielle de mise en œuvre de OCASS à travers la collecte des données sur l'étendue du territoire national a été obtenue par décision N°01149/MSP/SG/DEP/DER du 31 Mars 2015.

L'objectif principal du dispositif OCASS au Niger est de contribuer à l'amélioration de

l'accès à des services de santé de qualité pour les patients du paludisme, de la tuberculose et du VIH/SIDA ainsi que pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans.

De façon plus spécifique, l'OCASS Niger œuvre à :

- Apprécier la qualité des services à travers l'accueil, le temps d'attente et la satisfaction du motif de visite des PvVIH, des malades du paludisme et de la tuberculose, des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans ;
- Apprécier la qualité des services à travers la disponibilité des examens de laboratoire pour les PvVIH, les malades du paludisme et de la tuberculose, les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans ;
- Apprécier la qualité des services à travers la disponibilité du personnel de prise en charge pour l'offre des soins aux PvVIH, aux malades du paludisme et de la tuberculose ainsi qu'aux femmes enceintes et aux enfants de 0 à 5 ans ;
- Apprécier la qualité des services à travers la disponibilité des médicaments pour les PvVIH, les malades du paludisme et de la tuberculose ainsi que pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans

Le dispositif OCASS est mis en œuvre par le RENIP+ et les associations membres qui contribuent également au renforcement de l'efficacité de la mise en œuvre des programmes financés par le Fonds Mondial au Niger.

Les activités de l'OCASS portent essentiellement sur la collecte des données,

les dysfonctionnements des centres de santé, le plaidoyer pour des solutions aux problèmes relevés par la collecte et l'analyse des données, la promotion du droit à la santé et le plaidoyer pour la prise en compte du financement de l'observatoire dans les politiques de santé auprès des autorités sanitaires, des responsables des formations sanitaires cibles et des partenaires locaux.

Au total 40 sites ont été couverts dans 21 districts sanitaires (sur 72) des 8 régions administratives et sanitaires du Niger. Les partenaires sont les usagers et les prestataires des services de santé, les patients, les acteurs communautaires, les communautés, les organisations de la société civile du secteur de la santé et les partenaires techniques et financiers.

La collecte des données dans les formations sanitaires passe d'abord par l'information des autorités sanitaires par les acteurs (OCASS/RENIP+, Plateforme DES-ICI).

Chaque agent collecteur est chargé de toucher au minimum neuf patients par trimestre lorsque son site prend en charge une seule pathologie, en moyenne trois patients par pathologie cible lorsque plus d'une pathologie est prise en charge sur le site, ainsi que trois accompagnateurs d'enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes (sur les mesures de gratuité des soins). Le choix des patients est aléatoire.

Le questionnaire est administré au premier responsable de la formation sanitaire (Directeur, Médecin chef de district, Chef du Centre de Santé Intégré, etc.) ou aux chefs de service avec l'autorisation de ce dernier. Ce questionnaire, imprimé sur des fiches au départ, a été digitalisé vers la fin de la deuxième phase du projet.

Il existe en plus des questionnaires spécifiques sur la disponibilité des équipements et des intrants traceurs, la disponibilité des médicaments traceurs, les dysfonctionnements auprès des responsables de laboratoire, de la pharmacie et du service de radiographie.

En plus des questionnaires, chaque agent collecteur doit animer par semestre deux séances de sensibilisation sur les droits et devoirs des usagers des services de santé et un cadre d'échanges sur la qualité des soins.

Le contrôle de la qualité des données est une préoccupation majeure prise en compte à tous les niveaux du dispositif. Au niveau local, les superviseurs régionaux font la vérification continue des données et organisent des cadres de restitution au niveau des formations sanitaires. Les responsables des points focaux s'assurent

aussi du bon déroulement de la collecte. Au niveau central, les missions de supervision sont faites à l'endroit des équipes de collecte chaque semestre et des rencontres de validation sont organisées avec les programmes et les directions centrales du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, les organisations de la société civile et les partenaires techniques et financiers comme l'ONUSIDA. En outre, l'équipe technique effectue un suivi technique via le téléphone et le groupe WhatsApp créé à cet effet.

Un rapport est élaboré à l'issue de la collecte et de l'analyse des données, puis est présenté pour validation à un comité de pilotage qui utilise les résultats validés comme supports de plaidoyer auprès des autorités afin de trouver des solutions aux dysfonctionnements relevés.



Figure 1: Formation des agents collecteurs de l'OCASS phase II, Niamey, du 10 au 14 décembre 2018

Tableau 3: Cartographie des sites de collecte du Niger

	HOPITAUX ET CENTRES NATIONAUX	HOPITAUX ET CENTRES REGIONAUX	HOPITAUX DE DISTRICT	CENTRES DE SANTE INTEGRES (CSI)
1	Maladies Infectieuses et Contagieuses/Hôpital National de Niamey	Médecine/Centre Hospitalier Régional d'Agadez	Hôpital de District de N'Guigmi	Centre Médical SONICHAIR Tchirozérine
2	Pédiatrie/Hôpital National de Niamey (HNN)	Médecine/Centre Hospitalier Régional de Diffa	Hôpital de District de Mainé Soroa	Centre de Santé Intégré (CSI) Saguia Niamey
3	Hôpital du Jour/Hôpital National de Niamey (HNN)	Médecine/Centre Hospitalier Régional de Dosso	Hôpital de District de Doutchi	CSI Abidjan Niamey
4	Médecine/Hôpital National Lamordé (HNL Niamey)	Centre Anti Tuberculeux/Centre Hospitalier Régional de Dosso	Hôpital de District de Kollo	CSI Gamkalley Niamey
5	Médecine/Hôpital National de Zinder (HNZ)	Médecine/Centre Hospitalier Régional de Maradi	Hôpital de District de Say	CSI Boukoki 1 Niamey
6	Phtisio/Hôpital National de Zinder (HNZ)	Pédiatrie/Centre Hospitalier Régional de Maradi	Hôpital de District de Téra	CSI Foulan Koira Niamey
7	Centre Hospitalier des Armées (CHA Niamey)	Centre Anti Tuberculeux/Centre Hospitalier Régional de Maradi	Hôpital de District de Madaoua	CSI Zarmou Zinder
8	Centre National de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (CNLT/MR)	Centre Hospitalier Régional Poudrière (Niamey)	Hôpital de District de Dakoro	
9	Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) Niamey	Médecine/Centre Hospitalier Régional de Tahoua	Hôpital de District de Madarounfa	
10	Maternité Nationale de Référence Issaka GAZOBI	Pédiatrie/Centre Hospitalier Régional de Tahoua		
11		Centre Hospitalier Régional de Tillabéri		
11		Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant Agadez		
13		Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant Dosso		
14		Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant Zinder		
TOTAL	10	14	9	7
TOTAL GENERAL DES CENTRES DE SANTE CIBLES : 40				

### 3.1.3 Guinée

Le dispositif OCASS est un outil de veille pour appuyer le système de santé dans l'amélioration de l'offre de services aux

usagers. En Guinée, le dispositif couvre 27 formations sanitaires (FOSA) dans quelques districts sanitaires (le pays compte

38 districts sanitaires au total) avec le soutien des organisations de la société civile (OSC), qui jouent le rôle de points focaux dans chaque district. Ces OSC assurent la mise en œuvre des activités par l'intermédiaire de leurs membres déployés sur le terrain, avec notamment 65 agents collecteurs chargé de la collecte quotidienne des données sur les dysfonctionnements et les bonnes pratiques qui se font au quotidien dans ces structures de soins, ainsi que 9 superviseurs régionaux.

Chaque agent collecteur est responsable de la collecte des données auprès de sept catégories d'acteur : les PVVIH, les patients de TB et de paludisme, les enfants et femmes enceintes, les responsables des services de pharmacie, de radiologie, les médecins traitants des trois pathologies principales (VIH, TB et Paludisme), et les laborantins.

En plus de ces données collectées, les agents collecteurs font des alertes en cas de ruptures d'intrants ou de médicaments dans les formations sanitaires.

Chaque trimestre, l'équipe de projet organise une réunion de validation avec l'ensemble des parties prenantes, notamment les décideurs du ministère de la santé, les responsables des structures de soins, les bénéficiaires, les OSC ainsi que les partenaires techniques et financiers. Cette réunion est mise à profit non seulement pour informer les autorités concernées des dysfonctionnements constatés dans les formations sanitaires, mais elle sert également de cadre d'échange et de proposition de solutions. À l'issue de cette rencontre, un plan de plaidoyer est élaboré. Il sera ensuite porté par le groupe consultatif communautaire, notamment par les femmes championnes, afin d'inciter les

décideurs à prendre des décisions pour corriger ces manquements.

Depuis 2021, le processus de collecte de données a évolué avec l'introduction de la collecte numérique. Les données sont désormais saisies directement dans KoboCollect via des tablettes lors des collectes dans les FOSA (formations sanitaires). Ce changement de paradigme s'inscrit dans une démarche globale de digitalisation des données, visant à faciliter la remontée d'informations et d'alertes. Ce dispositif de collecte électronique a été mis en place par la RAME.

Afin d'assurer un suivi normal des indicateurs, une réunion technique est organisée au début de chaque trimestre. Elle a pour objectif de guider les points focaux dans la collecte des données suivant les indicateurs contractuels. Après cette réunion, chaque superviseur établit son plan d'action trimestriel en fonction des activités prévues.

Plusieurs dispositions sont mises en œuvre pour le traitement, l'analyse et l'assurance qualité des données. Il s'agit notamment de :

- La réalisation par le personnel technique de la Coalition des Femmes Leaders de Guinée (COFEL), d'activités de supervision semestrielle intégrée des formations sanitaires, des points focaux et des agents chargés de la collecte au niveau des districts.
- Le suivi et l'appui des activités de terrain par les superviseurs, à travers des supervisions semestrielles auprès des responsables de sites et des collecteurs. Avant la soumission des formulaires renseignés, les superviseurs s'assurent que chaque collecteur a rempli le nombre requis de formulaires et que toutes les données sont saisies correctement.

- La signature des fiches d’alerte par les responsables des services concernés par les dysfonctionnements, garantissant ainsi l’authenticité de l’information.
- L’extraction des données par le responsable de suivi évaluation pour les traiter et les analyser.
- Sur le plan éthique, les données sont collectées de manière anonyme et sans aucune référence d'identification.

Les rapports sont produits à deux niveaux  
 Au niveau district, les superviseurs compilent les données pour produire des rapports synthèses, en utilisant un canevas type fourni par la RAME. Ces rapports sont transmis aux districts sanitaires puis envoyés à la COFEL pour la compilation.  
 Au niveau central, le responsable du suivi-évaluation extrait les données de la base

sous un format Excel. Il assure le traitement et l’analyse des données sur en se référant à des indicateurs préalablement définis, basés sur les documents et directives nationales ainsi que sur les besoins identifiés par les communautés.

Ensuite, un rapport trimestriel du dispositif est produit. Ce rapport fait état des dysfonctionnements majeurs enregistrés dans les formations sanitaires, les leçons apprises ainsi que les cas de succès. Comme mentionné ci-haut, ce rapport est soumis au comité consultatif communautaire. Celui-ci convoque ensuite une réunion avec l’ensemble des parties prenantes pour valider les données, et émettre des propositions de solutions concrètes pour corriger les manquements constatés. Enfin, le rapport est partagé avec toutes les parties prenantes.

Tableau 4: Cartographie des associations partenaires de l’OCASS et de leurs zones d’intervention en Guinée

REGION	DISTRICT	ASSOCIATION POINT FOCAL	
		Sigle	SIGNIFICAION
BOKE	BOKE	LUEUR D'ESPOIRE	LUEUR D'ESPOIRE
	BOFFA	YETEMALI	YETEMALI
	KOUNDARA	LUEUR D'ESPOIRE	LUEUR D'ESPOIRE
	FRIA	SEF	Santé Espoir Fria
	GAOUAL	AJEDI	Association des Jeunes Etudiants pour le Développement Intégré
	KAMSAR	LUEUR D'ESPOIRE	LUEUR D'ESPOIRE
FARANAH	DINGUIRAYE	APIC	Association pour la Promotion des Initiatives Communautaire
	FARANAH	NDK	Nyondékourou
	KISSIDOUGOU	DSK	Diguisebèn de Kissidougou
	DABOLA	MOOYA	Mooya
KANKAN	KANKAN	AKK	Association Kendèya Kady
		SEV	Santé Espoir Vie
		SVA	Solidarité Vie Action
		AKS	Association Kendèya Sabaty
	KOUROUSSA	AKK	Association Kendèya Kady
	SIGUIRI	AKS	Association Kendèya Sabaty
	KEROUANE	SVA	Solidarité Vie Action

	MANDIANA	AKK	Association Kendèya Kady
KINDIA	COYAH	AGFA	Association Guinéenne des Femmes Veuves Infectées et Affectées par le VIH
	DUBREKA	ASD	Action pour la Santé Développement
	KINDIA	COFEL	Coalition des Femmes Leaders
	FORECARIAH	AYMF	Association YètèMali des Femmes
	TELIMELE	MFBT	Modjobèrè Fi N'Bantal Télimelé
LABE	TOUGUE	SYNADEV	SYNADEV
	MALI	UGVD	Union Guinéenne des Volontaires du Développement
	LABE	AFEDD, CAM	Club des Amis des Monde
	LELOUMA	Libre	Collecteur Indépendant
	KOUBIA	Libre	Collecteur Indépendant
N'ZEREKORE	N'ZEREKORE	COFEL, EVG, TWIN	Entraide Vie Guékédou
			Today's Women Internation Network
	BEYLA		Coalition des Femmes Leaders
	GUECKEDOU	EVG,	Entraide Vie Guékédou
	MACENTA	APIMA	APIMA
	YOMOU	EFE	Espace Femmes Enfants
	LOLA	EFE	Espace Femmes Enfants
MAMOU	MAMOU	CJFL	Club des Jeunes Filles Leaders
	DALABA	CJFL	Club des Jeunes Filles Leaders
	PITA	CJFL	Club des Jeunes Filles Leaders
CONAKRY	DIXINN	AAEC	Afrique Arc-en-ciel
		AGFA	Association Guinéenne des Femmes Actives
		FEG	Fondation Espoir Guinée
		GSP	Guinée Solidarité Positive
		GUIAD	Guinée Action Développement
		VIE+	Vivre Inséparablement avec le VIF
	KALOUM	FEG	Fondation Espoir Guinée
		GSP	Guinée Solidarité Positive
		VIE+	Vivre Inséparablement avec le VIF
	MATAM	FEG	Fondation Espoir Guinée
		GSP	Guinée Solidarité Positive
		GUIAD	Guinée Action Développement
		VIE+	Vivre Inséparablement avec le VIH
	MATOTO	GSP	Guinée Solidarité Positive
		VIE+	Vivre Inséparablement avec le VIH
	RATOMA	AAEC	Afrique Arc-en-ciel
		FEG	Fondation Espoir Guinée
		GSP	Guinée Solidarité Positive
		GUIAD	Guinée Action Développement
		VIE+	Vivre Inséparablement avec le VIH

## 3.2 Contribution des CLM à l'amélioration des services de santé de 2014 à 2024

### 3.2.1 Burkina Faso

#### 3.2.1.1 Disponibilité

De manière générale, les entretiens menés avec les informateurs clés révèlent que les dispositifs

OCASS ont globalement joué un rôle significatif dans l'amélioration de l'offre des services de prise en charge du VIH, du paludisme, de la tuberculose, ainsi que des services de santé maternelle et infantile. Les acteurs ont souligné que les activités de surveillance, la collecte et le traitement des plaintes et dysfonctionnements dans le cadre de l'OCASS ont permis de résoudre plusieurs problèmes de disponibilité du personnel ou des intrants au sein des formations sanitaires. A ce propos, un animateur de l'OCASS a affirmé :

*« Oui, je vous dirais que oui, parce que le dispositif OCASS permet réellement de remonter tout ce qui est dysfonctionnement dans la prise en charge des usagers des services au niveau des formations sanitaires publiques. Donc en remontant les informations, ça permet réellement de corriger certaines imperfections et améliorer réellement la bonne prise en charge des usagers des services de santé (Bur1).*

Dans la même lancée, un promoteur de l'OCASS a ajouté :

*« ...comme je le disais en introduction, sur la base des informations constatées et relayées par les communautés, cela a permis donc de faire des changements. Même si c'est vrai que souvent ce n'est pas de façon structurelle, mais de façon conjoncturelle, ces interpellations, ces alertes arrivent à résoudre un problème de rupture, de garçon de salle, d'agent de santé, en tout cas un dysfonctionnement*

*constaté dans l'accès aux services de santé. » (Bur2)*

De façon plus spécifique, certains acteurs ont mentionné que la veille, les interpellations et la remontée des informations aux structures compétentes dans le cadre de l'OCASS ont contribué à améliorer la prise en charge des patients à travers la résolution des problèmes portant sur l'insuffisance et/ou l'absence de personnel dans les formations sanitaires, les abandons temporaires de postes, les ruptures de médicaments et d'autres intrants, l'absence ou le dysfonctionnement de matériels médicaux comme les tensiomètres, les lits, les kits de soins, l'absence ou le dysfonctionnement de la logistique (ambulances), etc.

Un animateur de l'OCASS a évoqué la contribution de l'OCASS à la réduction des ruptures de stocks de médicaments en ces termes : *« Avant même l'arrivée de la gratuité des soins il y avait des ruptures criardes soit parce qu'à l'époque les expressions des besoins ne se faisaient pas à temps, soit parce que réellement il y avait des ruptures au niveau du DRD ou carrément au niveau de la CAMEG. Donc, l'observatoire citoyen, avec les émissions des alertes que nous en tant que collecteurs faisons, a permis réellement de résoudre carrément ces dysfonctionnements au sein des formations sanitaires » (Bur1).*

Un autre animateur (collecteur de données) s'est penché sur la contribution de la veille de l'OCASS à la lutte contre l'absentéisme

des agents de santé à leur poste de travail : « Il y a des formations sanitaires où on te considère comme un gendarme. J'ai été dans un coin où je devais collecter. L'accoucheuse n'était pas là. Il n'y avait pas de sage-femme et j'ai eu à contacter l'ICP. On l'a appelé, systématiquement, elle était très loin mais elle a fait demi-tour. Elle n'était pas contente mais moi je lui ai dit : c'est l'heure de travail. Si par exemple toi tu parlais et qu'une femme venait pour accouchement, ce n'est pas normal. Donc ça a fait qu'il y a beaucoup de changements maintenant. Même des mouvements des agents sont toujours signalés à l'avance. Et il y a quelqu'un qui prend le relais au cas où. » (Bur3).

Un prestataire s'est aussi appesanti sur les dénonciations de l'OCASS des cas de répartitions inéquitables des ressources humaines en nombre et en qualité, ainsi que les plaidoyers qui ont abouti à un redéploiement général des ressources humaines pour prendre en compte les besoins des formations sanitaires et

équilibrer la charge de travail. Il a déclaré : « Les effectifs étaient déséquilibrés au niveau des formations sanitaires. Cela a été signalé. Un redéploiement général des agents de santé a été fait. Il y a aussi la qualité du personnel qui est prise en compte. On a aussi démontré qu'il y a un problème de charge de travail. Donc l'OCASS a contribué à l'amélioration de ces dysfonctionnements » (Bur13)

Un agent collecteur a également témoigné de l'acquisition de forages et d'incinérateurs auprès des collectivités au profit de formations sanitaires qui en manquaient, grâce au plaidoyer du dispositif OCASS : « Après la collecte, on fait une restitution avec l'équipe cadre de district, en intégrant les collectivités. A l'issue de la rencontre, on a fait des plaidoyers et certaines collectivités ont pris l'engagement d'installer des forages. Cette année on a été surpris aussi car les collectivités ont dit qu'elles ont eu un partenaire qui a eu à financer et ils veulent faire trois incinérateurs. » (Bur12)



Figure 2: Image de plaidoyer du RAME pour la gratuité des médicaments antirétroviraux au Burkina Faso, 2009



Figure 3: Restitution des données de la veille OCASS, accompagnée d'un plaidoyer pour la résolution des dysfonctionnements constatés, au district sanitaire de Garango, premier semestre 2014

En plus, les causeries éducatives et les séances de sensibilisations entreprises dans la même dynamique ont contribué à faire connaître aux communautés leurs droits et devoirs en matière de santé, facilitant ainsi leur collaboration avec les structures sanitaires pour rendre les services disponibles. L'initiative OCASS a produit des visuels (images, posters) dans ce sens pour sensibiliser les patients et les agents de santé sur leurs droits et leurs devoirs.

Ainsi, beaucoup d'usagers ont appris non seulement à connaître leurs droits en matière de santé, mais aussi à les réclamer lorsqu'ils se sentent brimés, comme l'a indiqué un animateur chargé de suivi-évaluation : *« Bon, leurs droits et devoirs, ...quand ils viennent dans un centre de santé, on doit bien les accueillir, bien les traiter et il y a des affiches même qu'on colle souvent dans les CSPS et les images parlent d'elles-mêmes. Si tu vois ça et que ça ne part pas dans le bon sens tu peux appeler le numéro vert pour signaler »* (Bur4).

Un agent collecteur a ajouté : *« On sent qu'il y a une amélioration parce que maintenant, ce qui était là comme barrière, ils arrivent*

*maintenant à franchir...A travers les activités de causerie éducatives sur les droits et devoirs, ils savent maintenant : ça c'est mon droit et voici mes devoirs. Donc il y a trop de changements maintenant dans les CSPS. (Bur3).*

Grâce à la vigilance de l'OCASS, des acteurs de la veille ont pu découvrir et dénoncer des malversations de certains agents de santé auprès de leurs hiérarchies qui y ont appliqué un traitement diligent. En effet, certains agents de santé vendaient des spéculums qui étaient pourtant destinés à être utilisés gratuitement pour la prise en charge des femmes. Ainsi, ces agents créaient des ruptures fictives des stocks de spéculum de la gratuité, pour revendre ces mêmes stocks aux patientes, privant ainsi celles qui n'avaient pas de ressources pour payer des services. La dénonciation de cette fraude par l'OCASS a permis d'assurer la disponibilité des spéculums pour toutes les femmes. Cela, s'illustre par cette déclaration d'un animateur :

*« Pas de rupture de spéculum, mais il n'y a pas de spéculum dans le CSPS. Des agents de santé vendent les spéculums à l'interne avec les femmes enceintes. Vous avez eu ça*

où ? Donc quand on a essayé de discuter avec eux, le major lui en tout cas, il nous a dit qu'il n'était pas au courant mais qu'il va essayer de voir avec ses éléments pour que

ça s'arrête. On est repassés, on a essayé de voir avec les usagers si ça continue toujours. Maintenant c'est réglé. » (Bur4)



Figure 4: Rencontre de plaidoyer du RAME avec la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG) sur la base des données de la veille OCASS, décembre 2021

Des enquêtés ont aussi avancé que les dispositifs OCASS soutiennent la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans, comme en témoigne cette assertion d'un promoteur de l'OCASS : « Le ST/RFS le sait très bien, nous interpellons sur certains manquements par rapport aux directives mises en place pour la prise en charge de ces mères et de ces enfants-là. C'est de façon transversale avec d'autres pathologie où des mères et des enfants sont impliqués, TB, paludisme, VIH. » (Bur2)

En outre, le dispositif OCASS offre aux acteurs une bonne opportunité pour mener des plaidoyers auprès des autorités et responsables à tous les niveaux du système de santé en vue de l'amélioration de la

disponibilité des services à travers des rénovations de structures existantes, et l'extension de la couverture géographique par la construction et l'équipement de nouvelles structures. Cela est illustré à travers les propos de cet animateur de l'OCASS :

« Et ça nous a permis également aussi de faire des plaidoyers pour répondre aux besoins de réfection de certaines formations sanitaires qui étaient dans le besoin. Récemment, ...notre passage lors d'une collecte de données nous a permis réellement de voir la situation délabrée d'une formation sanitaire et lorsqu'on a remonté les informations, au cours du premier trimestre 2024, la formation sanitaire a été réfectionnée et renforcée en équipements. » (Bur1)



Figure 5: Bloc opératoire dont la détérioration est dénoncée en juillet 2023, rénové par les autorités grâce au plaidoyer OCASS et remis en service en avril 2024

Par ailleurs, les services de santé communautaire, ont connu des changements positifs sous l'action des acteurs de l'OCASS. Le plaidoyer des animateurs de l'OCASS auprès des responsables et décideurs a contribué à rendre disponibles auprès des agents de santé à base communautaire (ASBC) du matériel et des médicaments pour assurer les soins de base au niveau communautaire. Un agent collecteur atteste cela en ces termes :

*« Effectivement oui, puisqu'en milieu communautaire autrefois ils n'étaient pas bien équipés en matériel et en médicaments. Mais depuis que nous avons commencé à intervenir dans la collecte des données, on*

### 3.2.1.2 Accessibilité

La mise en œuvre des activités de l'OCASS a contribué à améliorer l'accès des populations aux services de santé par la réduction des barrières. En effet, selon les informateurs clés, les dispositifs CLM, ont contribué par leur plaidoyer à faire réduire les coûts de la prise en charge des pathologies comme le VIH/SIDA, le paludisme et la TB, ainsi que des services de santé maternelle et infantile. Le RAME, structure promotrice de l'OCASS, a été un acteur de premier plan dans le plaidoyer pour la gratuité des médicaments antirétroviraux au profit des personnes vivant avec le VIH [11]. De même, le RAME a contribué, aux côtés d'autres acteurs de la société civile, au plaidoyer ayant abouti en 2016 à l'adoption et à la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso. En plus, les informateurs clés ont relevé que par le biais de l'OCASS, le RAME a contribué au

*n'a pu vraiment toucher du doigt ce problème et maintenant je crois que ce problème-là est résolu. Les ASBC ont leurs médicaments pour prendre en charge leurs communautés et il y a le matériel aussi qui est disponible. » (Bur5).*

Ces différentes contributions de l'OCASS à la disponibilité des services de santé ont été largement favorisées par le déploiement de l'initiative à l'échelle nationale dans tous les districts sanitaires. En plus, l'OCASS a regroupé beaucoup d'Organisations de la Société Civile (OSC) au sein de la Plateforme DES-ICI pour augmenter la portée des plaidoyers en faveur d'une amélioration des services de santé.

plaidoyer pour un accès aux soins par les personnes indigentes. A ce propos, un agent collecteur a expliqué :

*« Le dispositif fait des suivis réguliers et même si le patient même en question n'a pas les moyens nécessaires pour se prendre en charge, et si y a des produits de première nécessité qui peuvent aussi en tout cas soigner ce dernier, ce dernier peut acquérir ces produits au sein des formations sanitaires » (Bur6).*

Dans le cadre de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso, le plaidoyer de l'OCASS a contribué, en 2020, à l'adoption par l'Etat et à la mise en œuvre à titre pilote de la prise en charge gratuite des personnes indigentes. A ce sujet, le rapport alternatif 2021 du RAME a révélé que des personnes indigentes avaient été identifiées, immatriculées et dotées de cartes la région des Hauts Bassins, et que leur prise en charge avait démarré dans les formations sanitaires [14].

Après les plaidoyers en faveur des mesures de suppression de la barrière financière, le RAME a également, à travers l'OCASS, mené des activités de sensibilisation et d'éveil de conscience pour permettre aux

populations de connaître leurs droits à accéder à ces services de santé et les encourager à y recourir lorsqu'elles sont dans le besoin.



Figure 6: Activités de sensibilisation sur les droits et les devoirs des usagers aux services de santé dans une formation sanitaire, deuxième trimestre 2019

Ces actions ont touché beaucoup de populations à travers le pays, améliorant ainsi la fréquentation régulière des formations sanitaires, surtout par les couches vulnérables qui renonçaient souvent aux soins faute de moyens financiers. A cet effet, un agent collecteur a affirmé : « C'est surtout côté VIH, côté tuberculose que les acteurs sont informés de

la gratuité des soins et commencent à référer. Je sais que même les ASBC au départ ne connaissent pas réellement quelle pathologie est prise en charge gratuitement. Voilà, donc maintenant vu qu'on les a formés à plusieurs reprises ils ont su que ce sont telle pathologie et telle pathologie. Donc ça a amélioré l'accès » (Bur3)

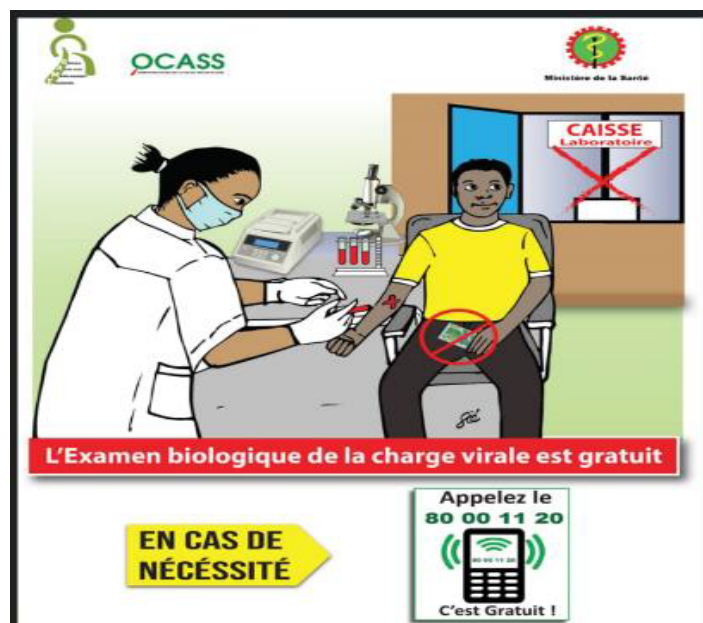


Figure 7: une affiche sensibilisant les usagers sur la gratuité de la charge virale du VIH, avec un numéro vert pour dénoncer les cas de mauvaises pratiques

En outre, le RAME a contribué au contrôle de l'effectivité de la gratuité des soins pour les cibles dans les formations sanitaires des régions sanitaires du Centre Sud, du Sahel et du Centre Ouest de 2019 à 2024 [15,16]. A ce titre, le RAME avait mis en place une équipe chargée de collecter des données d'une part au niveau des formations sanitaires pour vérifier la disponibilité des services et des médicaments, la concordance entre les factures déclarées et les factures vérifiées par les enquêteurs, la prescription rationnelle des médicaments dans le cadre de la gratuité, et d'autres potentielles irrégularités, et d'autres part dans les ménages pour vérifier l'effectivité de la gratuité des soins offerts aux patients, détecter les patients fictifs, les ventes parallèles de médicaments, les paiements à tort, les rackets des patients et la satisfaction des patients entre autres. Selon le rapport alternatif de veille citoyenne 2021 du RAME, les cas de paiement à tort dans le cadre de la politique de gratuité sont passés de 5,14% en 2019, à 3,43% en 2021 [14].

Un promoteur de l'OCASS a résumé cette contribution du RAME en ces termes :

*« Il faut dire que, de la question d'interpellation pour avoir d'abord la gratuité des ARV, nous sommes arrivés à la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants. Tout ça, nous pensons que c'est une contribution et nous faisons la veille. La politique est mise en place, les directives sont prises de sorte qu'un usager ne fasse pas un paiement à tort, pourtant il devait bénéficier gratuitement de ces services de santé ; donc en ce sens-là, nous pensons contribuer ce qui est prévu gratuitement pour les usagers, qu'ils les reçoivent gratuitement. » (Bur2)*

Un animateur a renchéri : *« On a eu des cas comme ça et on est effectivement intervenu pour leur dire d'arrêter parce que ce sont des produits de la gratuité, donc il ne faut pas vendre. Effectivement ils ont arrêté. Donc je pense que ça a contribué à arrêter certains problèmes » (Bur7).*

En ce qui concerne l'accessibilité des services de soins communautaires, le plaidoyer fait par l'OCASS a aussi

concouru à la baisse des prix, voire à la gratuité des produits utilisés par les ASBC pour la prise en charge des populations éloignées des formations sanitaires, surtout les enfants de moins de cinq ans, comme l'a attesté un agent collecteur : « ...les services fournis par les ASBC aux enfants de 2 mois à 5 ans sont très énormes. Et l'ASBC aussi en question dispose des médicaments, des équipements pour prendre en charge ces derniers. » (Bur6)

Par ailleurs, l'OCASS a contribué à améliorer le système de référence et de contre référence. En effet, le dispositif collecte des données sur l'effectivité des

### 3.2.1.3 Acceptabilité

Les dispositifs CLM à travers les séances de sensibilisations ont permis d'améliorer la prise en compte de l'éthique dans la mise en œuvre des interventions ou politiques de santé. Les agents de santé ont été sensibilisés et invités au respect de la dignité humaine et à la considération des aspects religieux et socio-culturels, y compris le genre, dans la prestation des soins. De même, les usagers des services de santé ont été sensibilisés au respect des agents de santé et des consignes de prise en charge que ces derniers donnent. Un promoteur de l'OCASS a expliqué cela en ces termes :

*« ...nous commençons donc par la sensibilisation des usagers et des agents de santé en mettant des affiches au niveau des CSPPS ; et nous pensons que tout cela doit permettre aux agents de santé et aux usagers d'être observants sur ces règles éthiques là. Il y a des acteurs de veille qui sont là et qui regardent à gauche, à droite et il y'a des usagers même qui regardent et qui font le retour. Également les agents de*

*références et contre-références dans le système de soin en vue de situer les responsabilités en cas de dysfonctionnement. Les cas de dysfonctionnements relevés ont fait l'objet de sensibilisation en faveur des agents de santé, ce qui a contribué à dynamiser le système, comme l'affirme un agent collecteur : « ça a beaucoup facilité parce que quand on prend les acteurs qui réfèrent et qui passent leurs temps à chercher les contre-références, on voit qu'il y a beaucoup d'amélioration. Les agents de santé ont été sensibilisés à déposer les coupons de référence » (Bur3).*

*santé lorsqu'ils ont eu des situations où un usager s'est mal comporté, ils nous font un retour aussi. » (Bur2).*

Les sensibilisations ont aussi porté sur le respect de l'intimité et de la confidentialité des patients pendant les consultations et le séjour d'hospitalisation ou de mise en observation, ainsi que la demande de leur consentement et leur implication dans le choix et la mise en route des schémas thérapeutiques. Le renforcement de ces dimensions éthiques a contribué à renforcer la confiance des usagers vis-à-vis des services de santé, les incitant ainsi à s'y rendre en cas de besoin. Un agent collecteur explique les dispositions prises pour préserver la confidentialité en ces termes :

*« Le dispositif en tout cas a contribué à ce niveau aussi...Il y a certaines pathologies qui sont un peu sensibles comme le VIH. Donc le dispositif a fait de telle sorte que même s'il y a un patient qui en souffre, qui est venu pour se soigner ou soit pour se dépister, on ne divulgue pas l'information auprès de tout le monde » (Bur6)*

Les patients eux-mêmes apprécient positivement cette manière de procéder pour préserver leur image, comme l'attestent les propos d'un d'entre eux : « *En tout cas lorsque nous venons, ils n'acceptent pas que nous soyons plus de 2 dans la salle. Ils nous demandent de nous assoir dans le couloir. Au tour de chacun, on l'appelle pour qu'il rentre prendre son produit* » (Bur8).

Les dispositifs ont également mis l'accent sur la promotion de l'inclusion, la non-discrimination des patients ou des agents de santé sur la base de la religion, la race, l'ethnie, la provenance, le genre, etc. Cela a contribué à renforcer l'acceptation des personnes dans leur intégralité, c'est-à-dire avec tout ce qu'elles ont comme croyances, pratiques et caractères distinctifs.

Un agent collecteur illustre cela en ces termes : « *...Il y a un patient qui est allé*

*trouver que c'est une dame qui était de service. Le monsieur n'a pas voulu que la dame le consulte. Donc, il a demandé qu'on puisse lui trouver un homme parce que lui son enfant ne peut pas le consulter. Et en plus aussi une femme ? L'agent en question a été obligé d'appeler le major qui est venu prendre le patient en charge...* » (Bur5).

La réduction de la violence à l'égard des patients aussi bien en communauté que dans les centres de santé, est un autre aspect auquel l'initiative OCASS a contribué, selon les enquêtés. Comme expliquait un animateur : « *Avec le RAME, affaire de discrimination, affaire de violence (violence physique, violence verbale), toi-même de nos jours-là tu sais qu'étant agent de santé si tu t'amuses avec un patient et qu'il sorte nous voir là, ce sera un peu compliqué. Donc chacun s'est rangé ; à ce niveau ça va* » (Bur9).



Figure 8: Affiches de sensibilisation contre les violences en milieu de soins et pour une meilleure relation soignant-soigné

De même, les entretiens ont révélé que les violences subies par les dispensateurs de soins ont également diminué grâce au dispositif OCASS dont les interventions permettent de repérer les cas et d'y apporter des solutions. A ce sujet, un animateur responsable d'association a témoigné : « *Il*

*ya des moments où les collecteurs me disent qu'ils arrivent sur le terrain trouver que l'agent de santé est seul et on veut l'agresser. Eux, ils essaient de leur faire comprendre la raison d'abord, les calmer avant de continuer l'activité.* » (Bur10).



Figure 9: Sensibilisation d'agents de santé par un point focal OCASS sur des aspects éthiques, 2020

### 3.2.1.4 Qualité

Selon les enquêtés, la qualité des services dans la prise en charge des pathologies comme l'infection à VIH, le paludisme et la TB s'est beaucoup améliorée dans les formations sanitaires et également en milieu communautaire grâce au dynamisme des équipes de la veille citoyenne qui sensibilisent, interpellent et font remonter les dysfonctionnements. Selon un agent collecteur : *« Ça a permis vraiment d'améliorer la qualité des soins parce que les agents de santé même ont peur de faire un travail bâclé qui, après va les rattraper. Vu qu'eux-mêmes ils savent maintenant à travers les activités, à travers les dénonciations des uns et des autres, il y a des changements... »* (Bur3).

La veille citoyenne dans le cadre de l'OCASS porte aussi sur la qualité des services de soins dans différentes dimensions, de sorte à déceler les dysfonctionnements, les rapporter et faire un plaidoyer pour les corriger afin de garantir une bonne prise en charge et la sécurité des patients. Cette veille a parfois permis de détecter des cas de violation de la réglementation qui mettent à mal la qualité

des soins, comme en témoigne ce promoteur de l'OCASS :

*« ...il y a des produits interdits au niveau du territoire national qui étaient retrouvés dans des zones frontalières comme Gaoua ; le point focal avec certains acteurs de la veille de la société civile ont constaté cela et nous avons émis des interpellations au niveau des responsables du district sanitaire et de la région pour avoir le regard sur les produits qui entrent au niveau de la région et du district sanitaire... c'est une manière de vous dire que le dispositif OCASS travaille à améliorer la qualité des soins en tout temps et en tout lieu »*(Bur2).

Il est à souligner aussi que la mise en œuvre du dispositif OCASS a, selon les résultats des entretiens, contribué à corriger les défaillances observées dans l'accueil des patients et les délais d'attente. Les informateurs clés ont indiqué que les pratiques de prise en charge des patients et l'attitude des prestataires de soins ont significativement évolué. Un agent collecteur a illustré cela par ces propos : *« A 95% oui, parce qu'il y a d'autres formations sanitaires qui ont bien*

*réaménagé leurs programmes et maintenant le temps d'accueil est court, entre 0 et 10 minutes en moyenne » (Bur5).*

Selon le rapport annuel alternatif 2023 du RAME, la proportion de patients qui déclarent attendre plus de 30 minutes avant d'avoir une consultation dans les formations sanitaires est passée de 62,8% en 2021 à 35% en 2022 [17].

En outre, le plaidoyer des acteurs de l'OCASS a abouti dans certaines formations sanitaires à la mise en place de panneaux pour orienter les patients vers les services de prise en charge adaptés à leurs besoins. Sur ce sujet, un agent collecteur a expliqué : *« Avant notre plaidoyer, il n'y avait pas ces indications-là. Mais depuis deux ans maintenant, dès que tu franchis la porte du CMA il y a toutes les indications possibles. C'est vrai que c'est en français, mais au moins pour le patient qui ne sait pas lire s'il saisit quelqu'un on peut l'orienter. Avant il était laissé à lui-même » (Bur11)*

Les entretiens révèlent également que le dispositif OCASS a joué un rôle dans l'assainissement de l'environnement des structures sanitaires en sensibilisant les populations et en les encourageant à adopter des comportements hygiéniques. Par exemple, un agent collecteur a relaté : *« j'ai*

*été dans une formation sanitaire où ils n'avaient pas de poubelle, d'incinérateur.... Donc c'est un bassin qu'ils ont construit et ils jetaient tout là-bas. Et j'ai vu des chèvres qui étaient là-dessus, qui prenaient tout ce qui est coton déjà souillé. J'ai pris une photo envoyer dans le groupe RAME et j'ai mentionné en bas que ce sont ces mêmes chèvres-là qui vont être tuées et puis revendues sur le marché et on va manger leurs viandes. Il y a eu un changement vite fait. D'abord dans la population même en question, quand ils ont vu le message là ils ont déjà entrepris des démarches pour faire du nettoyage, une journée de salubrité au sein de la formation sanitaire et l'ICP m'a appelé de venir participer » (Bur3).*

Les sensibilisations organisées ont conscientisé davantage les usagers des formations sanitaires sur l'importance de maintenir ces lieux propres et de les entretenir, comme l'a expliqué cet agent collecteur : *« à travers les sensibilisations sur les droits et devoirs, ces informations parviennent aux patients, les incitant à ne pas salir leurs lieux de soins et à prendre les mesures nécessaires pour maintenir la structure propre » (Bur5).*

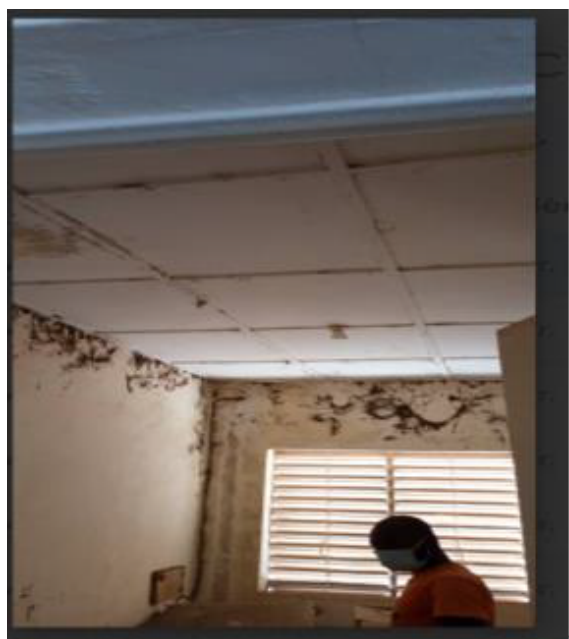




Figure 10: Etat d'insalubrité d'une formation sanitaire constaté lors du suivi communautaire, puis une mobilisation communautaire pour restaurer salubrité, premier trimestre 2024

Concernant la satisfaction des usagers vis-à-vis des soins reçus dans les formations sanitaires, les enquêtés ont exprimé un jugement globalement positif à ce sujet : « Puisque les agents même qui sont chargés

de la prise en charge ont compris. Comme ils ont compris que le dispositif veille aussi à ce niveau, eux aussi ont multiplié leurs efforts pour satisfaire les patients. » (Bur6).

### 3.2.1.5 Défis, leçons apprises et recommandations

La mise en œuvre du programme OCASS a rencontré plusieurs défis qui ont parfois réduit l'efficacité des activités. L'une des principales difficultés relevées par les acteurs est le manque de logistique adaptée pour les acteurs de terrain responsables de la veille et de la collecte des données. Cela rend difficile le déplacement des acteurs, surtout en saison hivernale où les voies d'accès à certaines zones de collecte deviennent très impraticables. Certains responsables d'associations et agents collecteurs ont noté que ces derniers utilisaient leurs moyens de déplacement

personnels, généralement des engins motorisés à deux roues non adaptés pour les activités de l'OCASS. Ensuite, les acteurs ont mentionné la difficulté à trouver certains responsables des formations sanitaires sur place. Ces responsables seraient régulièrement sollicités pour des activités en dehors de leurs formations sanitaires (généralement au siège du district), si bien que les agents collecteurs se retrouvaient parfois contraints de se déplacer plusieurs fois dans la formation sanitaire avant de pouvoir les trouver sur place. Pour certains acteurs, la difficulté à

trouver les agents de santé sur place serait en réalité liée à un défaut de communication alimentée par la méfiance et la réticence de ces derniers vis-à-vis de l'OCASS. La méfiance et la réticence seraient favorisées par le manque d'information et de sensibilisation préalable, ou à une moindre implication de la hiérarchie sanitaire à certains niveaux.

De plus, l'insuffisance des moyens financiers pour assurer un suivi régulier sur le terrain a été relevée comme un défi important. En effet, l'insuffisance de fonds a réduit la capacité de l'OCASS à doter suffisamment les agents collecteurs en crédits de communication téléphonique et à financer suffisamment leurs sorties vers les villages et formations sanitaires pour faire le suivi de la mise en œuvre des recommandations visant à corriger les dysfonctionnements relevés lors de la collecte de données. Un responsable d'association a résumé ce défi à travers ce cas pratique rapporté par un animateur : *« Il a vu le problème, il l'a transmis ici. Le Médecin-Chef du District a dit qu'il allait régler le problème. Maintenant est ce que le collecteur aura des fonds pour pouvoir repartir à 20km-30km pour voir si le problème est réglé ? Il y a ce problème qui est là... Il y a le carburant à assurer, et tout et tout »* (Bur7).

Un responsable d'association, tout en dépeignant un tableau pareil de la situation des agents collecteurs, plaide pour une amélioration de leur motivation financière : *« S'ils peuvent revoir leur motivation, sinon ce n'est pas simple. Par sortie, il faut communiquer, collecter au niveau CSPS et dans un village à plus de 5 km du CSPS. Tu dois d'abord communiquer avec l'Infirmier Chef de Poste plusieurs fois avant de venir... »* (Bur10).

En outre, certains agents collecteurs manquent de supports technologiques dédiés pour la collecte numérique des données. Pour y parer, ils utilisent leurs propres téléphones Android, dont les capacités techniques sont parfois en inadéquation avec les exigences du logiciel *Kobo Collect*, ce qui contribue à ralentir les progrès des activités.

L'analyse des acquis et des défis auxquels font face les CLM, en particulier l'OCASS, a permis de tirer beaucoup de leçons. Parmi elles, nous pouvons retenir que :

- La collaboration et l'engagement des acteurs locaux, en particulier avec les organisations de la société civile (OSC), ont joué un rôle crucial dans le succès des activités de l'OCASS. Ces acteurs, issus des communautés locales, connaissent mieux leurs réalités et leurs exigences culturelles, facilitant ainsi les interactions et la réussite des activités de l'OCASS.
- L'animation de la veille et la collecte de données par des acteurs externes indépendants vis-à-vis des prestataires de soins ont été capitales pour relever les dysfonctionnements des formations sanitaires sans complaisance et œuvrer à y trouver des solutions, ce qui a substantiellement contribué à améliorer la prise en charge des pathologies comme le VIH, la TB et le paludisme, ainsi que la mise en œuvre de la politique de gratuité.
- Bien qu'ils soient issus des communautés, l'engagement des acteurs de la société civile, en l'occurrence les CLM, nécessite un appui financier et logistique

conséquent pour être efficace et s'inscrire dans la durée.

- La sensibilisation des communautés par des acteurs de la société civile a été déterminante pour les faire prendre conscience de leurs droits et devoirs, suscitant ainsi leur adhésion au plan de prise en charge et leur contribution à l'amélioration de l'environnement des formations sanitaires.
- La sensibilisation des acteurs de l'OCASS à l'endroit des formations sanitaires et leur présence dissuasive contribue à lutter contre les mauvaises pratiques des prestataires.
- L'action des acteurs de l'OCASS a permis d'améliorer les relations soignants-soignés et de réduire les cas de discrimination, de ségrégation et de violence en milieu de soins.
- Le plaidoyer mené par les CLM est un rappel régulier aux autorités sur les priorités sanitaires
- Cependant, les acteurs soulignent que la pérennisation des acquis nécessite un suivi continu et une prise en compte systématique des données de la veille OCASS par les autorités sanitaires.

En résumé, l'action des CLM (l'OCASS) a permis d'améliorer la prise en charge des patients atteints de VIH, de la TB et du paludisme, de la mère et de l'enfant, et d'améliorer le système de soins de façon générale.

Au regard de ces acquis, défis et leçons, les recommandations suivantes devraient être prises en compte pour améliorer l'action des CLM et leur potentiel à contribuer à

l'amélioration du système de soins au bénéfice des populations.

Tout d'abord, les CLM (l'OCASS notamment) doivent mobiliser davantage de ressources auprès des partenaires afin de renforcer la motivation financière ainsi que les capacités logistiques et technologiques des acteurs de terrains.

De même, les CLM devraient trouver des mécanismes innovants de mobilisation de ressources locales pour financer leurs activités.

Ensuite, les autorités sanitaires devraient prendre des mesures visant à faire connaître davantage les CLM dans les différents districts sanitaires, afin de faciliter leurs activités. A cet effet, les acteurs de l'OCASS devraient œuvrer de concert avec les équipes cadres de districts pour que toutes les formations sanitaires prennent connaissance de la lettre d'information que le secrétaire général du Ministère de la Santé adresse chaque année aux districts sanitaires pour les informer de la réalisation des activités des CLM. Cela disposerait les responsables de formations sanitaires à accueillir les acteurs de terrain et à faciliter leur mission.

En plus, les acteurs de la veille devraient mieux systématiser la collecte de leurs données et trouver des cadres permanents de présentation et de validation des rapports annuels impliquant les décideurs. Ces cadres devraient aussi servir à un plaidoyer sur les problèmes relevés dans les rapports.

En outre, les acteurs de mise en œuvre de l'OCASS devraient mettre en place un mécanisme de documentation systématique des activités ayant conduit à des acquis majeurs, mais aussi des défis qu'ils rencontrent.

Les acteurs de l'OCASS devraient également relancer les cadres de restitution à l'équipe du CSPS (agents de santé et comité de gestion) et prendre

### 3.2.2 Niger

#### 3.2.2.1 Disponibilité

Au Niger, les acteurs enquêtés ont relevé que les dispositifs CLM (l'OCASS en l'occurrence), ont significativement contribué à améliorer la disponibilité des services de santé, en particulier pour la prise en charge du VIH, du paludisme et de la TB. Grâce à la collecte des données, leur analyse et la remontée des informations, les dispositifs OCASS ont permis de lancer des alertes aux autorités sanitaires pour résoudre des dysfonctionnements dans le système de soins, mais aussi de faire des plaidoyers pour l'amélioration du dispositif de prise en charge sanitaire [12].

Du point de vue d'un promoteur de l'OCASS, « ... il y a eu la résolution de plusieurs dysfonctionnements obtenus suite au travail de restitution des agents de collecte. L'acceptation des agents de collecte dans les sites est en soi un acquis considérable et le traitement des informations qu'ils remontent à temps réel permet de faire le plaidoyer ou des alertes pour résoudre les dysfonctionnements » (Nig1).

Pour avoir un impact plus significatif, l'initiative OCASS au Niger a œuvré à fédérer des OSC pour une synergie de leurs actions de plaidoyer à travers la Plateforme Démocratie Sanitaire et Implication Citoyenne (plateforme DES-ICI). Le plaidoyer porté au plus haut niveau (Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique) par cette plateforme a

progressivement en compte les formations sanitaires privées dans les activités de la veille.

contribué à la résolution de certaines insuffisances constatées en termes de personnel de santé, d'infrastructures, de logistique, de médicaments et d'équipements. Par exemple, ce plaidoyer de haut niveau aurait contribué à l'affectation de médecins dans des localités qui n'en disposaient pas, ainsi que des équipements spécifiques pour rapprocher l'offre de soins aux populations.

Selon un usager, « *Nous avons eu des nouvelles affectations d'agents dont 3 Médecins. De même nous avons acquis des nouveaux équipements dont notamment des appareils GenXpert qui permettent d'accéder aux examens.* » (Nig2)

Et un animateur d'ajouter : « *Suite aux dysfonctionnements relevés par la collecte des données, les responsables envisagent même une réhabilitation de notre local en cas de nouvelles constructions* » (Nig12)

En plus, les actions de veille citoyenne ont eu un effet dissuasif qui a entraîné une réduction de l'absentéisme des agents de santé à leurs postes, pour permettre aux populations d'avoir des soins en cas d'urgence.

Un animateur a expliqué en ces termes : « *Pour la prise en charge des patients des 3 maladies, les agents de collecte ont eu à jouer le rôle de sentinelles. Ce qui a permis de rendre le personnel toujours disponible au niveau de ces sites.* » (Nig3)

Un autre animateur a renchéri : « *Oui, du moment où les prestataires savent qu'il y a un œil regardant sur leurs activités, ils font le maximum pour faciliter la prise en charge* » (Nig12).

Les activités du dispositif OCASS ont permis en outre d'attirer l'attention des autorités sanitaires sur le cas des patients les plus démunis afin de créer des conditions favorables à leur prise en charge.

La contribution de l'OCASS à l'amélioration des services de santé a été reconnue et appréciée aussi bien au niveau communautaire que dans les formations sanitaires publiques, si bien que les autorités impliquaient activement les acteurs de l'OCASS dans la majorité de leurs activités.

En plus de la veille, des alertes sur les dysfonctionnements et du plaidoyer, le dispositif OCASS a collecté une quantité importante de données qui pourraient servir de base aux autorités pour des prises de décision.

Un PTF justifie cette l'importance des données l'OCASS et invite les autorités sanitaires à les utiliser : « *Car le dispositif en lui-même est un cadre de suivi des insuffisances par la collecte des données sur la disponibilité, l'accessibilité et les dysfonctionnements suivis de propositions de corrections.* » (Nig11)

Fort de cela, certains acteurs ont même initié des mobilisations de fonds pour soutenir les dispositifs OCASS.



Figure 11: Atelier de validation du rapport annuel de la veille citoyenne OCASS, Niamey, du 29 au juin 2020

### 3.2.2.2 Accessibilité

Le programme OCASS a contribué de manière substantielle à l'amélioration de l'accessibilité des services de santé à travers

divers mécanismes. En premier lieu, les participants ont souligné la formation et l'introduction de nouveaux agents de santé,

destinés à soutenir les médecins qui, auparavant, œuvraient seuls. Cette initiative a facilité l'accès des populations aux prestataires, avec une réduction significative des délais d'attente. Un prestataire a relevé que : « *L'intervention du dispositif OCASS a permis d'appuyer la disponibilité des ressources humaines et des intrants. Elle a permis un regard rétrospectif pour corriger les insuffisances.* » (Nig4).

Par ailleurs, des efforts de sensibilisation ont été réalisés à travers des causeries éducatives pour encourager les usagers à respecter la pyramide sanitaire, ce qui a permis de fluidifier le circuit des soins. Comme l'a rapporté un animateur : « *Les causeries éducatives ont permis de faire comprendre aux patients que ce n'est pas pour toute pathologie qu'il faut venir dans un hôpital alors que les centres de santé intégrés peuvent assurer une prise en charge adéquate* » (Nig3).

Toujours dans l'optique de contribuer à rapprocher les services de santé des communautés, le dispositif OCASS a sensibilisé les communautés sur leurs droits et devoirs en matière d'accès aux services de santé, et les a appuyées pour qu'elles s'organisent en vue d'améliorer les services de santé communautaire. A ce propos, un animateur a expliqué que « *Les activités de sensibilisation sur les droits et devoirs des usagers ont permis aux communautés de prendre conscience.* » (Nig8)

De même, les émissions radiophoniques ont joué un rôle clé dans la sensibilisation des populations, contribuant également à une amélioration des pratiques chez les prestataires de soins comme l'a témoigné un animateur : « *Les émissions radiophoniques ont permis de mieux sensibiliser les populations. Cela a permis aussi aux*

*responsables des services tout comme aux prestataires de se corriger.* » (Nig3).

À la suite de plaidoyers menés par le dispositif, certaines structures sanitaires ont également réorganisé leurs services, notamment en introduisant des dispositifs d'aiguillage et en renforçant les effectifs des agents pour les gardes de nuit, garantissant ainsi une meilleure continuité des soins. La mise en place d'initiatives comme l'utilisation de numéros d'ordre lors des consultations ou approvisionnements et le respect de la ponctualité ont contribué à améliorer les conditions de travail des agents de santé et la fluidité du circuit de soins.

Afin d'optimiser le parcours des patients, le dispositif OCASS a mis en place des plateformes numériques d'échanges, notamment des groupes WhatsApp (regroupant les collecteurs, superviseurs, coordinateurs) et une flotte téléphonique (regroupant les coordinateurs et les superviseurs), permettant d'orienter efficacement les patients vers les spécialistes appropriés ou les services de dispensation des médicaments. Ce mécanisme a également facilité la mobilisation rapide de ressources pour répondre aux besoins de patients indigents, comme l'a indiqué cet animateur : « *Il y a eu la mise en place d'un dispositif d'échanges à travers la création de groupes WhatsApp et la flotte pour mieux orienter les patients.* » (Nig8)

Sur le plan financier, l'OCASS a lancé un plaidoyer de haut niveau qui a contribué à un meilleur accès aux médicaments pour les patients atteints du VIH, de la tuberculose et du paludisme, à travers la suppression des barrières financières. Selon un décideur, « *Le dispositif a beaucoup fait dans ce domaine car aujourd'hui les médicaments*

*sont gratuits et encore, les autorités ont pris récemment la décision de réduire les coûts des prestations » (Nig5). Ce plaidoyer a également conduit les autorités sanitaires à mettre en place des dispositifs permettant une prise en charge gratuite des patients démunis. Comme le précise un prestataire, « En ce qui concerne la prise en charge des trois maladies, elle est gratuite. Les activités du dispositif permettent de mieux attirer l'attention pour le cas des patients les plus démunis » (Nig4).*

La présence régulière des agents collecteurs et les sensibilisations sur le terrain ont permis de réduire les pratiques de paiement à tort et les rackets, en exerçant une pression dissuasive sur les prestataires et en incitant les patients à dénoncer toute irrégularité.

D'un point de vue géographique, les plaidoyers menés par l'OCASS ont facilité l'extension des services de santé dans les zones d'accueil des populations déplacées, où les infrastructures étaient insuffisantes. De plus, afin de répondre aux besoins des

### 3.2.2.3 Acceptabilité

Selon les acteurs interrogés, le programme OCASS a significativement contribué à l'amélioration de l'acceptabilité des services de santé au Niger, en particulier dans un contexte marqué par l'insécurité. L'un des principaux apports du programme résiderait dans son approche inclusive prenant en compte les spécificités des populations vulnérables telles que les personnes déplacées, les réfugiés et les personnes indigentes. Ce programme a joué un rôle central dans la sensibilisation des populations et des prestataires, en diffusant des informations sur les droits et devoirs de chaque partie vis-à-vis de l'autre par le biais

patients souffrant de pathologies chroniques telles que le VIH et la tuberculose, situés dans des zones éloignées, le dispositif a facilité le transport des produits pharmaceutiques pour prévenir les ruptures de traitement. Un plaidoyer spécifique a également permis l'adoption de la dispensation multi-mensuelle des médicaments, une mesure particulièrement bénéfique pour les patients chroniques. À cet égard, un animateur a déclaré : « Les actions du dispositif OCASS ont permis de mieux sensibiliser les prestataires sur l'importance de la dispensation multi-mensuelle à 6 mois, ce qui a permis de réduire les retards et les perdus de vue » (Nig3).

Ainsi, à travers une approche combinant veille, sensibilisation, réorganisation des services et plaidoyer, le dispositif OCASS a substantiellement amélioré l'accessibilité des services de santé, tout en réduisant les obstacles financiers et géographiques à la prise en charge des patients.

d'affiches, d'émissions radiophoniques et de causeries éducatives.

Cela aurait contribué à renforcer les relations entre les soignants et les soignés. Certains informateurs clés ont notamment relevé que les activités mises en œuvre dans le cadre de l'OCASS ont permis de renforcer la confiance mutuelle entre soignants et soignés, en faisant en sorte que les patients soient mieux respectés, leurs avis et leurs particularités socio-culturelles pris en compte. Selon un animateur, « Les agents de collecte sont aussi des agents de terrain qui ont contribué à prendre en compte les aspects culturels dans la prise en charge. » (Nig8)

La collecte et la remontée d'informations a permis de recenser les dysfonctionnements à même de porter atteinte aux valeurs éthiques des patients et de les corriger afin de renforcer la recherche d'un consentement éclairé avant la mise en route des traitements et le respect de la confidentialité, l'intimité et plus globalement la dignité des patients. Selon un prestataire, « *le fait de considérer tous les patients égaux est un élément indéniable de l'éthique.* » (Nig4)

Et un autre porteur de l'OCASS d'ajouter : « *les prestataires sont aussi formés sur la loi VIH et le respect de la confidentialité qui est un droit pour le patient et un devoir pour tout détenteur de l'information* » (Nig19)

Les agents de collecte, souvent en contact direct avec les patients et les accompagnateurs psychosociaux, ont joué un rôle essentiel en facilitant la communication et en permettant aux

#### 3.2.2.4 Qualité

Les entretiens mettent en lumière les effets positifs du dispositif OCASS sur l'amélioration de la qualité des services de santé à travers des dimensions telles que la disponibilité des services de qualité, l'accueil des patients, la réduction du délai d'attente, et l'amélioration de l'environnement des structures sanitaires.

Tout d'abord, il ressort des entretiens que l'OCASS a contribué à une meilleure disponibilité des services spécifiques indispensables pour le renforcement de la qualité des soins au niveau de certaines structures comme les laboratoires et les dépôts pharmaceutiques. Selon un accompagnateur psychosocial interrogé, « *Un changement a été observé tant au niveau du laboratoire que de la pharmacie*

prestataires d'adopter des pratiques plus respectueuses des droits des patients, réduisant ainsi les cas de stigmatisation et de discrimination, et minimisant les risques de violences en milieux de soins. Un prestataire a confirmé : « *Le dispositif a permis au niveau des agents de santé d'attirer l'attention sur la discrimination et la stigmatisation* » (Nig4).

En résumé, le dispositif OCASS a eu un impact positif sur l'amélioration de l'acceptabilité des services de santé au Niger, en particulier en renforçant les pratiques éthiques, en réduisant la stigmatisation, et en sensibilisant aussi bien les prestataires que les patients sur leurs droits et devoirs. Les actions entreprises ont contribué à une meilleure prise en charge des patients et à une évolution positive des mentalités, tant au niveau des prestataires de soins qu'auprès des communautés.

*qui font désormais les commandes des intrants et des médicaments à temps.* » (Nig3)

Les activités de plaidoyer ont permis de renforcer la présence du personnel de santé en profils variés et de garantir la disponibilité des médicaments et équipements nécessaires, particulièrement dans les grands centres de prise en charge. Grâce au système de tri, les patients sont mieux orientés vers les services adaptés où ils peuvent trouver des spécialistes à même de leur offrir une prise en charge adéquate, ce qui améliore l'efficacité des soins, comme l'illustrent ces propos d'un usager des services de santé : « *Avec le tri et la disponibilité des agents, chaque patient sait où se diriger.* » (Nig2)

Le dispositif OCASS a également joué un rôle dans la réduction des délais d'attente dans les centres de collecte. Grâce aux actions de sensibilisation, les patients étaient mieux informés sur les procédures, ce qui facilitait leur orientation et réduisait le stress lié à l'attente. Les responsables des services de santé, plus conscients de l'importance de l'accueil, veillaient mieux à respecter l'ordre d'arrivée et à prioriser les cas urgents, contribuant ainsi à une meilleure organisation des services et une meilleure satisfaction des patients, comme en témoignent les propos d'un usager : « Surtout au niveau de l'accueil, les prescripteurs prennent le temps de mieux nous écouter ; j'ai observé que l'ordre d'arrivée est respecté. » (Nig9).

L'amélioration de la satisfaction des patients est aussi liée à l'accompagnement des acteurs de l'OCASS qui ont plaidé pour la mise en route d'un soutien supplémentaire, notamment un soutien psychologique auquel eux-mêmes prennent activement part au bénéfice des patients, en particulier ceux souffrant de maladies stigmatisées comme le VIH. A ce propos, un porteur de l'OCASS a rassuré que l'initiative a apporté un soutien

### 3.2.2.5 Défis, leçons et recommandation

Les défis rencontrés dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif OCASS sont principalement liés à l'insuffisance des ressources financières et humaines, qui limitent l'étendue de la couverture et la capacité de suivre efficacement les activités sur le terrain. L'insuffisance du financement et l'absence d'un lobbying efficace constituent également une menace à la pérennisation du dispositif. L'absence de moyens de déplacement pour les agents,

psychologique aux patients « à travers l'orientation, l'assistance et le soutien aux patients par les accompagnateurs, les médiatrices, les relais communautaires et les collecteurs. » (Nig1)

L'amélioration de l'environnement des formations sanitaires, notamment en termes de propreté, d'hygiène et de sécurité, a également été un point fort auquel l'OCASS a contribué. Les actions de salubrité et les causeries éducatives sur les droits et devoirs des patients ont sensibilisé tant les prestataires de soins que les usagers. Les patients, mieux informés et soutenus, contribuaient désormais activement à maintenir la propreté et la sécurité des centres de santé, améliorant ainsi la qualité globale des soins.

A l'issue des différentes initiatives du dispositif OCASS pour améliorer la qualité des soins, les données collectées par les acteurs de terrain ont montré une amélioration de la satisfaction des usagers des services de santé. Les améliorations observées dans l'accueil, la prise en charge rapide, ainsi que la réduction des stigmatisations, ont considérablement augmenté la satisfaction des usagers.

ainsi que l'absence de moyens technologiques adéquats, comme les tablettes pour les agents de collecte, compliquent la mise en œuvre du programme. En outre, bien que le dispositif ait permis de renforcer la collaboration entre acteurs de santé et communautés, des problèmes de coordination, notamment avec les prestataires de santé, subsistent.

A la lumière des acquis et des défis, beaucoup de leçons peuvent être tirées.

- Une meilleure organisation et un plaidoyer plus structuré sont nécessaires pour assurer la pérennité du dispositif OCASS.
- La collecte de données en temps réel et le partage d'informations ont été des leviers importants pour améliorer la qualité des soins, mais leur efficacité dépend de la disponibilité des ressources humaines et matérielles.
- Les acteurs communautaires, dont l'engagement volontaire est essentiel, ont contribué à améliorer les comportements des patients et à renforcer la collaboration avec les prestataires de soins.
- L'implication des acteurs communautaires dans la gestion des soins et la dispensation des médicaments, ainsi que l'amélioration de la sensibilisation, sont des éléments clés pour une meilleure couverture des services de santé.

Pour assurer la pérennité des CLM, en l'occurrence de l'OCASS au Niger, plusieurs recommandations sont formulées. Ainsi, les acteurs des CLM devraient œuvrer à :

- Assurer une pleine reconnaissance des CLM par l'État, pour faciliter l'acceptabilité et une meilleure collaboration des acteurs du système de santé
- Diversifier les partenariats de financement et trouver des mécanismes de mobilisation de ressources endogènes pour garantir le fonctionnement des CLM et leur potentiel à améliorer les services de santé
- Doter les acteurs des CLM de moyens logistiques et technologiques adaptés pour la bonne exécution de leur mission
- Compléter le dispositif de veille jusqu'au niveau communautaire (village) comme cela se fait dans les deux autres pays pour maximiser son impact

### 3.2.3 Guinée

#### 3.2.3.1 Disponibilité

Les témoignages recueillis auprès des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du dispositif OCASS ont mis en évidence l'effet positif de ce dispositif sur l'amélioration de la disponibilité des services de santé, notamment en matière de VIH, de paludisme, de tuberculose, ainsi que de santé maternelle et infantile. Le dispositif OCASS a joué un rôle important à travers la collecte des données sur le terrain qui a permis d'identifier les

dysfonctionnements dans les formations sanitaires et d'en alerter les autorités compétentes pour la mise en place de mesures correctives. Comme l'a souligné un promoteur de l'OCASS : « *Et c'est grâce aux dispositifs OCASS qu'on est venu mettre à nu toutes ces faiblesses là et attirer l'attention des autorités au niveau du pays afin qu'ils prennent les dispositions appropriées pour les corriger au fur et à mesure* » (Gui1).



Figure 12: Rencontre de restitution des données de la veille OCASS et plaidoyer pour la résolution des dysfonctionnements constatés en Guinée, 2020

En termes de ressources humaines, l'OCASS a joué un rôle clé dans l'identification des déficits en termes de personnel qualifié dans les formations sanitaires et dans le plaidoyer pour un recrutement plus conséquent de ces ressources humaines. En assurant une veille citoyenne, les dispositifs CLM ont permis de remonter des informations sur les insuffisances en ressources humaines, l'inadéquation des postes, ainsi que les problèmes de mauvais accueil ou de négligence dans la prise en charge des patients, et d'y trouver des solutions. Les activités de l'OCASS ont ainsi contribué à rendre le personnel de santé plus disponible dans les formations sanitaires et plus réactif pour mieux offrir les services aux populations aussi bien dans la journée que la nuit lors des gardes. Un agent collecteur a affirmé à ce sujet : « Avant, il y avait des manques de personnel. Mais de nos jours, on remercie beaucoup le bon Dieu. La

population est satisfaite maintenant à quelque part. Je ne peux pas vous dire à 100%, mais aujourd'hui c'est une fierté pour eux. » (Gui2).

Sur le plan de la couverture géographique des services de santé, les enquêtés ont estimé que le plaidoyer mené par le dispositif CLM OCASS a facilité la décentralisation des services de santé, contribuant ainsi à une meilleure disponibilité des services de santé prioritaires pour les populations éloignées. Un porteur de l'OCASS interviewé a déclaré à ce propos : « Je pense que OCASS a aussi permis d'attirer l'attention des autorités sanitaires sur la faible décentralisation de certains services. Je pense que cela a été bénéfique » (Gui3). Cette décentralisation a permis de mieux répondre aux besoins des populations locales, en particulier dans les régions rurales.

### 3.2.3.2 Accessibilité

Le dispositif OCASS a joué un rôle positif dans l'amélioration de l'accessibilité des

services de santé dans sa zone de couverture en Guinée.

Le dispositif OCASS a grandement contribué à améliorer l'accessibilité des services de santé pour les populations, grâce à l'organisation régulière d'activités de sensibilisation dans les formations sanitaires. Ces initiatives étaient principalement destinées aux patients et aux parents d'enfants, visant à améliorer la compréhension et l'utilisation des services disponibles. Un prestataire de services souligne l'importance de cette approche : « *OCASS est là à travers ses animatrices qui donnent des messages clés pour que l'utilisation des services soit efficace. Et le plus souvent, elles le font en langue du terroir* » (Gui4). Cette méthode permet de surmonter les barrières linguistiques et culturelles, facilitant ainsi l'accès aux soins.

De même, le dispositif OCASS a contribué au renforcement de l'accès à l'information au sein des communautés, à travers des supports visuels affichés, des plaidoyers et des campagnes de sensibilisation sur la gratuité des soins. Un animateur a indiqué : « *OCASS informe les populations de différentes manières : sensibilisation par l'intermédiaire de ses agents, cadres d'échange, plaidoyers, visites à domicile. OCASS réalise même des émissions radiophoniques sur la prévention, la prise en charge et la gratuité des services* » (Gui5).

Ces actions ont facilité une meilleure visibilité des services offerts au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire, tout en garantissant que les bénéficiaires soient bien informés de leurs droits et devoirs. Comme l'a affirmé un PTF : « *Les services de santé communautaire vont également dans ce sens, notamment à travers les actions de plaidoyer et d'information menées en collaboration avec des organisations identitaires, en*

*particulier celles travaillant sur le VIH et la tuberculose. Cela a permis d'amplifier l'offre de services et de mieux la rendre visible grâce aux actions de plaidoyer* » (Gui6).

Sur le plan financier, le plaidoyer et la veille réalisés par le dispositif OCASS ont contribué à convaincre les autorités de la nécessité de réduire les coûts des soins, et de rendre gratuits les soins pour certaines pathologies comme le VIH, le paludisme, la tuberculose, ainsi que certains soins maternels et infantiles. La présence des acteurs de l'OCASS sur le terrain avait un effet dissuasif à l'endroit des prestataires indécis, permettant ainsi de réduire les pratiques frauduleuses et les rackets de patients, et de rendre effective la politique de gratuité des soins. A ce sujet, un porteur de l'OCASS a témoigné : « *Les molécules qui sont gratuites et que les prestataires ne veulent pas respecter cette gratuité, l'intervention d'OCASS a permis d'empêcher ces prestataires de faire payer les patients. Donc, ça a permis aux patients d'être rétablis dans leurs droits en termes de gratuité* » (Gui7).

Les plaidoyers de l'OCASS ont également facilité l'accès gratuit aux soins pour les personnes indigentes.

En ce qui concerne le système de référence et de contre-référence, les dispositifs CLM ont contribué à améliorer la coordination entre les différents prestataires de soins dans sa zone d'intervention. Selon un PTF : « *Ces actions ont ainsi amélioré le système de référence et de contre-référence, notamment grâce aux interactions avec les prestataires et les champions impliqués dans le plaidoyer, ce qui contribue à renforcer ce mécanisme* » (Gui6). Cette collaboration a permis de garantir un suivi plus rigoureux des patients, notamment

ceux nécessitant une prise en charge pour des maladies chroniques comme le VIH ou la TB.

En somme, le dispositif OCASS a non seulement contribué à améliorer

### 3.2.3.3 Acceptabilité

Les données collectées ont montré que l'OCASS a aussi permis d'améliorer la prise en compte de l'éthique et de la valorisation de la personne humaine dans son ensemble dans la mise en œuvre des interventions ou politiques de santé. Selon un prestataire de services, « *L'éthique est obligatoire dans la prestation de services. Raison pour laquelle on fait des mises à jour et OCASS aussi renforce cela à travers les séances éducatives avec les patients et personnels du centre. L'éthique est respectée ici. Tout patient ou tout client qui franchit le seuil est traité au même pied d'égalité* » (Gui4)

Dans cette dynamique, le dispositif OCASS a œuvré pour un meilleur respect de la confidentialité des patients dans la prestation des services de santé, ce qui a contribué à rehausser le niveau de confiance de ces patients vis-à-vis des services de santé. Comme l'a attesté un usager des services de santé : « *Si ce n'est pas le*

### 3.2.3.4 Qualité

Les réponses des acteurs interviewés font ressortir une contribution du dispositif CLM OCASS à l'amélioration de la qualité des soins. La remontée des informations grâce à la veille et les alertes ont permis de résoudre des problèmes de dysfonctionnement tels que les pannes d'appareils et les ruptures de médicaments

l'accessibilité des services de santé en réduisant les barrières financières, géographiques et informationnelles, mais a aussi favorisé la mise en œuvre des politiques publiques de santé telles que la gratuité des soins.

*médecin et certains PvVIH, personne ne connaît mon statut* » (Gui8).

De même, les activités de l'OCASS, ont permis de renforcer la prise en compte du consentement du patient dans les choix des modalités thérapeutiques, comme l'a reconnu un prestataire : « *J'avoue que les sensibilisations par l'OCASS ont favorisé non seulement une meilleure information mais aussi un respect plus strict du consentement dans la prestation des services de santé.* » (Gui4)

En outre, la présence des acteurs de l'OCASS sur le terrain a été d'une aide dans la réduction de la violence, de la stigmatisation et de la discrimination aussi bien dans les formations sanitaires qu'au niveau communautaire. La présence de ces acteurs, considérés comme des gendarmes et non appréciés par certains, dissuade les prestataires et les contraint à moins de négligence vis-à-vis des patients.

ou d'intrants. Les plaidoyers de l'OCASS ont quelques fois permis aussi le renouvellement des équipements.

En plus, les enquêtés ont souligné que l'intervention de l'OCASS a contribué à l'amélioration de l'accueil et au raccourcissement du délai d'attente des

patients dans les services de santé. Comme l'a expliqué un animateur de l'OCASS : « *L'accueil et le délai d'attente sont des éléments clés du dispositif OCASS... On a même fait quelques enquêtes dans les centres et au près des patients. Il y'a eu même le support vidéo et les images. Ça a beaucoup changé* » (Gui5)

Par ailleurs, les interpellations des animateurs de l'OCASS sur le manque de salubrité constaté dans certaines formations

sanitaires visaient une prise de conscience des populations et la mise en œuvre d'activités d'hygiène et d'assainissement dans les structures sanitaires, même si les résultats n'étaient pas encore manifestes. Selon un PTF : « *...ils font des coachings localement pour la propreté des salles de soins et consorts. Seulement que le résultat n'est pas palpable ; mais eux, ils font quand même ce qu'ils doivent faire à la base pour l'amélioration du cadre de vie et de soins des malades et des prestataires* » (Gui9).

### 3.2.3.5 Défis, leçons apprises, recommandations

#### ■ Défis

L'implémentation du dispositif OCASS en Guinée a fait face à plusieurs défis multidimensionnels, allant de problèmes d'acceptation au sein du système de santé à des contraintes logistiques et méthodologiques. Ces défis pourraient affecter non seulement l'efficacité du dispositif, mais aussi son acceptation et son intégration dans le système de santé.

Sur le plan de l'acceptation et de l'intégration dans le système de santé, l'OCASS a fait face à un rejet de certains acteurs du système, qui l'ont perçu comme un adversaire plutôt qu'un outil d'amélioration de leurs pratiques [13]. Comme l'indique un PTF, « *les gens prennent OCASS pas comme une nécessité, mais comme un adversaire* » (Gui9). Cette perception négative a souvent entravé la coopération nécessaire à la mise en œuvre des activités. De plus, l'absence d'une définition claire du rôle de l'OCASS dans les documents de politiques de santé a conduit à une faible collaboration avec les structures sanitaires et communautaires, et limité son efficacité. Un PTF a déploré cela

en ces termes : « *Si on avait le bras communautaire, peut-être que cela aurait fait l'équilibre* » (Gui9)

Parfois, les acteurs de l'OCASS ont même subi des menaces et des pressions de la part des décideurs politiques qui voyaient d'un mauvais œil les dénonciations de dysfonctionnements faites par ces acteurs, ce qui compromettrait leur capacité à mener des actions de diagnostic des dysfonctionnements et de plaidoyers efficaces. A ce propos, un porteur de l'OCASS a déclaré : « *Les menaces que nous subissons de la part des décideurs politiques, dès que tu touches à la plaie de quelqu'un, tu es victime de menaces* » (Gui1). Dans ce climat de méfiance, le plaidoyer pour trouver des solutions aux problèmes de matériel défectueux ou de pénurie de personnel n'a pas toujours eu un écho favorable.

Un autre défi majeur est l'insuffisance de financement pour soutenir le bon fonctionnement et l'extension du CLM OCASS [18]. Le financement existant est essentiellement fourni par le Fonds

Mondial. Pourtant, comme l'a dit ce porteur de l'OCASS, « *Un dispositif CLM, c'est une grosse machine qui ne peut pas être financée par un seul bailleur* » (Gui1). La couverture géographique limitée, avec seulement 70 formations sanitaires couvertes sur 2000, accentue également ce défi, rendant l'impact du dispositif limité à une petite portion du territoire.

En plus, le dispositif OCASS de la Guinée a souvent fait face à des crises de gouvernance, impliquant plusieurs acteurs qui cherchaient à imposer leur vision ou occuper les principales fonctions de responsabilité. Ces crises de leadership ont contribué à fragiliser la base d'implantation du dispositif dans le pays [18].

En outre, la méthodologie utilisée par l'OCASS en Guinée n'était ni standardisée ni bien comprise par les autorités. Cela a accentué la méfiance des autorités et conduit à une faible crédibilité des résultats rapportés, comme l'a mentionné un décideur : « *La méthodologie utilisée par OCASS n'est pas standardisée et n'est pas connue des autorités* » (Gui10). Par ailleurs, l'insuffisance de compétences au sein de l'équipe de coordination est citée comme un facteur limitant l'efficacité du dispositif par un PTF : « *On doit avoir une équipe de coordination outillée et forte* » (Gui9).

Par ailleurs, le dispositif OCASS a rencontré des défis techniques liés à l'insuffisance et à la vétusté du matériel électronique (ordinateurs et tablettes) dédié à la collecte des données. Un responsable de l'OCASS a expliqué que « *si on n'a pas le matériel adapté, on ne peut pas avoir les données tout de suite et les faire remonter à temps* » (Gui3). De plus, le nombre élevé d'indicateurs suivis par l'OCASS aurait compliqué la gestion des données, rendant

difficile une évaluation cohérente et pertinente de la situation.

Enfin, certains informateurs clés pensaient que l'OCASS n'était pas adapté au contexte spécifique du VIH en Guinée.

En somme, les défis rencontrés par l'OCASS en Guinée sont multiples et variés, allant de problèmes d'acceptation et d'intégration dans le système de santé à des obstacles financiers, logistiques et politiques.

### ■ **Leçons apprises**

En analysant les acquis et les défis, plusieurs leçons ont été tirées en lien avec la mise en œuvre de l'OCASS en Guinée :

- Les dispositifs CLM comme l'OCASS ont un grand potentiel pour améliorer les services de santé, mais il est nécessaire de travailler pour qu'ils soient au préalable bien connus et acceptés par les acteurs du système de santé à tous les niveaux.
- Un financement conséquent des dispositifs CLM comme l'OCASS demeure indispensable pour garantir leur expansion et un meilleur impact
- Il est important de diversifier les partenaires et de trouver des mécanismes de financement locaux pour garantir un financement durable et suffisant des dispositifs CLM
- La mise en œuvre réussie des activités des CLM nécessite un renforcement préalable et conséquent des capacités des acteurs sur les thématiques d'intérêt car, si le fait de choisir ces acteurs parmi la communauté est un atout majeur, le manque de compétences sur les thématiques abordées peut vite

démotiver les communautés et créer un désintérêt et une méfiance.

### ■ **Recommandations**

Les entretiens réalisés avec les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du dispositif OCASS ont permis d'identifier plusieurs recommandations clés qui visent à optimiser le fonctionnement du dispositif et à renforcer son impact sur la santé de la population.

#### - **Améliorer l'intégration du dispositif OCASS dans le système de santé**

L'intégration de l'OCASS dans le système de santé nécessite une meilleure acceptation et compréhension de son rôle par les différents acteurs. La sensibilisation et la clarification des missions de l'OCASS doivent être renforcées. Un PTF suggère : « *Il faut clarifier le rôle de l'OCASS dans le système de santé, en particulier dans les politiques de santé communautaire. Une meilleure définition de ce rôle faciliterait la collaboration avec les structures concernées et renforcerait l'efficacité de l'observatoire* » (Gui6).

#### - **Renforcer le leadership et la gouvernance du dispositif**

La multiplicité des acteurs intervenant dans le dispositif OCASS peut être un atout pour renforcer son assise, son impact et sa durabilité ; mais cela nécessite au préalable un bon leadership pour fédérer les acteurs et minimiser les oppositions afin de créer une synergie d'action.

#### - **Renforcer les capacités des acteurs et des équipes de l'OCASS**

Les capacités managériales et techniques des responsables de l'OCASS ainsi que des agents collecteurs doivent être renforcées

pour garantir une meilleure interaction avec les acteurs du système de santé et une gestion efficace des données. Un PTF recommande : « *Il faut une équipe de coordination bien formée et outillée pour soutenir les agents sur le terrain et assurer la bonne mise en œuvre du dispositif* » (Gui9). Cette recommandation met en lumière l'importance de la formation continue et du soutien technique pour maintenir la qualité des actions.

#### - **Optimiser les processus de collecte de données et de remontée d'informations**

La qualité et la rapidité de transmission des données collectées déterminent l'efficacité du dispositif OCASS. A ce titre, il est recommandé d'identifier des indicateurs clés et de mieux systématiser la collecte et l'analyse des données de concert avec les autorités sanitaires. A ce propos, un décideur a déclaré : « *La méthodologie utilisée par OCASS doit être standardisée et connue des autorités pour faciliter l'acceptation des résultats* » (Gui10).

#### - **Mobiliser plus de ressources financières pour financer les activités et acquérir du matériel adapté**

Les insuffisances de financement et l'obsolescence des équipements sont des obstacles majeurs au bon fonctionnement du dispositif OCASS. Il est donc recommandé de diversifier les sources de financement et d'investir dans des équipements modernes pour améliorer la qualité des services. Un acteur remarque : « *Un dispositif comme OCASS, avec ses nombreuses tâches, nécessite un financement multisectoriel et une mise à jour régulière des équipements pour assurer son efficacité* » (Gui1).

- **Améliorer la prise en compte du contexte local dans la planification et la mise en œuvre des activités**

L'adaptation du dispositif au contexte local est une nécessité. Il est recommandé aux acteurs de l'OCASS de mieux intégrer les

facteurs socio-culturels dans la planification et l'exécution des actions. Un décideur a recommandé : « *Il faut prendre en compte les spécificités du VIH et adapter les mécanismes de suivi en fonction des besoins locaux. Il est essentiel de clarifier les rôles et responsabilités dès le début de la mise en œuvre* » (Gui11).

### 3.2.4 Analyse croisée de la contribution des CLM à l'amélioration des services de santé dans les trois pays

Le dispositif OCASS a été mis en œuvre au Burkina Faso, au Niger et en Guinée avec les mêmes objectifs, c'est-à-dire contribuer à améliorer les services de santé à travers la veille, les alertes, la collecte et la remontée d'informations ainsi que le plaidoyer.

Beaucoup de résultats similaires ont été atteints dans les trois pays. Toutefois, quelques divergences ont été relevées. Dans les lignes qui suivent, une synthèse de ces similitudes et ces divergences est proposée.

#### 3.2.4.1 Points communs

##### ■ Amélioration de la disponibilité des services de santé

Dans les trois pays, le dispositif OCASS a contribué à améliorer la disponibilité des services de santé, notamment en matière de prise en charge du VIH, de la TB, du paludisme, et des services de santé maternelle et infantile. Les dispositifs OCASS ont permis de remonter des alertes

sur les dysfonctionnements (ruptures de médicaments, insuffisance ou pannes des équipements, insuffisance ou absentéisme de personnel, etc.) et de plaider auprès des autorités sanitaires pour la résolution des insuffisances et dysfonctionnements relevés.

##### ■ Renforcement de l'accessibilité des services de santé

Dans les trois pays, le CLM OCASS a contribué à réduire les barrières financières et géographiques à l'accès aux soins. Les plaidoyers menés par l'OCASS ont favorisé la prise de mesures par les décideurs politiques pour réduire ou supprimer les paiements directs des soins pour certaines pathologies (VIH, TB, paludisme) et pour

des groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes indigentes). En plus, les activités de sensibilisation ont permis aux populations de mieux connaître leurs droits et devoirs en matière de santé, ce qui a amélioré la fréquentation des centres de santé.

##### ■ Amélioration de l'acceptabilité et de la qualité des services de santé

Les dispositifs OCASS ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins, notamment en matière d'accueil des

patients, de réduction des délais d'attente, et de respect des normes éthiques (confidentialité, consentement éclairé, prise

en compte des aspects socio-culturels). Aussi, les alertes et les plaidoyers ont permis de corriger des dysfonctionnements tels que les mauvaises pratiques des

#### ■ Défis sur le plan logistique et financier

Dans les trois pays, l'OCASS fait face à un défi financier qui limite ses activités et/ou son extension géographique. En plus, d'autres défis, liés au défi financier, portent

prestataires de soins, les violences et les discriminations, améliorant ainsi la relation soignants-soignés.

sur l'insuffisance de logistique roulante et de moyens technologiques adaptés pour la bonne conduite des activités.

### 3.2.4.2 Divergences

#### ■ Couverture géographique et pénétration du programme

Au Burkina Faso, le dispositif OCASS est relativement mieux structuré et couvre l'ensemble des 70 districts sanitaires du pays. Les agents collecteurs touchent 25% des formations sanitaires chaque trimestre, ce qui leur permet de couvrir toutes les formations sanitaires à la fin de l'année. Les activités sont assez bien coordonnées, et les résultats sont partagés avec les autorités sanitaires. Cependant, l'insécurité empêche ou limite l'accès à certains districts. Mais la ligne verte mise à la disposition des acteurs reste une bonne alternative pour couvrir ces districts.

En revanche, la couverture géographique de l'OCASS est partielle au Niger et en Guinée, limitée à certaines formations sanitaires. Au Niger, le dispositif couvre 40 formations dans 21 districts sanitaires sur 72 et en Guinée, le dispositif est présent dans 70 formations sanitaires sur 2000. Le Niger fait face également à des défis

sécuritaires, contrairement à la Guinée qui est plus stable (que les deux autres pays) sur le plan sécuritaire. Le Niger et la Guinée pourraient s'inspirer de l'exemple du Burkina Faso pour instaurer aussi une ligne verte afin d'améliorer la veille et la collecte d'informations.

Sur le plan des interactions avec les acteurs du système de santé, l'OCASS est relativement bien intégré au Burkina Faso et au Niger malgré quelques difficultés parfois relevées. Cependant, le dispositif OCASS fait face à des défis d'acceptation et d'intégration dans le système de santé en Guinée où les animateurs de l'OCASS sont souvent perçus comme des adversaires, et en conséquence traités avec méfiance. Parfois, ces acteurs de l'OCASS subissent même des menaces et des pressions politiques qui limitent considérablement la portée et l'efficacité de leurs actions.

#### ■ Collecte des données en milieu communautaire (dans les villages) et implication des acteurs communautaires dans le plaidoyer

Au Burkina Faso, les agents collecteurs, en plus des formations sanitaires, se rendent dans certains villages de l'aire de responsabilité des formations sanitaires pour collecter les données et assurer les

activités de sensibilisation auprès des communautés. En revanche, au Niger et en Guinée les activités se déroulent essentiellement au sein des formations

sanitaires, sans déplacement des acteurs en milieu communautaire.

Dans le cadre du plaidoyer, le dispositif OCASS de la Guinée implique le comité des « champions en plaidoyer » qui regroupe des personnes ressources disposant de compétences et d'une expérience avérée pour influencer les décideurs afin qu'ils prennent des mesures pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans les

#### ■ Leadership et gouvernance du dispositif OCASS

Au Burkina Faso et au Niger, même si des insuffisances dans la gouvernance sont relevées, le leadership dans la coordination du dispositif OCASS est assuré respectivement par le RAME et le RENIP+ sans antagonisme apparent. Cependant, en Guinée, la gouvernance du dispositif a

formations sanitaires. Ce comité est composé de hauts cadres, notamment d'anciens ministres, d'anciens fonctionnaires du système des nations unies, des membres des ordres professionnels des médecins, des pharmaciens et des avocats. Les dispositifs OCASS du Burkina Faso et du Niger pourraient s'inspirer de cette initiative pour renforcer leurs capacités en plaidoyers.

souvent fait l'objet de tractations entre plusieurs acteurs, ce qui a impacté négativement son assise et son impact. Il serait donc indispensable pour les acteurs de la Guinée de travailler à instaurer un schéma de gouvernance fédérant les acteurs pour créer une synergie d'action.

## CONCLUSION

Le programme OCASS a contribué à l'amélioration des services de santé dans les trois pays, mais avec des niveaux d'impact variables. Le Burkina Faso se distingue par une mise en œuvre mieux structurée, une bonne collaboration avec les autorités sanitaires et une couverture géographique étendue malgré des restrictions liées à la situation sécuritaire. Le Niger, bien que confronté aussi à des défis sécuritaires, a également enregistré des progrès notables. En revanche, en Guinée, malgré des acquis appréciables, le dispositif fait toujours face à des défis importants liés à son acceptation et son intégration dans le système de santé ainsi qu'à sa gouvernance, ce qui limite son impact.

Pour améliorer l'impact du CLM OCASS, il est essentiel de renforcer les capacités des acteurs, d'améliorer la logistique aussi bien pour la collecte des données que pour le déplacement des animateurs, de diversifier les sources de financement, et de mieux intégrer le programme dans les systèmes de santé nationaux. Enfin, les acteurs des CLM devraient œuvrer à instituer des cadres de partage d'expériences et d'apprentissage entre pays à l'échelle sous-régionale et régionale.

## RÉFÉRENCES

1. World Health Organisation. SDG Target 3.8 | Achieve universal health coverage (UHC) [Internet]. World Health Organization. 2024 [cité 20 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/universal-health-coverage>
2. Ridde V, Yaméogo P, Touré L, Gautier L, Sambieni E, Coulibaly A, et al. Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : permanence et échecs des instruments du New Public Management [Internet]. Québec : Éditions science et bien commun; 2021 [cité 20 sept 2024]. Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/front-matter/preface/>
3. Amu H, Dowou RK, Saah FI, Efunwole JA, Bain LE, Tarkang EE. COVID-19 and Health Systems Functioning in Sub-Saharan Africa Using the “WHO Building Blocks”: The Challenges and Responses. *Front Public Health*. 4 avr 2022;10:856397.
4. Glynn EH. Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. *Front Public Health*. 24 août 2022;10:910073.
5. Yamin AE, Mason E. Why accountability matters for universal health coverage and meeting the SDGs. *The Lancet*. 16 mars 2019;393(10176):1082-4.
6. The Global Fund. A global exchange on the role of Community-Led Monitoring (CLM) in malaria programming [Internet]. Cape Town, South Africa: The Global FUND; 2023 [cité 7 sept 2024] p. 28. Disponible sur: [https://www.theglobalfund.org/media/13438/crg\\_2023-community-led-monitoring-malaria-meeting\\_report\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/13438/crg_2023-community-led-monitoring-malaria-meeting_report_en.pdf)
7. International AIDS Society. Community-Led Monitoring | International AIDS Society (IAS) [Internet]. IAS. 2024 [cité 7 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.iasociety.org/ias-programme/community-led-monitoring>
8. UNAIDS. Community-led monitoring in action: Emerging evidence and good practice [Internet]. 2023 [cité 7 sept 2024] p. 48. Disponible sur: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC3085E\\_community-led-monitoring-in-action\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3085E_community-led-monitoring-in-action_en.pdf)
9. Lodenstein E, Dieleman M, Gerretsen B, Broerse JEW. Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low- and middle-income countries: a realist review. *Health Policy Plan*. févr 2017;32(1):125-40.
10. Vian T. Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Glob Health Action*. 2020;13(sup1):1694744.
11. Réseau Accès aux Médicaments Essentiels. Comprendre l’OCASS [Internet]. 2017 [cité 7 sept 2024]. Disponible sur: <https://plateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2014/02/Comprendre-OCASS-3-Ida-Yugbare.pdf>
12. Rapport d’activités du premier Semestre 2020 [Internet]. Ouagadougou: RAME; 2020 [cité 27 janv 2025] p. 138. Report No.: 1. Disponible sur:

[https://centrederesources.sidaction.org/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-dactivites\\_Semestre-1\\_-2020\\_RAME\\_juillet-2020\\_-VF-Ida-Yugbare.pdf](https://centrederesources.sidaction.org/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-dactivites_Semestre-1_-2020_RAME_juillet-2020_-VF-Ida-Yugbare.pdf)

13. Rapport du premier semestre 2019 [Internet]. Ouagadougou: RAME; 2019 [cité 27 janv 2025] p. 77. Disponible sur: <https://www.rame-int.org/wp-content/uploads/2019/11/Rapport-semestriel-S1-2019-du-RAME-Version-Finale.pdf>
14. Rapport Alternatif Annuel 2021 du RAME [Internet]. Ouagadougou; 2021 [cité 27 janv 2025] p. 60. Disponible sur: [https://www.rame-int.org/wp-content/uploads/2022/07/Rapport-Alternatif-Ann\\_2021\\_RAME.pdf](https://www.rame-int.org/wp-content/uploads/2022/07/Rapport-Alternatif-Ann_2021_RAME.pdf)
15. Boxshall Matt, Joel Arthur Kiendrebeogo, Yamba kafando, Charlemagne Tapsoba, Sarah Straubinger, Pierre-Marie Metangmo. An Overview of the User Fee Exemption Policy (Gratuité) in Burkina Faso [Internet]. Washington, DC: Recherche pour la Santé et le Développement and ThinkWell; 2020 [cité 8 juin 2022] p. 69. Disponible sur: [https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2020/09/Gratuite-in-Burkina-Faso\\_18-September-2020.pdf](https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2020/09/Gratuite-in-Burkina-Faso_18-September-2020.pdf)
16. Avis de recrutement de contrôleurs et d'enquêteurs pour le contrôle de l'effectivité de la gratuité des soins [Internet]. Réseau Accès aux Médicaments Essentiels. 2022 [cité 27 janv 2025]. Disponible sur: [https://www.rame-int.org/wp-content/uploads/2022/07/Avis-de-recrutement\\_contro%CC%82leur-et-enque%CC%82teurs-de-leffectivite%CC%81-de-gratuite%CC%81-des-soins.pdf](https://www.rame-int.org/wp-content/uploads/2022/07/Avis-de-recrutement_contro%CC%82leur-et-enque%CC%82teurs-de-leffectivite%CC%81-de-gratuite%CC%81-des-soins.pdf)
17. ETAT DES LIEUX DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE POUR LES MALADIES PRIORITAIRES AU BURKINA FASO. Ouagadougou: RAME; 2023 p. 92.
18. Fofana TO, Soors W, Sow A, Delamou A, Marchal B. Observatoire communautaire sur l'accès aux services de santé : difficultés du processus de responsabilité sociale en Guinée. Santé Publique. 2 juill 2021;33(1):137-48.

## ANNEXES

### Annexe 1 – Fiche d'extraction des données

Dimensi on	Variable / indicateur	Année										Sourc e
		201 4	20 15	201 6	201 7	20 18	201 9	202 0	202 1	202 2	202 3	
Couvert ure	Nombre de régions couvertes											
	Nombre de districts sanitaires couverts											
	Nombre de formations sanitaires couvertes											
	Nombre de villages couverts											
Disponi bilité des services	% de personnes estimant avoir reçu tous les services demandés à la formation sanitaire (FS) par pathologie (VIH, TB, paludisme, gratuité)											
	% de personnes ayant obtenu leur résultat d'examen dans un délai de moins de 30 jours											
	% des usagers estimant que les services des ASBC sont toujours disponibles											
	% des formations sanitaires n'ayant pas connu des ruptures de médicaments traceurs											
Accessi bilité des services	Rayon d'action moyen des FS											
	% de personnes ayant payé pour des services censés être gratuits											
	Nombre de FS ayant prévu des dispositifs											

	pour offrir des soins gratuits aux indigents											
	% de patients n'ayant pas pu s'acquitter de leurs ordonnances médicales											
	Nombre de FS appliquant la gratuité de la prophylaxie pour la mise sous traitement des enfants nés de mères séropositives											
	Nombre de FS ayant mis en place des mesures pour communiquer les informations sur les services disponibles											
Acceptabilité des services	% de personnes estimant que leurs droits n'ont pas été respectés dans les FS (victimes de violences)											
	% de personnes estimant que la confidentialité des informations sanitaires n'est pas garantie											
	% de personnes qui estiment que les services fournis sont culturellement appropriés											
Qualité des services	% de personnes satisfaites de l'accueil dans les formations sanitaires											
	% de personnes trouvant le temps d'attente long (plus de 30 min) dans les formations sanitaires											

% de personnes satisfaites des services reçus dans les formations sanitaires												
% des usagers qui sont satisfaits des services des ASBC												
% de personnes qui estiment que les prestataires de services sont compétents et possèdent les compétences nécessaires												

## **Annexe 2 – Guide d’entretien avec les informateurs clés**

### **1. Identification de la personne interrogée**

- 1.1. Nom/prénoms du répondant :
- 1.2. Profil du répondant :
- 1.3. Fonction du répondant :
- 1.4. Sexe du répondant :

### **2. Disponibilité des services**

- 2.1. Selon vous, les dispositifs CLM (OCASS), par leur suivi et plaidoyer, ont-ils permis d’améliorer la disponibilité de l’offre des services de santé pour la prise en charge du VIH, du paludisme et de la tuberculose ?
  - Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?
- 2.2. Les dispositifs CLM ont-ils permis également d’améliorer la disponibilité des services de santé communautaire ?
  - Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?
- 2.3. Selon vous, les dispositifs CLM (OCASS), par leur suivi et plaidoyer, ont-ils permis d’améliorer la disponibilité du personnel de santé pour la prise en charge des du VIH, du paludisme et de la tuberculose ?
  - Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?

### **3. Accessibilité des services**

- 3.1. Pensez-vous que les dispositifs CLM (OCASS), par leur suivi et plaidoyer ou autres actions ont contribué à rendre plus accessibles financièrement ou à faire baisser les coûts pour la prise en charge du VIH SIDA, du paludisme et de la tuberculose ?
  - Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?
- 3.2. Pensez-vous que les dispositifs CLM (OCASS), par leur suivi et plaidoyer ou autres actions ont contribué à rendre plus accessibles financièrement les services de santé communautaire ?
  - Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?
- 3.3. Selon vous, les dispositifs CLM (OCASS) ont-ils contribué à rendre plus accessibles les services de santé pour la prise en charge du VIH, du paludisme et de la tuberculose pour les populations éloignées ?

- Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?
- 3.4. Selon vous, les dispositifs CLM (OCASS) ont-ils permis que les populations soient plus informées sur la mise en œuvre des interventions ou politiques de santé et sur leurs droits en tant que bénéficiaires de ces politiques ?
- Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?

#### **4. Acceptabilité des services**

- 4.1. Selon vous, les dispositifs CLM (OCASS) ont-ils permis d'améliorer la prise en compte de l'éthique dans la mise en œuvre des interventions ou politiques de santé ?
- Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?
- 4.2. Selon vous, les dispositifs CLM (OCASS) ont-ils permis d'améliorer la prise en compte des exigences culturelles locales dans la mise en œuvre des interventions ou politiques de santé ?
- Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?

#### **5. Qualité des services**

- 5.1. Selon vous, les dispositifs CLM (OCASS) ont-ils contribué à rendre disponibles des services de qualité pour la prise en charge du VIH, du paludisme et de la tuberculose ?
- Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?
- 5.2. Selon vous, les dispositifs CLM (OCASS), par leur suivi et plaidoyer, ont-ils contribué à rendre disponibles des services de santé communautaire de qualité ?
- Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?
- 5.3. Selon vous, les dispositifs CLM (OCASS), par leur suivi et plaidoyer, ont-ils contribué à améliorer l'accueil et le délai d'attente des populations dans les services de santé ?
- Si oui, justifiez votre réponse
  - Si non, pourquoi ?
- 5.4. Selon vous, les dispositifs CLM (OCASS), par leur suivi et plaidoyer, ont-ils contribué à améliorer l'environnement des formations sanitaires en termes de propreté, d'hygiène et de sécurité pour les patients ?
- Si oui, justifiez votre réponse

- Si non, pourquoi ?

## **6. Défis, leçons apprises et recommandations**

- 6.1. Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans le suivi des interventions ou politiques de santé par les dispositifs CLM ?
- 6.2. Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans le plaidoyer fait par les dispositifs CLM pour la prise en compte des suggestions ou recommandations qu'ils formulent chaque année ?
- 6.3. Quelles sont les principales forces ou réalisations des dispositifs CLM (OCASS) depuis leur création ?
- 6.4. Quelles sont les principales recommandations que vous feriez pour un meilleur accompagnement des dispositifs CLM dans le suivi de la mise en œuvre des interventions ou politiques de santé ?

## Annexe 3 – Fiche d’information

### Titre de l’étude

**Analyse des résultats des programmes de suivi communautaire ou *community-led monitoring* (CLM) des interventions de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose au Burkina Faso, en Guinée et au Niger**

Investigateur Principal : **Dr Joël Arthur KIENDREBEOGO**

Bonjour Madame / Bonjour Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude visant en une **analyse des résultats des programmes de suivi communautaire ou *community-led monitoring* (CLM) des interventions de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose au Burkina Faso, en Guinée et au Niger**. Cette étude est menée par le consortium Réseau accès aux médicaments essentiels (RAME) et Recherche pour la Santé et le Développement (RESADE), sur financement de “*International Aids Society* (IAS)”.

#### **Quels sont les objectifs de cette étude ?**

L’objectif de l’étude est d’analyser les effets des dispositifs CLM sur l’offre des services de santé offerts aux populations dans trois pays d’Afrique francophone (Burkina Faso, Guinée et Niger).

#### **Pourquoi avez-vous été sélectionné (e) pour participer à l’étude ?**

Vous avez été sélectionné(e) pour participer à l’étude parce que vous êtes une partie prenante de la mise en œuvre des dispositifs CLM au Burkina Faso, en Guinée ou au Niger. Votre perception sur ces dispositifs CLM est utile pour analyser leurs forces et leurs faiblesses.

#### **Comment se déroulera votre participation ?**

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez invité(e) à un entretien de **30 à 45 minutes de temps environ** avec un enquêteur ou une enquêtrice qualifiée en ligne ou en face à face. Il vous sera demandé, avant le début de l’entretien, de remplir et de signer un formulaire de consentement.

Nous voudrions attirer votre attention sur le fait que votre participation est entièrement volontaire. Cependant, nous espérons que vous accepterez de participer car votre opinion est très importante. Vous pouvez interrompre l’entretien à tout moment ou refuser de répondre à une question précise, sans aucune conséquence pour vous. S’il arrivait que l’enquêteur ou l’enquêtrice pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le-lui et il ou elle passera à la question suivante.

Par ailleurs, nous demanderons votre accord pour enregistrer l’entretien sur un support audio protégé par un mot de passe. Ceci permettra d’aller plus vite pendant l’entretien et de transcrire fidèlement les informations que vous partagerez avec nous. Toutefois, vous pouvez toujours

participer à l'étude, même si vous refusez l'enregistrement audio. Dans ce cas, l'enquêteur ou l'enquêtrice s'efforcera de prendre note le plus fidèlement possible.

### **Quelles sont les dispositions pour protéger votre vie privée et la gestion des données ?**

L'entretien aura lieu dans un cadre privé. Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles. Elles seront sauvegardées de manière sécurisée sur des appareils protégés par des mots de passe, auxquels seuls les chercheurs auront accès. Les données ne seront utilisées qu'à des fins de recherche. Et les résultats seront publiés sous forme anonymisée. Il ne sera donc pas possible de vous identifier lors de la communication des résultats de l'étude.

### **Bénéfices de la participation à l'étude et partage des résultats**

Il n'y aura pas de bénéfice direct pour vous, mais votre participation est susceptible de nous aider à mieux comprendre comment les impacts des dispositifs CLM sur l'accès, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins offerts aux populations. Cette compréhension nourrira les réflexions en cours visant à renforcer l'efficacité et l'efficience de ces dispositifs CLM. Les résultats qui sortiront de l'étude seront partagés avec vous ainsi que toutes les autres parties prenantes impliquées dans l'étude.

### **Compensation et risque**

Aucune compensation ne sera accordée pour la participation à cette étude. Nous n'entrevoions pas de risque majeur à votre participation à cette étude. Mais dans tous les cas, toute l'équipe de recherche prendra les dispositions nécessaires pour éviter tout risque ou inconfort qui pourrait résulter de votre participation à cette étude.

### **Avez-vous des questions ?**

Si vous avez des préoccupations concernant des aspects de cette étude, n'hésitez pas à en parler à l'enquêteur/l'enquêtrice.

Vous pouvez aussi contacter l'investigateur principal de l'étude : **Dr Joël Arthur KIENDREBEOGO**, Tél : **70 11 21 89** ; courriel : [jkiendre@gmail.com](mailto:jkiendre@gmail.com)

Si vous avez des plaintes sur les aspects éthiques, vous pouvez contacter le Comité éthique pour la recherche en santé (CERS) au **70 54 94 95**.

## **Annexe 4 – Formulaire de consentement libre et éclairé**

### **Analyse des résultats des programmes de suivi communautaire ou community-led monitoring (CLM) des interventions de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose au Burkina Faso, en Guinée et au Niger**

**Veillez cocher les cases ci-dessous si l'affirmation correspond à votre cas dans le cadre de la participation à cette étude**

Je confirme que j'ai lu (ou qu'on m'a lu et expliqué) la fiche d'information et je comprends ce qui est attendu de moi dans cette étude

J'ai eu l'occasion de poser des questions sur l'étude et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes à ces questions

Je sais que je peux arrêter ma participation à cette étude à tout moment, sans donner de raison

Il m'a été expliqué que mon nom n'apparaîtra en aucun cas lors de la présentation des résultats et que les informations fournies resteront confidentielles

Je consens à participer librement à cet entretien

J'ai reçu une copie de ce formulaire

J'accepte que cet entretien soit enregistré sur un support audio

---

Nom et prénom(s) du participant/de la participante

---

Signature & Date

---

Nom et prénom(s) de l'enquêteur/de l'enquêtrice

---

Signature & Date





Réseau Accès aux Médicaments Essentiels  
Secteur 04, Koulouba, rue Soeur Delphine  
Ouagadougou, Burkina Faso  
04 B.P. : 8038 Ouagadougou 04  
Tél. : +226 25 33 41 16  
Email : [secretariat@rame-int.org](mailto:secretariat@rame-int.org)  
Site web : <http://www.rame-int.org>