

Projet PASSERELLES : Programme d'appui à l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive pour le renforcement de la lutte contre le VIH, la TB, le paludisme et leurs co-infections selon une approche genre

FICHE DE
CAPITALISATION

1

LA GESTION DES RELAIS COMMUNAUTAIRES



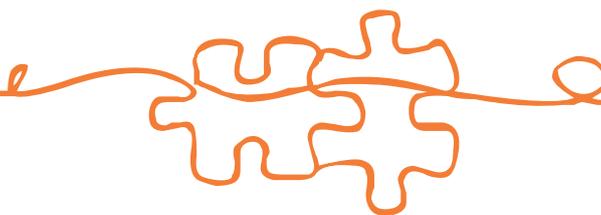
10 Pages



Septembre
2025



Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:
www.sospairs.org



SOMMAIRE

1. POURQUOI ETAIT-IL NECESSAIRE D'ALLER VERS LA PROFESSIONNALISATION DES RELAIS ?	3
2. COMMENT PROCEDE SOS PE POUR ALLER VERS CETTE PROFESSIONNALISATION ?	4
3. QU'EST-CE QUI A FACILITE CETTE STRATEGIE ?	7
4. QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES	8
5. QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS ?	9
6. QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?	9
7. QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE LA PROFESSIONNALISATION DES RELAIS ?	10



① POURQUOI ETAIT-IL NECESSAIRE D'ALLER VERS LA PROFESSIONNALISATION DES RELAIS ?

Le socle de l'action de **SOS PE** repose sur le travail communautaire, mené au plus près des populations, afin de renforcer leurs connaissances et leur capacité à mieux prendre soin de leur santé et de celle de leur entourage. Ce travail repose sur l'engagement des relais communautaires sur le terrain. Pourtant, malgré leur dévouement et les résultats tangibles qu'ils obtiennent en matière de promotion de la santé, leur statut reste peu reconnu. Ils évoluent dans des conditions de travail précaires, avec peu de perspectives d'évolution professionnelle. Bien que leur rôle soit reconnu (voire valorisé) dans la Stratégie nationale de santé communautaire pour un système plus inclusif dans l'opérationnalisation, leur travail est peu valorisé. En effet, le financement de leurs activités est généralement rélégué aux organisations de la société civile (OSC) qui sont, elles-mêmes très dépendantes des financements internationaux.

A titre d'exemple, dans le cadre du NFM3, bien que 4 des 6 indicateurs concernent les communautaires, moins de 2% des financements leur étaient effectivement alloués. Ceci (manque de financement) se reflète et se répercute sur les conditions de travail des relais : volume de travail important dans des conditions précaires, notamment pour les relais intervenants auprès des populations clés, qui les sur-sollicitent.



Pour répondre aux besoins de production des indicateurs nationaux selon le format des bailleurs et des partenaires, au fil du temps, **SOS** a développé une approche de professionnalisation progressive des relais communautaires, en renforçant leur formation et le suivi sur le terrain pour produire des indicateurs calqués sur les demandes (modèle) des partenaires.

En 2024, **SOS PE** a produit l'essentiel des indicateurs nationaux du VIH/Sida en matière de découverte de nouveaux cas positifs et d'inclusion dans les soins.

② COMMENT PROCÈDE SOS PE POUR ALLER VERS CETTE PROFESSIONNALISATION ?

En 2020, SOS PE a adopté une démarche de gestion basée sur les résultats. Il s'agit de mettre le focus « sur comment atteindre et mesurer les résultats et ensuite décliner les moyens pour y parvenir » plutôt que les activités à réaliser. De façon concrète, il ne s'agissait plus de mesurer uniquement les personnes sensibilisées, mais d'introduire la notion de résultat de cette action à travers l'utilisation des services, les changements de comportement, qui sont la finalité. Ceci a impliqué un travail plus ciblé, qui a produit des résultats appréciés et en contrepartie, SOS PE a réorganisé le travail des relais et obtenu de ses partenaires des conditions de financement plus favorables pour la rémunération des relais.

La professionnalisation progressive des relais communautaires s'inscrit dans une démarche axée sur trois volets principaux :

- ④ **Recrutement** : méthode qui repose sur l'appartenance, la proximité et/ou la connaissance de la communauté dans laquelle les relais interviennent.
- ④ Il importe de distinguer les relais qui interviennent en population générale et intégrés dans les FOSA, de celles et ceux qui agissent auprès des populations clés, que sont les personnes infectées ou fortement exposées aux risques de contamination au VIH et des maladies sexuellement transmissibles.
- ④ Dans le cadre de Passerelles, les expériences d'intégration des communautaires dans les FOSA les plus réussies sont celles qui incluent les parties prenantes dans le recrutement des relais. L'approche consiste à inclure les (leaders) communautaires et les structures sanitaires partenaires (d'accueils) dans le recrutement des relais. Ceci garanti l'ancrage territorial/communautaire (connaissance de la langue et des valeurs socio-culturelles locales) et l'implication des leaders (communautaires) et des FOSA (participation des bénéficiaires/partenaires dans le choix des relais). Trois exemples (démarches adoptées) pour illustrer la corrélation entre le mode de recrutement des relais et leur niveau d'intégration dans les FOSA.
- ④ **Trarza, modèle d'intégration le plus abouti : implication des communautés pour désigner des individus ayant le profil de bon.ne.s relais:** Au début du projet, la Direction Régionale de la Santé (DRS) avait une liste d'une trentaine de relais (mobilisés sur d'autres actions) qu'elle a proposé. Ces relais n'avaient pas d'ancrage communautaire. Elles étaient essentiellement de Rosso et avaient



été recrutées sur des actions ponctuelles. SOS PE a fait le choix d'aller dans les territoires d'action et de se tourner vers les (leaders) communautés pour désigner des personnes de leur choix, en prenant en compte des critères essentiels définis par SOS PE d'un.e bonne relais, à savoir : (i) avoir moins de 40 ans, (ii) savoir lire et écrire, (iii) avoir un comportement vertueux reconnu par la communauté, et (iv) une capacité d'aller vers les autres. Ceci s'est avéré être une bonne pratique car les relais sont d'emblée acceptés par les communautés qui les ont choisies. Dans les FOSA, les relais sont placés sous la responsabilité des infirmiers chef de poste (ICP) au niveau des postes de santé et les majors dans les centres de santé.

- ⤵ **Sebkha : implication de la mairie et à travers elle, les leaders des jeunes et des femmes pour proposer des candidats :** La mairie a mobilisé les leaders des jeunes et des femmes pour établir une pré-liste de personnes qui correspondent aux profils recherchés, avec des critères définis par SOS PE. Il faut toutefois noter que le centre de santé de Sebkha n'a pas participé à la sélection.

- ⤵ **Teyarett : sur recommandation du médecin chef (MC) :** SOS PE a sélectionné des relais sur la base d'une liste d'anciens relais du centre, proposée par le MC. Pour autant les relais peinent à trouver leur place dans le fonctionnement du centre.



- ⊕ **Contractualisation :** formalisation et responsabilisation des relais

- ⤵ Les contrats de travail sur le temps d'un projet sécurisent à minima les relais ainsi que la revalorisation de leur rémunération. En cours de projet SOS PE a pris en charge les frais de collation lors des causeries éducatives.

- Motivations pour organiser des causeries éducatives :

- Paiement digitalisé qui permet d'avoir leur salaire en temps réel ;

- ⤵ Les contrats d'engagement avec une fiche de mission (activités à réaliser et indicateurs de performances mensuels à atteindre) avec des critères de performance clairs pour garantir une implication active et efficace.

- ⊕ **Encadrement des relais : formation continue de SOS PE et supervision formative par les agents de santé:** Au début de leurs activités, les relais sont formés sur une semaine, sur les techniques de communication pour un changement de comportement (CCC), les maladies transmissibles et, de façon générale, sur les modes de prévention. Tous les mois, les superviseurs organisent une journée d'échanges pour débriefer sur le mois de travail, faire le suivi des actions réalisées et former

sur des modules spécifiques selon les besoins du moment. Ainsi, tous les mois, les relais bénéficient d'une opportunité pour renforcer leurs connaissances.

- ↘ Mise en place d'un programme de formation continue sur la prévention combinée du VIH, le conseil et le dépistage communautaire, ainsi que l'accompagnement psychosocial.
- ↘ Développement de modules spécialisés pour améliorer leurs compétences en sensibilisation, en suivi des patients et en référencement vers les structures de soins.
- ↘ **Journée mensuelle d'échange et formation ainsi que l'encadrement des ICP:** De façon fonctionnelle, les relais sont placés sous la responsabilité des AS (ICP et majors) qui valident leur travail et leurs rapports mensuels avec leurs indicateurs de santé. Tous les mois ils bénéficient d'une journée d'échange, de debriefing et de formation.

Ces temps d'échanges et de formation améliorent en continu les niveaux de connaissance et de compétences des relais.

- ↘ **Intégration dans les FOSA :** une indication de pérennité
- ↘ Structuration de la supervision des relais communautaire dans les FOSA, ICP pour les postes de santé et des majors dans les centres.
- ↘ Les rapports de relais dans les postes de santé sont validés par les ICP. Les données collectées sont intégrées dans le système national. Ceci mériterait d'être étendu dans les centres de santé pour renforcer l'intégration des relais.



La supervision des relais par les agents de santé, les placent de fait dans le système de santé. Les données d'activité des relais sont validées par les ICP et les majors, et sont intégrées dans le système national d'information sanitaire.



③ QU'EST-CE QUI A FACILITE CETTE STRATEGIE ?

Plusieurs facteurs ont facilité cette professionnalisation progressive, dont principalement :

- ⌚ SOS a bénéficié des financements de plusieurs projets sans interruption, ce qui a permis de pérenniser les relais ;
- ⌚ formalisation des reporting avec les indicateurs attendus (modèles liés aux indicateurs des bailleurs) ;
- ⌚ la mise à disposition des moyens logistiques dont le transport.

D'autres facteurs internes et externes ont favorisé cette approche :

Facteurs internes :

- ⌚ formalisation des reportings avec des indicateurs de résultats ;
- ⌚ engagement des relais communautaires ;
- ⌚ formation et renforcement des capacités des RC ;
- ⌚ collaboration entre les structures de santé et les OSC (SOS PE, Santé Sud, etc.) ;
- ⌚ mécanismes de suivi et d'évaluation ;

Facteurs externes :

- ⌚ soutien des autorités sanitaires (DRS, centres de santé, etc.) ;
- ⌚ financement des projets IMPACT et PASSERELLE par Expertise France ;
- ⌚ contexte sanitaire favorable à l'innovation (post COVID 19) ;
- ⌚ demande accrue des populations pour des services de proximité.



« La relais de la zone de Tigmatine avait 10 localités à couvrir, dont certaines sont distantes d'une dizaine de kilomètre. La valorisation des salaires lui a permis d'assurer son transport pour aller dans les zones éloignées et faire la sensibilisation. Et pour les zones inaccessibles, la voiture vient la chercher. » **Coordinateur du projet à Rosso**



④ QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES

Obstacles et difficultés rencontrées		Solutions développées par SOS PE
	Faible reconnaissance institutionnelle des relais communautaires.	<input checked="" type="checkbox"/> Plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour une meilleure intégration des relais dans le système de santé publique.
	Production des indicateurs de résultats	<input checked="" type="checkbox"/> Formalisation des reporting Formation et Supervisions formatives des relais
	Réticence de certaines communautés à adopter les services offerts	<input checked="" type="checkbox"/> Renforcement des activités de sensibilisation et implication des leaders communautaires pour encourager l'adhésion de la population.
	Insuffisance de formation initiale des relais communautaires :	<input checked="" type="checkbox"/> Mise en place de sessions de formation continue et d'accompagnement technique pour renforcer leurs compétences.
	Intégration dans les FOSA : coordination limitée entre les relais et les structures de santé	<input checked="" type="checkbox"/> Organisation de réunions régulières entre les relais, les centres de santé et les autorités sanitaires pour améliorer la collaboration.
	Difficulté d'augmenter les lignes de financement des relais auprès des bailleurs	<input checked="" type="checkbox"/> Les résultats probants atteints grâce à l'action des relais a permis de réviser leur paiement.
	Condition de travail à des horaires décalés	<input checked="" type="checkbox"/> Mise à disposition d'un moyen de transport pour faciliter leurs déplacements à des heures tardives et dans des zones difficiles d'accès.

⑤ QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS ?

Pour les relais : une montée en compétence accompagnée d'une augmentation substantielle de leur rémunération (de 3 000 MRU jusqu'à 10 000 MRU en moyenne).

Pour le système de santé nationale : les résultats de cette valorisation est l'amélioration des indicateurs, notamment pour la couverture et les dépistages des professionnel.le.s du sexe qui ont doublés, et ceux des HSH qui sont sortis du rouge.

Pour SOS PE, la mise en œuvre de cette stratégie a entraîné plusieurs transformations positives majeures au niveau des acteurs et des organisations impliquées :

- ↘ valorisation du travail des relais avec un triplement de leur rémunération ;
- ↘ professionnalisation progressive des relais communautaires ;
- ↘ amélioration de la collaboration avec les structures de santé ;
- ↘ renforcement des compétences et motivation des relais ;
- ↘ renforcement des liens entre les communautés et les acteurs de santé ;
- ↘ institutionnalisation du suivi communautaire.



« En 2025, la dotation des actions communautaires sera revalorisée à 10 %, alors qu'elle était inférieure à 2% en 2023. Néanmoins, cela reste bien en deçà des normes du FM qui préconisent au moins 30% pour les communautaires. » **Djibril SY, SOS PE**

⑥ QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?

- I. L'ancrage communautaire des relais a facilité leur intégration auprès des communautés d'intervention et la pérennité de leurs actions.
- II. La supervision des relais par les agents de santé est gage de leur inclusion dans le système de santé.
- III. La mise à disposition de moyens de transport pour faciliter les déplacements allège considérablement les conditions de travail des relais pour produire des résultats.
- IV. Les réunions mensuelles sont des temps d'échanges pour débloquer des situations délicates.



EVALUATION GLOBALE DE L'APPROCHE

	Effets et/ou impacts mesurables :	8/10
	Reproductibilité, adaptation ou développement dans d'autres contextes :	10/10
	Efficacité en termes de temps, de financements et de ressources humaines :	8/10
	Pérennité et durabilité au-delà du projet :	8/10
	Implication des bénéficiaires dans les décisions qui les concernent :	9/10
	Conformité avec les valeurs de SOS PE et les principes éthiques fondamentaux :	8/10

⑦ QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE LA PROFESSIONNALISATION DES RELAIS ?

 **Disposer d'un plan de formation sur la durée et intégrer le suivi de ces formations**

 **Défis restant à surmonter :**

 Absence de mécanismes de rémunération durables pour les relais communautaires :

→ Nécessité de trouver des modèles de financement adaptés pour assurer la pérennité de leur engagement.

 Besoin d'un cadre réglementaire clair pour l'intégration des relais dans le système de santé :

→ Un travail de plaidoyer est encore nécessaire pour formaliser leur rôle et leurs responsabilités au sein des structures de santé.

 Accès limité aux ressources et infrastructures dans certaines zones éloignées :

→ Nécessité de renforcer les moyens logistiques et de faciliter l'accès aux outils nécessaires. Les améliorations à envisager



⤵ Les améliorations à envisager :

- ⤵ Formaliser un mécanisme de motivation pour les relais communautaires, comme des incitations financières ou des formations certifiantes.
- ⤵ Renforcer l'utilisation des outils numériques pour améliorer le suivi des bénéficiaires et la coordination avec les structures de santé.
- ⤵ Développer des outils de communication simplifiés pour faciliter la sensibilisation, notamment auprès des populations peu alphabétisées.



« Le plus important pour la professionnalisation des relais est d'établir un plan de formation sur la durée et des mécanismes de suivi, plutôt que des formations au coup par coup ». **Chargée de programme Santé, SOS PE**



FICHE RECAP' METHODO

POUR UNE BONNE GESTION DES RELAIS



Recrutement des relais

- ⊗ U profil qui répondent aux critères (i) d'appartenance à la communauté, (ii) un savoir être reconnu et (iii) une aptitude à aller vers les autres.
- ⊗ Implication des communautés et des FOSA pour le choix des RC.



Gestion des relais

- ⊗ Formation initiale suivi de formations continues.
- ⊗ Supervision conjointe des relais par SOS et les FOSA avec l'implication des communautés.
- ⊗ Des modes de rémunération qui tiennent compte des évolutions des couts de la vie.



Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:

www.sospairs.org 



© 2025, SOS Pairs Educateurs.

**FICHE DE
CAPITALISATION**

2

Projet PASSERELLES : Programme d'appui à l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive pour le renforcement de la lutte contre le VIH, la TB, le paludisme et leurs co-infections selon une approche genre

**MODES DE COLLABORATION
ENTRE LE PERSONNEL DE SANTE ET LES
RC POUR PREVENIR LES RISQUES**

**PLANIFICATION ET SUIVI CONJOINT
DANS LES CENTRES URBAINS
L'EXEMPLE DES RENCONTRES
PERIODIQUES A ROSSO**



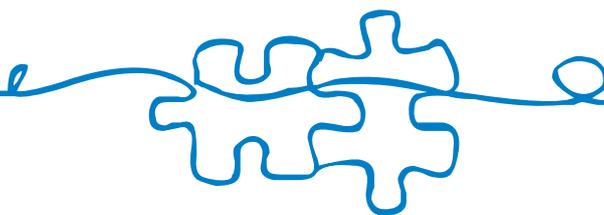
10 Pages



Septembre
2025

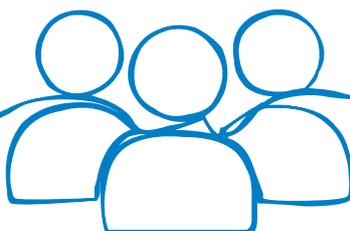


Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:
www.sospairs.org



SOMMAIRE

1. DEFIS DE DEPART LIES A L'ABSENCE D'INTEGRATION DES RELAIS COMMUNAUTAIRES ?	3
2. COMMENT SOS PE EST PARVENUE A RENFORCER SA COLLABORATION AVEC LES AUTORITES SANITAIRES ?	4
3. QU'EST-CE QUI A FACILITE CETTE STRATEGIE ?	5
4. QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?.....	5
5. QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?	7
6. QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?	9
7. QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?	10



① DEFIS DE DEPART LIES A L'ABSENCE D'INTEGRATION DES RELAIS COMMUNAUTAIRES ?

Contextuellement, le centre de santé de Rosso se trouve dans une zone géographique où la population est confrontée aux problématiques de la malaria et d'autres pathologies, en plus la situation est marquée par un manque d'information des populations sur ces maladies, qui se traduisait par :

- ⤵ un taux de fréquentation des centres de santé qui n'était pas optimal ;
- ⤵ le fait que de nombreux patients se déplaçaient vers les formations sanitaires (FOSA) à la frontière du Sénégal.

En outre, les relais communautaires (RC) constataient que les conditions d'accueil dans le centre de santé de Rosso et dans les FOSA en général, n'étaient pas optimales, tant en termes d'aménagement des espaces que de posture des agents de santé, de même que la qualité des services de prise en charge (PEC). Ceci avait été documenté par des diagnostics réalisés au démarrage du projet PasserElles.

Par ailleurs, la collaboration entre les relais communautaires (RC) et le personnel de santé au sein des structures peinait à se mettre en place. L'absence d'un paquet d'activités formalisé pour les RC ne permettait pas aux agents de santé d'avoir une vision claire de leurs interventions, ni de percevoir leur complémentarité avec celles des formations sanitaires (FOSA). Aussi, l'absence d'un document de référence et

d'engagement des partenaires au démarrage du projet **PASSERELLES** entre la coordination générale du projet (direction de Santé Sud et SOS PE) et l'équipe cadre des FOSA (Direction Régionale de la Santé et Médecin-chef), qui aurait défini les rôles et modes de collaboration entre parties prenantes, ne facilitait pas les échanges au niveau local et limitait l'efficacité des interventions. Il était donc nécessaire de formaliser cette collaboration et ces échanges afin de faciliter les discussions sur tous ces sujets faisant l'objet de négociation, de fournir un point d'appui à l'équipe locale de SOS PE, et de faire respecter les engagements implicites de chaque acteur.

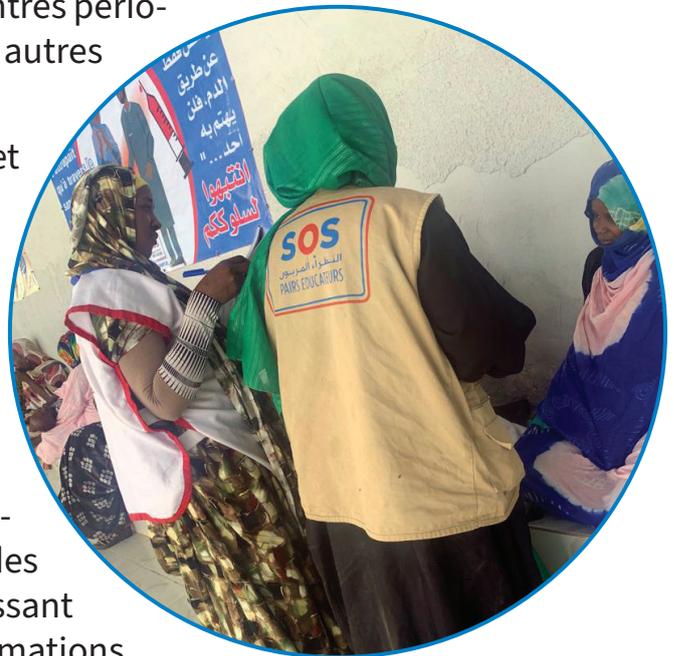


② COMMENT SOS PE EST PARVENUE A RENFORCER SA COLLABORATION AVEC LES AUTORITES SANITAIRES ?

En saisissant l'opportunité de répondre à une demande d'appui de la Direction Régionale de la Santé (DRS) pour pallier la défection du véhicule de celle-ci dans le cadre d'une campagne de vaccination, l'équipe du projet **PASSERELLES** à Rosso a mis gratuitement à disposition sa clinique mobile et ses relais communautaires pour soutenir l'activité. Au cours de cette campagne qui s'est soldée par un succès, le personnel des **FOSA** a pu constater l'apport indéniable des **RC** dans la mobilisation des communautés, et l'efficacité des évacuations sanitaires conduites grâce à la clinique mobile, et cela a également suscité l'intérêt de la **DRS**.

Par la suite, l'équipe du projet **PASSERELLES** a ainsi poursuivi ses démarches de concertation, en suggérant l'organisation de rencontres périodiques avec la **DRS**, le médecin-chef et les autres responsables de services.

Au fil du temps, ce partage d'information et ces efforts de communication en amont des interventions, ainsi que les sollicitations de la **DRS** pour des appuis logistiques dans leurs activités avancées, ont permis de favoriser les échanges et de renforcer les cadres de concertation. Progressivement, cela a abouti à la mise en place d'un cadre de concertations régulières entre les RH communautaires et les **RHS**, et en fixant des modes d'échange plus fluides avec les **FOSA**, définissant ainsi un process clair de remontée des informations et facilitant la mise en œuvre des actions sur le terrain.



On peut ainsi distinguer 2 cadres d'échanges complémentaires entre les équipes cadres des communautaires et celles de la santé :

- ④ Les rencontres mensuelles, présidées par le Directeur Régional de la Santé, pour planifier les activités et suivre l'état des réalisations (à travers le partage des informations et des avancées sur le terrain, le partage et la validation des plans d'actions des parties prenantes, et la présentation des données produites par les relais communautaires).
- ④ Et les rencontres hebdomadaires entre les **RHS** communautaires et les **FOSA** pour le suivi de la mise en œuvre des activités (via le partage des plannings et des réalisations des **RC** aux infirmiers chefs des postes - ICP, et l'intégration des données des **RC** dans le registre).

A l'issue de ces rencontres, les informations et toutes les mesures prises sont communiquées à l'ensemble du personnel de santé et des **RC**, c'est-à-dire aux acteurs chargés de mener les actions sur le terrain.

En complément de ces mécanismes de concertation, **SOS PE** a proposé des stages au personnel de santé, pour qu'ils visualisent des expériences réussies de collaboration entre les relais communautaires et les **FOSA**.



« Sur la base des réunions, nous trouvons ensemble un chemin. »
DRS de Rosso

③ QU'EST-CE QUI A FACILITE CETTE STRATEGIE ?

Rétrospectivement, on peut noter deux facteurs-clés qui ont contribué au succès de cette pratique :

- ④ l'engagement essentiel de la **DRS**, qui a joué de son autorité pour que toutes les mesures discutées soient respectées par l'ensemble du personnel de santé ;
- ④ et l'implication forte du médecin-chef, qui a joué un rôle crucial en supervisant la mise en pratique de ces mesures au sein du centre de santé de Rosso.



« Nous avons l'habitude de voir des partenaires qui font des conférences sans actions concrètes et pérennes. Les actions de SOS PE laissent des traces. C'est un partenaire très pragmatique dans son approche, avec une facilité à s'adapter pour répondre à des besoins prioritaires. »
Médecin de Moughataa, Rosso



④ QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?

Pour chaque obstacle rencontré dans la mise en œuvre de ce dispositif de concertation avec les autorités sanitaires, les acteurs du projet **PASSERELLES** ont su trouver et mettre en œuvre des solutions efficaces.

Obstacles et difficultés rencontrées		Solutions développées par SOS PE
 <p>Manque de coordination entre les RHS communautaires et les RHS freinant l'intégration des relais communautaires dans les FOSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Organisation de rencontres d'échanges périodiques ayant permis de fluidifier les discussions et les prises de décisions ; Formalisation des engagements pris lors des réunions avec la DRS pour mieux coordonner les actions. 	
 <p>Manque d'efficacité des activités des relais communautaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des liens de collaboration opérationnels entre RC et IPC pour pallier les effectifs réduits de ces derniers et les seconder dans la mobilisation, le référencement, et la prise en charge des patients ; Amélioration de la mobilisation des moyens logistiques prévus pour renforcer l'efficacité sur le terrain. 	
 <p>Manque de reconnaissance du rôle des RHS communautaires par les RHS des FOSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prise en compte des indicateurs des relais ; Reconnaissance de l'apport des relais communautaires et leur responsabilisation par les autorités sanitaires pour changer le regard des personnel de santé. 	
 <p>Réticence des communautés envers les services de santé en raison des retards de mise en œuvre de certaines activités de terrain</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion d'informations claires en direction des populations ciblées sur les actions programmées du projet, sur les discussions en cours à propos des éventuels points de blocage. Respect des engagements pris lors des rencontres périodiques avec les autorités sanitaires. 	



« Même si nous n'avons pas été associés au montage du projet, les réunions préliminaires permettent d'harmoniser nos approches. Par ailleurs, l'approche et SOS PE intègre les bénéficiaires à l'exemple des choix des relais dans les différentes localités. » **Médecin Chef de Moughataa, Rosso**

⑤ QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?

Les changements observés suite à la mise en place de ces nouveaux modes de collaboration entre SOS PE et les autorités sanitaires sont de plusieurs ordres :

D'ordre institutionnel :

- ⌚ Les rencontres périodiques et l'instauration de cadres d'échanges formel ont favorisé l'acceptation des actions que mènent les RC dans leurs zones de travail par les agents de santé et par la DRS ; ce qui s'est traduit par l'intégration des données des RC dans les indicateurs, qui est un marqueur de valorisation et de reconnaissance de l'apport des acteurs communautaires dans l'accès aux soins des populations.

D'ordre opérationnel :

- ⌚ Cette reconnaissance du travail des RC a permis une étroite collaboration avec la DRS, qui s'observe notamment par la réalisation de missions conjointes de supervision pour avoir le même niveau d'information afin d'agir ensemble, proposer des solutions communes et des actions complémentaires. Concrètement, cela a favorisé la réhabilitation de 3 postes de santé, l'intégration de 2 relais communautaires comme accoucheuses dans les FOSA, et l'organisation de stages de formation pour 5 personnels de santé.
- ⌚ Ces cadres d'échanges innovants ont également facilité l'adoption de bonnes pratiques et leur application sur le terrain, en particulier :
 - ⌚ La mise en place de la clinique mobile de SOS PE pour « aller vers » les communautés les plus éloignées des FOSA (dans les zones désertes en matière d'infrastructures sanitaires) ou pour effectuer des évacuations d'urgence, ce qui a permis de fortifier les rapports entre les RHS communautaires et les structures de santé ;
 - ⌚ L'organisation conjointe des activités avancées notamment dans les localités les plus éloignées des infrastructures sanitaires, avec d'une part, la sensibilisation et la mobilisation communautaire réalisés par les RC, et d'autre part, les soins délivrés par les ICP (consultations, vaccinations) et les actes réalisés avec l'assistance des RC (telle la prise des constantes), ce qui témoigne de leur complémentarité et d'une bonne articulation des actions.

- ⌚ **Par suite**, le lien de confiance entre relais communautaires et ICP s'est trouvé renforcé, ce qui a permis ainsi aux premiers d'être davantage responsabilisés et de mener des actions communautaires au sein du centre de santé.
- ⌚ **Par ailleurs**, ce meilleur partage des rôles et responsabilités a eu des effets positifs sur la gestion des ressources et des intrants, par exemple d'éviter la péremption ou la détérioration des produits dû auparavant à une faible utilisation (fréquentation des postes) et/ou à de mauvaises conditions de conservation par manque de matériel de conservation.

Et enfin d'ordre comportemental :

- ⌚ Au sein des FOSA, les changements d'attitude de la part des agents de santé sont notables, ainsi que les évolutions dans les offres et la qualité des services. Grâce à la mobilisation communautaire et aux référencements réalisés par les RC, qui induit une hausse des taux de fréquentation des centres de santé, la DRS observe par exemple une diminution de l'absentéisme des ICP : ceux qui n'étaient pas suffisamment ponctuels et assidus à leur poste de travail ont changé de comportement car ils doivent désormais répondre à une demande plus importante des populations.
- ⌚ Mais surtout, on observe dans les FOSA une nette amélioration de l'accueil et de l'orientation des patient.es, qui se traduit par l'amélioration des indicateurs de santé : augmentation de la fréquentation des CS et de la couverture sanitaire au niveau régional.
- ⌚ Les changements de comportements sont également perceptibles au sein des populations ciblées par les interventions avec des effets mesurables à peine six mois après les premières interventions :
 - ⌚ augmentation des taux de fréquentation des formations sanitaires ;
 - ⌚ hausse du taux de la couverture vaccinale dans la zone couverte ;
 - ⌚ baisse du taux des accouchements à domicile ;
 - ⌚ augmentation des visites pré et post-natales.



« Au début, je n'étais pas enthousiaste de voir les relais communautaires prendre les constantes : glycémie, tension C'est le travail des agents de santé car les relais ne peuvent pas faire des prescriptions. Néanmoins, le faire en périphérie, sous la supervision de l'ICP ou pour donner des indications et orienter les personnes vers les agents de santé, s'avère être une bonne chose. » DRS Rosso

⑥ QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?

- I. La mise en place de ces cadres d'échanges entre acteurs communautaires et autorités sanitaires a des effets et des impacts mesurables sur la qualité de la coordination et du suivi des interventions, mais aussi sur la qualité de l'offre de soins, qui se traduisent par une amélioration des indicateurs de santé.
- II. Ce dispositif de concertation contribue à la reconnaissance et à la valorisation du travail de terrain et de l'apport opérationnel des relais communautaires, et partant, à leur intégration dans les formations sanitaires.
- III. Cette approche peut facilement être reproduite, adaptée ou développée dans d'autres contextes et programmes, car elle est efficace en termes de temps, de finances et de ressources humaines.
- IV. Elle nécessite l'engagement des autorités sanitaires auprès des acteurs communautaires et des liens de confiance solides avec les médecins-chefs et les agents de santé.
- V. Son efficacité repose également sur l'implication des représentants des communautés (chefs de villages, leaders des groupements des femmes, jeunes, ICP, etc.) dans le recrutement des RC.
- VI. Ces modes de collaboration favorisent la pérennité des actions qui en découlent (telles que les déploiements de la clinique mobile, la mise en place de kiosques dans les centres de santé, l'intégration de certains RC comme des accoucheuses, en encore l'organisation de stages au profit des agents de santé pour acquérir des compétences permettant de d'appuyer les actions).

EVALUATION GLOBALE DE L'APPROCHE		
	Effets et/ou impacts mesurables :	8/10
	Reproductibilité, adaptation ou développement dans d'autres contextes :	9/10
	Efficacité en termes de temps, de financements et de ressources humaines :	7/10
	Pérennité et durabilité au-delà du projet :	6/10
	Implication des bénéficiaires dans les décisions qui les concernent :	7/10
	Conformité avec les valeurs de SOS PE et les principes éthiques fondamentaux :	9/10

⑦ QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?

Afin de poursuivre ou reproduire la pratique dans sa zone d'intervention en Mauritanie, **SOS PE** doit continuer de mobiliser des partenaires et des moyens financiers.

Certaines améliorations peuvent par ailleurs être apportées à ce dispositif de concertation, parmi lesquelles :

- ④ L'élaboration d'un document cadre qui spécifie le paquet d'activités des RC avec les autorités sanitaires pour permettre de suivre plus rigoureusement les interventions ;
- ④ Un meilleur respect des engagements pris et déclarés lors de la présentation du projet par la formalisation d'un contrat cadre entre les parties prenantes ;
- ④ Le renforcement de la coordination entre les instances régionales et centrales ;
- ④ Le renforcement des capacités techniques du personnel de terrain pour une meilleure gestion des RHS et de la relation partenariale avec les autorités sanitaires locales ;
- ④ L'amélioration des moyens logistiques mis à disposition des RC pour faciliter l'accès à leurs différents sites d'intervention.

Enfin, à travers cet exercice de capitalisation, **SOS PE** envisage de partager cette expérience avec d'autres organisations de la société civile, avec des responsables sanitaires de d'autres régions, avec d'autres partenaires et avec les autorités administratives et politiques locales, afin de les encourager à privilégier une approche participative dans leurs échanges et à faire preuve de patience et d'abnégation pour construire ensemble des relations solides et durables.



(éléments pédagogiques)

Les acteurs-clés à mobiliser :

- ⌚ la Direction Régionale de la Santé (DRS) ou autres autorités compétences ;
- ⌚ les médecins-chefs de districts, les agents de santé (AS) et les infirmiers chefs des postes (ICP) ;
- ⌚ les représentants des communautés et des autres organisations de la société civile.

Les étapes à suivre pour l'organisation de rencontres périodiques avec les autorités sanitaires :

- ⌚ prendre contact avec les autorités pour promouvoir une démarche participative impliquant les acteurs communautaires ;
- ⌚ définir les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes ;
- ⌚ formaliser ces engagements par l'adoption d'un document cadre afin d'en faciliter la mise en œuvre ;
- ⌚ proposer un calendrier de rencontres en tenant compte de la planification des activités et de la disponibilité des acteurs.

Quelques conseils pour le bon déroulement d'une rencontre avec les autorités sanitaires :

- ⌚ préparer l'ordre du jour en amont de la rencontre ;
- ⌚ transmettre les données et préparer leur présentation afin qu'elles soient prises en compte par les indicateurs nationaux ;
- ⌚ anticiper la planification des activités et des interventions de terrain ;
- ⌚ à l'issue de la rencontre, communiquer les décisions prises aux acteurs de terrain (AS, ICP et relais communautaires).



Cette fiche est également disponible en téléchargement sur notre site Web:

www.sospairs.org 



Projet PASSERELLES : Programme d'appui à l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive pour le renforcement de la lutte contre le VIH, la TB, le paludisme et leurs co-infections selon une approche genre

**FICHE DE
CAPITALISATION**

3

LA CLINIQUE MOBILE

UNE STRATEGIE AVANCEE POUR LE RENFORCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE EN ZONE RURALE ISOLEE



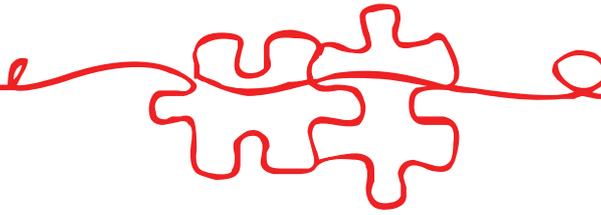
11 Pages



Septembre
2025

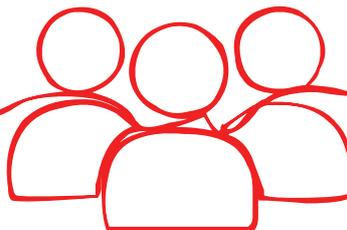


Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:
www.sospairs.org



SOMMAIRE

1. POURQUOI LE RECOURS A UNE CLINIQUE MOBILE ETAIT NECESSAIRE ?	3
2. COMMENT SOS PE EST PARVENUE A DEVELOPPER LES ACTIVITES DE SA CLINIQUE MOBILE ?	4
3. QU'EST-CE QUI A FACILITE CETTE STRATEGIE ?	6
4. QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?	7
5. QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS PAR LA CLINIQUE MOBILE ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?	8
6. QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?	10
7. QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?	11



① POURQUOI LE RECOURS A UNE CLINIQUE MOBILE ETAIT NECESSAIRE ?

Malgré une politique volontariste des pouvoirs publics mauritaniens, l'offre de soins reste insuffisante et fortement concentrée dans les grands centres urbains, tandis que l'accès aux soins est plus limité pour les populations vivant dans les zones rurales reculées et périurbaines, notamment dans des villages isolés ou des quartiers défavorisés. En effet, la plupart de ces localités sont éloignées des postes de santé, les populations disposent de peu de moyens de transport, et le manque d'infrastructures routières rend les déplacements difficiles, notamment durant les saisons des pluies et pour accéder aux zones hors-piste.

Dans ces conditions, quand une personne a besoin d'avoir recours aux services de santé, l'ambulance est généralement l'unique moyen de l'acheminer vers une formation sanitaire (FOSA). Ceci constitue un des facteurs majeurs de retard dans l'entrée dans les soins, car bien souvent les communautés ne se déplacent vers les FOSA qu'en cas de situation critique. Du point de vue des agents de terrain, les femmes sont les plus impactées par cette situation, notamment les plus âgées, qui, de ce fait, consultent rarement. Les femmes enceintes sont également fortement impactées car lorsque le travail démarre, si le trajet est long et difficile, il est d'autant plus compliqué d'envisager de le faire sans véhicule adapté, ce qui occasionne un nombre important d'accouchements à domicile.



D'autres facteurs entravent l'accès aux soins des populations, notamment un accès insuffisant à des informations pertinentes pour leur santé, telle que l'existence de mécanismes d'assurance pour faire face aux coûts des services de préventions et de promotion de la santé tel que forfait obstétrical, qui couvrent par exemple les consultations prénatales pour les femmes enceintes.



« Nous avons suivi des femmes âgées qui n'avaient jamais rencontré de sages-femmes, et au début du projet, nous avons rencontrés 3 jeunes mamans ayant accouché à domicile sans jamais faire de consultation prénatale. Grâce à l'action des relais communautaires, et à l'apport des infirmiers et des sages femmes pour véhiculer des messages-clés, nous ne rencontrons plus de situations d'accouchement à domicile sans la présence d'un agent de santé ». **Superviseur de Trarza**

Pensées dans une logique « d'aller vers » les populations, les campagnes de prévention et de promotion de la santé initiées par les autorités sanitaires dans les zones reculées permettent de redynamiser l'approche préventive et rapprocher l'offre de soins aux communautés. L'association **SOS PE**, consciente cependant que le manque de moyens logistiques ne permet pas de faire des campagnes régulièrement, et consciente également des défis à relever en termes de mobilisation des communautés concernées, a donc développé une stratégie mobile d'appui au système de santé pour contribuer à la redynamisation de cette approche préventive.

② COMMENT SOS PE EST PARVENUE A DEVELOPPER LES ACTIVITES DE SA CLINIQUE MOBILE ?

La clinique mobile se veut une réponse aux défis sanitaires locaux et repose sur l'idée de donner les moyens aux circonscriptions sanitaires de moughataa, d'amener les soins vers les populations pour pallier leurs difficultés de déplacements. Elle consiste donc à mettre à la disposition des autorités sanitaires un véhicule médicalisé de type ambulance, avec des professionnels de santé mis à disposition par les autorités sanitaires chargés d'aller au-devant des communautés pour leur proposer gratuitement des activités de prévention, de dépistage, de soins primaires et de transports vers les centres de santé.

Cette clinique mobile dispose bien sûr de tous les équipements nécessaires aux interventions de l'équipe.

Pour chacun de ses déplacements et en fonction de la zone d'intervention, les **FOSA** et les centres de santé sont sollicités afin que l'équipe de la clinique mobile dispose de compétences pluridisciplinaires avec :

- ⤵ des relais communautaires (RC) de **SOS PE** chargés de la mobilisation des populations dans les localités visitées ;
- ⤵ un infirmier chef de poste (ICP) issu de la zone d'intervention pour assurer les



consultations médicales et les soins infirmiers ;

- Ⓣ une sage-femme du centre de santé pour les consultations prénatales et les échographies ;
- Ⓣ un agent de santé chargé de la vaccination ;
- Ⓣ et un membre de l'équipe du projet (le coordinateur ou le superviseur).

Grâce à ce véhicule adapté et à la disponibilité de cette équipe, la clinique mobile peut déployer une stratégie en deux axes :

- ✔ **Des activités programmées lors des campagnes avancées, planifiées avec les autorités sanitaires.** En amont, quelques jours avant l'activité, les RC font du porte à porte dans la localité ciblée et sensibilisent les communautés sur le passage programmé de la clinique mobile, en les informant des services qui seront proposés et de leur caractère gratuit. A leur retour, les RC remontent les informations pertinentes à l'équipe afin d'adapter l'intervention aux besoins exprimés ou identifiés (nombre d'enfants à vacciner, types de pathologies mentionnées ou diagnostiquées grâce à la prise des constantes - tests de glycémie et prise de tension artérielle notamment). Une fois la clinique sur place, les agents de santé (AS) reçoivent les patients en consultation et distribuent gratuitement les médicaments prescrits. La vaccination est également proposée, ce qui est particulièrement utile dans les zones où les FOSA ne disposent pas de chaîne de froid pour la conservation des produits. A chaque prestation, les AS notent les informations sanitaires dans leur registre, ce qui permet de faciliter la remontée ultérieure des données vers les autorités sanitaires afin qu'elles soient prises en compte dans les indicateurs de santé.
- ✔ **Des évacuations d'urgence vers les centres de santé de référence.** En effet, le dispositif est en capacité d'effectuer des transports d'urgence pour une prise en charge rapide des individus dont les besoins en soins dépassent le paquet d'activités des structures de proximité. Ces évacuations permettent de transporter les patients vers les FOSA et répondent ainsi au défi des transports dans les zones enclavées.

Ainsi, l'éventail des activités et prestations de la clinique mobile est large et adapté aux besoins des populations visées : (à transformer en infographie) :

- Ⓣ l'information, la sensibilisation et l'éducation à la santé pour les communautés ;
- Ⓣ le dépistage du VIH et de l'hépatite B ;
- Ⓣ la prise des constantes (taux de glycémie, tension artérielle) ;
- Ⓣ des consultations médicales générales gratuites ;
- Ⓣ des consultations pré et post natales, des soins maternels et néonataux, et des échographies ;
- Ⓣ la distribution gratuite de médicaments ;
- Ⓣ la vaccination ;
- Ⓣ des évacuations d'urgence vers les centres de référence.

A RETENIR

La clinique permet de renforcer l'accès des populations aux Services de santé primaire et l'évacuation d'urgence vers les plateaux techniques de référence en cas de besoin et en soutien au réseau d'ambulances souvent insuffisant.

Le développement des activités de la clinique réponse sur 3 aspects essentiels :

- ✎ la planification conjointe avec les autorités sanitaires des campagnes pour permettre au RC de faire de faire la sensibilisation en amont auprès communautés dans les zones ciblées ;*
- ✎ la mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire par les autorités sanitaires;*
- ✎ l'intégration des données sanitaires de ces campagnes dans celles FOSA.*

③ QU'EST-CE QUI A FACILITE CETTE STRATEGIE ?

Plusieurs facteurs de réussite méritent d'être soulignés :

- Ⓣ la clinique mobile s'intègre parfaitement dans les activités de prévention des postes et centres de santé ;
- Ⓣ la flexibilité de cette offre de soins et son adaptation aux besoins des communautés ;
- Ⓣ la disponibilité d'un véhicule adapté et d'une équipe compétente et bien formée ;
- Ⓣ le rôle-clé des RC, sans lesquelles la mobilisation des populations serait beaucoup moins forte ;
- Ⓣ une bonne coordination avec les FOSA qui mobilisent leur personnel aux cotés des communautaires ;
- Ⓣ une flotte téléphonique avec appels illimités et gratuits (GFU) entre l'équipe du projet, les RC et les ICP, qui facilite la communication, notamment lors des évacuations d'urgence ;
- Ⓣ La mobilisation des chefs de village lors des causeries éducatives qui permet de relayer l'information au sein de leur communauté, en les sensibilisant à l'offre de soins proposée par la clinique mobile..



④ QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?

La mise en place de la clinique mobile a rencontré quelques difficultés, mais les acteurs du projet **PASSERELLES** ont su trouver et mettre en œuvre des solutions efficaces pour les surmonter (tableau à transformer en infographie) :

Obstacles et difficultés rencontrées		Solutions développées par SOS PE
	Incompréhension de certains ICP sur les missions des RC, certains refusant de se déplacer en estimant que c'était aux patients de venir dans les centres de santé et pas l'inverse.	<ul style="list-style-type: none"> ☑ L'équipe du projet a mené un travail de pédagogie auprès des agents de santé pour les sensibiliser sur les enjeux et la pertinence de cette stratégie. ☑ Elle a proposé des stages de formation afin que les ICP puissent voir des exemples d'approches communautaires réussies.
	Idem pour les évacuations, en estimant que ce rôle était dévolu aux RC, alors que ce service ne peut être délivré que par un AS.	<ul style="list-style-type: none"> ☑ SOS PE a acquis un véhicule tout terrain entièrement équipé. ☑ Ce véhicule a ensuite été mis à disposition du système de santé.
	Contraintes logistiques et accès difficile à certaines zones rurales en raison du mauvais état des routes et du manque d'infrastructures.	<ul style="list-style-type: none"> ☑ Le projet a prévu de les motiver financièrement sur le temps des déplacements.
	Disponibilité des AS : la mobilisation des agents de santé en début de projet est un enjeu important mais se heurte à l'insuffisance des moyens mis à leur disposition.	<ul style="list-style-type: none"> ☑ Les RC et l'équipe de la clinique mobile a effectué un travail important d'éducation à la santé.
	La sensibilisation des populations se heurtait à des réticences socio-culturelles et à un manque d'information.	<ul style="list-style-type: none"> ☑ La concertation avec les autorités sanitaires et les FOSA a facilité la mise à disposition des agents de santé (ICP et sage-femmes) pour qu'ils collaborent avec l'équipe de SOS PE.

	<p>Au démarrage du projet, l'équipe du projet n'était pas assez bien préparée pour répondre aux exigences des évacuations, qui nécessitait la présence d'un agent de santé pas toujours disponible.</p>	<p>☒ Dans ces cas-là, l'équipe de la clinique mobile sollicite le centre de santé pour mobiliser un infirmier afin de procéder aux évacuations.</p>
	<p>Absentéisme de certains ICP lors des évacuations d'urgences.</p>	<p>☒ Mise à disposition d'un moyen de transport pour faciliter leurs déplacements à des heures tardives et dans des zones difficiles d'accès.</p>

⑤ QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS PAR LA CLINIQUE MOBILE ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?

			
<p>Personnes (hommes et femmes) dans localités ont bénéficié des interventions de la clinique depuis sa création</p>	<p>La clinique mobile a effectué dépistages du VIH et dépistage du VHB, et diagnostiqué cas d'IST</p>	<p>Femmes enceintes ont été suivies jusqu'à leur accouchement dans une formation sanitaire (soit un total de consultations prénatales)</p>	<p>évacuations d'urgence ont pu être effectuées</p>

Il est donc indéniable que les déplacements de la clinique mobile de **SOS PE** suscite d'ores et déjà des effets positifs en matière d'accès aux services de santé :

- ☒ Un renforcement du suivi maternel et infantile, une réduction des complications grâce au suivi des femmes enceintes, une amélioration de la couverture vaccinale et la disparition des cas d'accouchement sans assistance médicale, grâce à l'identification des besoins et des personnes nécessitant une prise en charge, en particulier les cas de « zéro dose », celui des femmes qui ne se rendaient



pas en consultations prénatales, et celui des individus qui ne connaissaient pas les carnets de forfaits.

- Ⓣ Une meilleure acceptation du dépistage et un recours plus précoce aux soins par les populations ciblées, en raison de leur adhésion aux messages de prévention et d'éducation sanitaire délivrés conjointement par les relais communautaires et les ICP.
- Ⓣ Une augmentation du taux de consultations médicales dans le cadre des activités avancées, comme en attestent les registres de consultations des ICP et les données transmises au système national.
- Ⓣ Une prise en charge précoce et de meilleure qualité des maladies (VIH, VHB et autres IST), notamment pour les individus qui ne fréquentaient les postes de santé que lorsque leur état de santé était dans une phase critique.

On observe par ailleurs que cette stratégie entraîne plusieurs évolutions positives en termes d'organisation des soins :

- Ⓣ une meilleure articulation entre les services communautaires proposés par SOS PE et l'offre de service des FOSA ;
- Ⓣ une gamme de service plus large proposée aux populations dans les zones les plus éloignées des centres de santé, avec des prestations auparavant difficilement accessibles aux populations visées (information de qualité sur les problématiques de santé qui les concernent, dépistage, consultations prénatales, échographie...) ;
- Ⓣ une diminution de l'absentéisme des ICP due à l'amélioration des horaires d'ouverture et de l'offre de service, qui génère une augmentation de la demande de soins et les contraint ainsi à rester à leur poste de travail ;
- Ⓣ une meilleure gestion des cas d'urgence grâce aux évacuations vers les centres de santé ou plateaux techniques de référence.



En outre, les interventions de la clinique mobile ont pour vertu de renforcer les liens de confiance entre ICP et communautés, en participant activement aux sorties organisées aux côtés des RC de SOS PE, les ICP ont l'occasion de pratiquer des soins directement sur le terrain, mais aussi de faire connaître le paquet d'activités proposé par les structures sanitaires. Cette connaissance mutuelle entre les communautés et le personnel de santé se traduit par une augmentation de la fréquentation des FOSA, y compris par les individus qui partaient se soigner ailleurs, et ou ceux qui ne s'y rendaient que dans des cas critiques.



« La clinique mobile crée des liens avec d'autres ICP mobilisés dans les campagnes et améliore les relations avec les communautés vivants dans les zones reculées de l'aire de santé. » **Un ICP à Guidakhar**



« J'ai pu bénéficier d'une évacuation d'urgence et l'acheminement d'une dizaine de personnes pour faire un don de sang d'urgence. Ceci m'a sans doute sauvée ainsi que mon enfant. Auparavant j'avais fait beaucoup d'accouchements sans jamais faire de consultation prénatale. » **Une jeune maman à Guidakhar**

⑥ QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?

- I. La clinique mobile constitue une stratégie avancée très efficace pour la promotion de la santé en zone rurale, car elle contribue à la dynamisation de l'approche préventive en permettant d'aller vers les communautés pour répondre à leurs besoins. Ces effets et impacts sont déjà mesurables, tant en termes de recours au dépistage et aux soins pour les populations, qu'en termes d'organisation et d'articulation des services de santé et d'accompagnement communautaire, et se traduisent par une amélioration des indicateurs de santé.
- II. Le modèle de la clinique mobile de **SOS PE** est flexible et reproductible, il pourrait être déployé dans d'autres régions confrontées aux mêmes défis et inspire déjà le projet « zéro VIH » à Kiffa, qui reproduit les mêmes pratiques.
- III. Bien que le modèle actuel soit dépendant de financements extérieurs, il reste pérenne en raison de l'intégration institutionnelle de la clinique mobile (on observe une bonne appropriation de l'approche par la **DRS** et les **MC** qui peuvent prendre en charge les intrants, et la stratégie avancée est déjà intégrée dans les le paquet d'activités des centres et postes de santé), et parce que les **RC** sont formés et vivent dans les communautés.
- IV. La clinique mobile s'inscrit dans une approche basée sur les principes d'équité et d'accès universel aux soins.



EVALUATION GLOBALE DE L'APPROCHE

	Effets et/ou impacts mesurables :	8/10
	Reproductibilité, adaptation ou développement dans d'autres contextes :	10/10
	Efficacité en termes de temps, de financements et de ressources humaines :	6/10
	Pérennité et durabilité au-delà du projet :	7/10
	Implication des bénéficiaires dans les décisions qui les concernent :	10/10
	Conformité avec les valeurs de SOS PE et les principes éthiques fondamentaux :	10/10

⑦ QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?

Quelques améliorations pourraient être apportées dans l'organisation des actions de la clinique mobile, par exemple :

- Ⓣ renforcer les capacités des relais communautaires pour assurer une continuité des soins ;
- Ⓣ communiquer avec les partenaires et les communautés pour préciser et formaliser les usages de la clinique mobile ;
- Ⓣ optimiser les temps de déplacements afin d'atteindre un maximum de bénéficiaires dans les localités ciblées ;
- Ⓣ mieux prendre en compte une importante charge de travail liée à la coordination et la supervision ;
- Ⓣ renforcer l'équipe du projet avec le recrutement d'au moins deux chauffeurs par clinique mobile ;
- Ⓣ redynamiser les comités de santé (composés des chefs de villages ou de quartier, des responsables des organisations de femmes et de la jeunesse), qui en collaboration avec les DRS, peuvent faire la différence pour mobiliser les populations.

A l'avenir, il conviendra également de réfléchir au modèle économique de cette stratégie avancée, car les coûts d'entretien du véhicule et les frais logistiques liés aux déplacements sont relativement élevés, ce qui nécessite de consolider les financements actuels ou de mobiliser des ressources additionnelles.

Pour autant, la clinique mobile a déjà démontré son efficacité et a rapidement eu des effets positifs sur la santé des populations dans la région de Trarza. **SOS PE** estime donc qu'elle serait facilement adaptable à des contextes sanitaires quasi-similaires à celui

de sa zone d'intervention, notamment dans la région de l'Assaba. Pour cela, SOS PE plaide déjà pour une institutionnalisation de la clinique mobile en l'intégrant aux stratégies locales de santé publique. Et l'association envisage de partager son expérience avec les ONG de promotion de la santé et des autorités sanitaires des zones confrontées aux mêmes défis, par exemple en organisant des sessions d'échange et via ses rapports d'évaluation et ses supports de capitalisation.



FICHE RECAP' METHODO

DEPLOYER LES SERVICES D'UNE CLINIQUE MOBILE

-  **Quels profils-clés pour constituer son équipe mobile ?**
-  **Quels équipements et matériels prévoir pour une clinique mobile efficace ?**
-  **Programme-type d'une intervention de la clinique mobile :**
 -  les campagnes avancées ;
 -  les évacuations d'urgences.
-  **Quelques conseils pour le bon déroulement d'une intervention de la clinique mobile :**
 -  assurer une bonne coordination avec les autorités sanitaires locales ;
 -  s'appuyer sur une approche participative impliquant les communautés bénéficiaires.



Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:

www.sospairs.org 



© 2025, SOS Pairs Educateurs.

Projet PASSERELLES : Programme d'appui à l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive pour le renforcement de la lutte contre le VIH, la TB, le paludisme et leurs co-infections selon une approche genre

FICHE DE
CAPITALISATION

4

L'ACTION DES COMMUNAUTAIRES

POUR LE RESPECT DU CALENDRIER VACCINAL INFANTILE



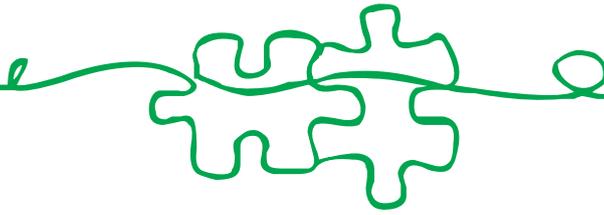
8 Pages



Septembre
2025

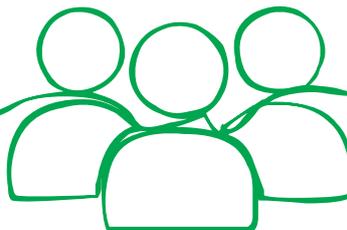


Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:
www.sospairs.org



SOMMAIRE

1. QUEL EST L'INTERET D'IMPLIQUER LES COMMUNAUTAIRES DANS LES CAMPAGNES DE VACCINATION ?	3
2. COMMENT SOS PE EST PARVENUE A DEVELOPPER SA STRATÉGIE ?	5
3. QU'EST-CE QUI A FACILITE CETTE STRATEGIE ?	6
4. QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?.....	6
5. QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS PAR LA CLINIQUE MOBILE ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?	7
6. QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?	7
7. QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?	8



① QUEL EST L'INTERET D'IMPLIQUER LES COMMUNAUTAIRES DANS LES CAMPAGNES DE VACCINATION ?

La vaccination est un des enjeux majeurs des FOSA au niveau primaire et communautaire, notamment pour identifier les enfants qui n'en ont jamais (zéro dose) ou peu bénéficié. De façon générale, la zone de sebkha a une bonne couverture vaccinale, néanmoins, elle accueille des populations issues des zones reculées, en situation de précarité et qui ne fréquentent pas ou rarement les FOSA. Si elles sont mobilisées lors des activités avancées, l'absence de coordonnées pour les joindre afin d'amener les enfants faire les rappels des doses ou d'autres vaccins restent difficiles : les $\frac{3}{4}$ sont perdus de vue.

Pour atteindre ses objectifs (indicateurs), les FOSA font face à plusieurs défis :

↘ Les défis liés aux structures de santé:

- ↘ Logistiques (matériel et RH) : les AS ont peu de temps pour aller faire la sensibilisation et la mobilisation en amont des campagnes.
- ↘ Ressources financières : la vaccination mobilise des moyens importants puisqu'il faut aller vers les communautés pour identifier les enfants non vaccinés (zéro doses) et dont l'efficacité n'est toujours garantie : de longs trajets pour rechercher les cibles qui ne sont pas toujours présentes.

↘ Au niveau des communautés:

- ↘ Le manque d'information des parents sur l'importance de la vaccination : « j'ai plusieurs enfants non vaccinés et ils sont en bonne santé » comme l'entendent souvent les relais communautaires lors des campagnes de sensibilisation, alors que cela peut entraîner certaines maladies graves telle que la poliomyélite.



- Des parents qui ne sont pas opposés à faire vacciner leur enfant quand l'occasion se présente à eux, mais qui ne feront pas le déplacement jusqu'aux FOSA. Bien souvent, l'enfant a été vacciné lors d'un contact dans une activité avancée, mais il n'y a pas eu de suite : pas de réticence à faire vacciner mon enfant quand l'occasion se présente, déclare une maman rencontrée au centre de santé de Sebka.
- Le refus de certains vaccins tel que HPV pour les filles à partir de 9 ans, proposé juste après la COVID et qui a été précédé d'information erronée telle que « c'est pour stériliser les filles » rapportent les AS.
- Pour d'autres, c'est de la négligence par manque de respect du calendrier vaccinal et l'administration de toutes les doses requises.
- Pour d'autres encore, l'éloignement des FOSA est un frein.



La vaccination infantile n'était pas une activité centrale de **SOS PE** qui s'inscrit dans une démarche de réduction des risques par rapport aux IST et plus spécifiquement le VIH. En tant qu'activité prioritaire pour les autorités sanitaires du fait des difficultés à atteindre les objectifs de couverture vaccinale – particulièrement en zone rurale, cette activité est devenue un axe d'intervention important pour **SOS PE**. Elle a constitué le point de bascule de la collaboration entre **SOS PE** et les autorités sanitaires qui ont perçu à travers la vaccination le potentiel d'impact des relais communautaires (**RC**) sur

la performance du système de santé au niveau périphérique et sur le renforcement de l'accès aux soins pour les populations. Fort de son expertise en communication pour le changement de comportement (CCC) et la mobilisation des communautés, grâce à l'actions de ses relais, **SOS PE** appui les **FOSA** partenaires dans leurs activités avancées et en particulier lors des campagnes de vaccinations.

② COMMENT SOS PE EST PARVENUE A DEVELOPPER SA STRATÉGIE ?

Depuis 2015, avec l'intégration des relais dans les FOSA, SOS PE appuie les centres de santé pour l'atteinte de leurs indicateurs de vaccination et de CPN. Au niveau urbain, SOS PE développe une approche en plusieurs étapes :

En amont des campagnes de vaccination :

📌 Au niveau communautaire :

- 📌 En amont des campagnes, le centre de santé mobilise les relais et les déploie dans les zones cibles, équipés des carnets pour identifier les zéros doses et les enfants malades (soins traditionnels).
- 📌 Les relais interviennent dans les quartiers avec des populations déplacées pour identifier les zéro doses, et sensibiliser les parents.
- 📌 Ils.elles organisent des causeries éducatives où la voisine qui a été sensibilisée mobilise ses voisines, ainsi de suite.
- 📌 Après identification des cibles, les relais remontent les informations aux AS et sensibilisent et motivent les parents réticents à accepter d'aller vers les services de santé.

📌 Au niveau des FOSA :

Au niveau des formations sanitaires, les relais prennent les coordonnées des personnes et les rappellent quand elles ne viennent pas aux rdvs. Cette collaboration avec le personnel médical permet un accompagnement continu et améliore la régularité des rdvs pour le suivi de la vaccination.

Ce travail de ciblage en amont permet aux AS d'aller directement dans les ménages concernés pour vacciner ces enfants ou proposer des soins à ceux qui sont malades.





« *Sebkha est une Moughataa silencieuse. Le travail d'identification et de sensibilisation des familles, nous permet d'aller aux cibles (les ménages concernés) pour vacciner et proposer des soins à ceux qui sont malades.* » *Responsable de vaccination centre de santé de Sebkha*

③ QU'EST-CE QUI A FACILITE CETTE STRATEGIE ?

Plusieurs facteurs ont permis à SOS PE de déployer sa stratégie :

- sensibilisation avec la boîte à images des relais communautaires ;
- un travail coordonné entre les communautaires et les AS ;
- la prise des coordonnées des patient.e.s pour le suivi des rendez-vous ;
- l'annonce des campagnes dans les médias, les sms... permettent d'informer en amont ;
- la mise à disposition des moyens logistiques et des ressources humaines par SOS PE.



④ QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?

Les principaux obstacles et les solutions efficaces mises en œuvre sont :

Obstacles et difficultés rencontrées		Solutions développées par SOS PE
	Des personnes illettrées et sans coordonnées pour les recontacter pour le suivi	<input checked="" type="checkbox"/> Les relais effectuent des visites à domicile pour le suivi au moment des rappels des doses.
	Des croyances culturelles défavorables à la vaccination	<input checked="" type="checkbox"/> Une sensibilisation et CCC.
	Refus dans certains ménages, notamment certains groupes ethniques étrangères (bambara) sont réfractaires.	<input checked="" type="checkbox"/> SOS PE a formé un relais bambara pour sensibiliser les familles.

⑤ QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS PAR LA CLINIQUE MOBILE ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?

Bien que la vaccination ne soit pas un axe prioritaire de la stratégie de **SOS PE**, l'action des relais a permis de rehausser de façon significative les indicateurs de vaccination. Quelques chiffres-clés illustrent parfaitement les bons résultats obtenus par les **FOSA** :

- 📌 meilleure couverture vaccinale grâce au respect des calendriers de la vaccination ;
- 📌 récupération des enfants non vaccinés (zéro dose) ;
- 📌 PEC des enfants malades : plusieurs cas de polyurie diagnostiqués chez des enfants soignés avec des méthodes traditionnelles.



« Sans les relais, les campagnes ne sont pas productives, ex 2024, campagnes sans relais, les résultats sont faibles. Ceci illustre bien le rôle essentiel des relais dans la mobilisation des cibles. » Sage-femme, CS de Sebka



« La recherche des cibles se fait en amont pour identifier les enfants et sensibiliser les familles. Sur demande de la DRS de Nouakchott sud, SOS PE a déployé des relais à Arafat pour mobiliser les communautés. Les autorités attestent que ce fut leur meilleure campagne puisqu'en 10 jours, ils ont vaccinés plus de 4000 enfants. » Président de SOS PE

⑥ QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?

- I. Les relais communautaires sont décisifs pour mobiliser et améliorer la couverture; leur absence affaiblit les résultats.
- II. Adapter les actions aux croyances locales, avec des relais formés dans les groupes réticents, lève les freins.
- III. Une coordination étroite avec les autorités sanitaires optimise le déploiement des relais et des campagnes.
- IV. L'implication des leaders locaux (parents, religieux) renforce fortement la mobilisation.
- V. Rester flexible et adapter les stratégies aux besoins spécifiques des communautés.
- VI. Le succès exige une planification rigoureuse et des ressources logistiques et humaines suffisantes.
- VII. La sensibilisation en amont et continue, via une communication proactive, conditionne le succès.

EVALUATION GLOBALE DE L'APPROCHE

	Effets et/ou impacts mesurables :	?/10
	Reproductibilité, adaptation ou développement dans d'autres contextes :	?/10
	Efficacité en termes de temps, de financements et de ressources humaines :	?/10
	Pérennité et durabilité au-delà du projet :	?/10
	Implication des bénéficiaires dans les décisions qui les concernent :	?/10
	Conformité avec les valeurs de SOS PE et les principes éthiques fondamentaux :	?/10

⑦ QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?

Passage à l'échelle guidé par la cartographie des "zéro-dose" et des zones à faible couverture.

- ④ **Institutionnalisation des relais** dans les dispositifs de supervision et budgétisation des structures de santé
- ④ **Intégration multiservices** : vaccination couplée à nutrition, santé maternelle, scolaire et dépistages.
- ④ **Partenariats renforcés** : autorités, leaders communautaires, écoles, médias, opérateur téléphonique/transport.
- ④ **Stratégies ciblées pour nomades**, urbains précaires, minorités linguistiques et ménages hésitants.
- ④ **Renforcement des capacités** : formation continue, accréditation, incitations et assurance qualité des relais.
- ④ **Preuves et plaidoyer** : mesure coûts/impact, capitalisation, diffusion et intégration dans les politiques nationales.
- ④ **Financement durable** : mix budgets publics, bailleurs, et contrats basés sur la performance.
- ④ **Résilience** : plans anti-ruptures (chaîne du froid), gestion des rumeurs, sécurité du personnel et continuité en crise.



📄 Les acteurs-clés à mobiliser :

- 🕒 Les femmes leader dans les quartiers /localités
- 🕒 Les leaders religieux
- 🕒 Les associations des parents d'élève
- 🕒 Les représentants des communautés et des autres organisations de la société civile.

📄 Quels équipements et matériels prévoir pour une sensibilisation et mobilisation efficace d'un public peu instruit ?

- 🕒 assurer une bonne coordination avec les autorités sanitaires locales ;
- 🕒 s'appuyer sur une approche participative impliquant les communautés bénéficiaires.

📄 Les étapes à suivre pour une campagne de sensibilisation pour un CCC autour de la vaccination :

- 🕒 Diffuser l'information dans les médias et les réseaux sociaux
- 🕒 Définir un calendrier pour la sensibilisation (en amont) et celui de la vaccination
- 🕒 Définir les rôles et les responsabilités des tous les intervenants
- 🕒 Formaliser l'action
- 🕒 Définir un mécanisme de suivi et partager les rapports d'activités

📄 Quelques conseils pour le bon déroulement d'une séance de sensibilisation :

- 🕒 Assurer une bonne coordination entre communautaire et AS;
- 🕒 S'appuyer sur une approche participative impliquant les communautés (leaders) bénéficiaires.



Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:

www.sospairs.org 



Projet PASSERELLES : Programme d'appui à l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive pour le renforcement de la lutte contre le VIH, la TB, le paludisme et leurs co-infections selon une approche genre

FICHE DE
CAPITALISATION

5

LES KIOSQUES DANS LES FOSA

PERMANENCE DES RELAIS ET DES ACTIVITES COMMUNAUTAIRES



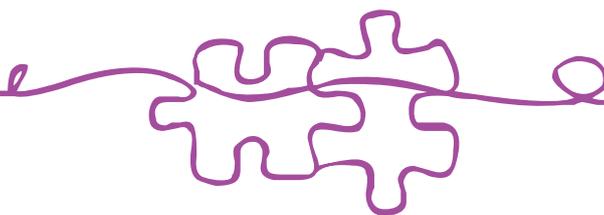
10 Pages



Septembre
2025

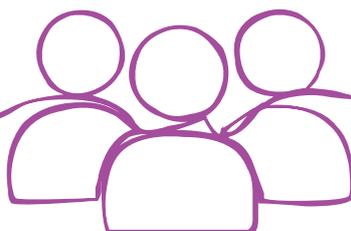


Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:
www.sospairs.org



SOMMAIRE

1. QUEL EST L'INTERET D'AVOIR DES ESPACES DEDIES AUX ACTIVITES COMMUNAUTAIRES DANS LES FOSA ?	3
2. COMMENT SOS PE EST PARVENUE A DEVELOPPER DES KIOSQUES DANS LES CENTRES DE SANTE ?	4
3. QU'EST-CE QUI A FACILITE L'INSTALLATION DES KIOSQUES DANS LES FOSA ?	7
4. QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?	8
5. QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS SUITE A L'INSTALLATION DES KIOSQUES DANS LES FOSA ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?	8
6. QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?	9
7. QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?	10



① QUEL EST L'INTERET D'AVOIR DES ESPACES DEDIES AUX ACTIVITES COMMUNAUTAIRES DANS LES FOSA ?



Ce qui se traduit par (i) une présence permanente de relais au sein des FOSA et (ii) une offre de service communautaire intégré aux activités des FOSA

Pourquoi les kiosques ?

Les kiosques sont des espaces dédiés dans les **FOSA**, animés par des relais communautaires pour proposer des services de prévention et de promotion de la santé. Dans les centres de santé, leurs missions sont d'accueillir, orienter et sensibiliser les usager.e.s et proposer des dépistages des maladies transmissibles (VIH, IST, etc..) et distribuer des produits et consommables de prévention des IST (ex : préservatifs).

SOS PE installe ses kiosques dans des centres de santé périurbains et ruraux qui enregistrent une fréquentation d'environ 1 000 consultations mensuelles. Les relais interviennent dans les zones de l'aire de santé pour sensibiliser, orienter et accompagner les communautés vers la **FOSA** et au sein de la structure. Ils.elles orientent les usager.e.s vers les services et profitent de l'opportunité des contacts éphémères pour faire connaître et proposer les services du kiosque. Ainsi, l'action des relais contribuent, d'une part à rapprocher les communautés des **FOSA** et, d'autre part, à améliorer la qualité de l'accueil et de l'offre de service.



L'aménagement d'un espace dédié aux relais (kiosques) dans les **FOSA**, marque le caractère tangible et permanent de la présence des communautaires au sein des structures de santé. Cette proximité permet de mieux appréhender les besoins prioritaires du centre de santé et réorganiser les ressources afin d'y répondre davantage. A titre d'exemple, en 2024, **SOS PE** a aménagé l'espace d'accueil (hangar et toilette) pour les patient.e.s ainsi qu'un kiosque pour les activités des relais. Ceci a induit l'ajustement du schéma de de circuit patient.e. afin que ces derniers bénéficient, en plus des soins, des services de prévention. Pour cela, les agents de santé et les relais ont redéfinis en commun un parcours, et articulé leur champ d'action afin d'assurer un meilleur parcours de soin pour les usager.e.s.





« Les relais ont un savoir-faire en matière de CCC. Nous n'avons pas toujours le temps nécessaire pour expliquer et sensibiliser les patient.e.s. Depuis qu'il y a les kiosques, nous leurs (RC) envoyons les patient.e.s qui ont besoin d'être sensibilisé.e.s et suivis dans le temps (CPN, PTME, observance, etc..). Dans le fonctionnement de nos services, il y a une véritable coordination que se fait. Les relais sont les premiers points de contact. Ils.elles informent, orientent et sensibilisent les publics dans l'espace d'attente. Nous les sollicitons pour des counseling avant les dépistages, sensibilisation sur les CPN, l'allaitement, l'hygiène etc.... et pour le suivi et la rétention dans les soins. Pour toutes les activités externes telles que les campagnes de vaccination, de prévention, etc.... ils.elles sont force de mobilisation. » **Sage-femme maitresse du centre de santé de Rosso**

② COMMENT SOS PE EST PARVENUE A DEVELOPPER DES KIOSQUES DANS LES CENTRES DE SANTE ?

Amélioration de l'accès et la qualité de l'offre des services

Intégrer une offre de service communautaire dans les FOSA au niveau primaire et communautaire s'inscrit dans la stratégie nationale en santé communautaire 2023-2027 qui prône un système de santé plus inclusif, notamment pour les populations vivant dans les zones les plus reculées et/ou les populations les plus vulnérables, en mettant l'accent sur la prévention des maladies et la promotion de la santé pour réduire l'incidence des maladies évitables. Afin de rendre effectif cette approche, SOS PE forme, outille et déploie des RC dans les FOSA au niveau primaire et communautaire. La construction de kiosque acte la présence physique des RHS communautaires dans les FOSA et est la continuité directe de la coordination des acteurs communautaires avec le système et de la gestion conjointe des RC. Ainsi, depuis 2015, SOS PE a aménagé une demi-douzaine de kiosques qui sont encore fonctionnels, bien que les financements des projets dans lesquels ils ont été implantés se soient arrêtés. Ils sont gérés par les FOSA et animés par des relais communautaires de SOS PE. Tous ces kiosques ont été déployés dans le cadre de projets catalyseurs d'une durée d'au moins deux ans pour créer un cadre solide d'intégration des relais dans les FOSA et produire des résultats probants.

- ↘ **Kiosque du centre de santé dar el Beda, EL mina** : fonctionnel depuis 2015 alors que le projet est achevé depuis 2018.
- ↘ **Kiosque du centre de santé de kissal** : fonctionnel depuis 2016, alors que le projet est achevé depuis 2028. A noter que le centre avait été détruit (et le kiosque avec) et reconstruit dans le cadre du projet PASS financé par l'Union européenne (projet de reconstruction des centres de santé et hôpitaux). A la réouverture, les autorités sanitaires ont maintenu le concept de kiosque et DRS d'El Mina a remis les clés du nouvel espace communautaire à SOS PE pour déployer des relais et

animer l'espace. Ceci indique la reconnaissance des autorités sanitaires de l'utilité des kiosques dans les FOSA.

- ⤵ **Kiosques à Rosso et Nouadhibou** : en 2024.

Les différentes étapes

- ⤵ Avec les responsables des FOSA, définition et validation des objectifs et des paquets d'activité communautaires.
- ⤵ Définir et articuler les rôles et les responsabilités des relais et des agents de santé pour la gestion des kiosques :
 - ⤵ Les agents de santé proposent des thématiques à aborder pour sensibiliser les usagers des services.
 - ⤵ Les relais informent, sensibilisent, dépistent, orientent et accompagnent vers les services (soins, accès aux forfaits, etc...).

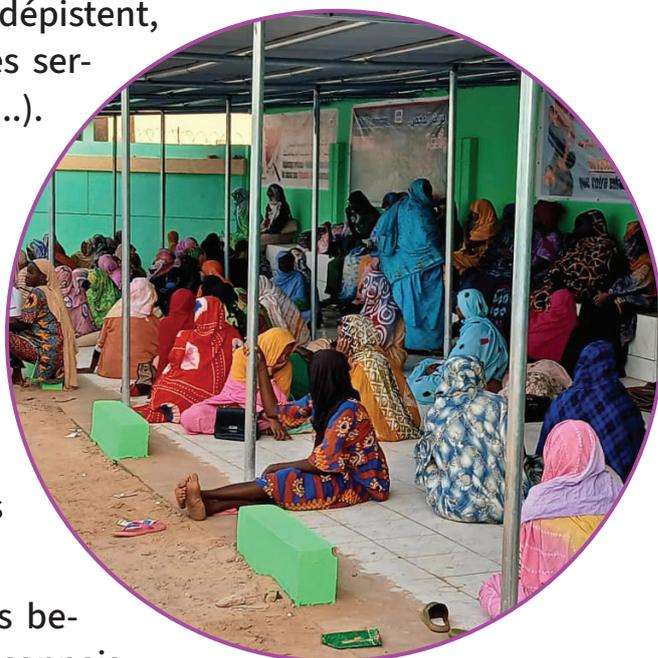
Quels sont les services ?

Les kiosques matérialisent l'intégration effective des actions communautaires au sein des FOSA.

- ⤵ **Faciliter la qualité de l'accueil** : les centres de santé ont plusieurs services. Les relais orientent les usagers afin qu'ils ne se sentent pas perdus.
- ⤵ **Sensibilisation** : ils évaluent les besoins des usagers et renforcent leurs connaissances sur les maladies et la prévention (CPN pour les femmes enceintes, la vaccination etc...).
- ⤵ **Dépistage** des IST (VIH, VHB, syphilis), diabète, hypertension artérielle, etc.... les RC proposent des tests rapides et si les résultats s'avèrent positifs, ils orientent les individus vers le laboratoire du centre de santé pour faire les tests de confirmations, et l'unité de prise en charge pour entrer dans les soins.
- ⤵ **Accompagnement des patients** pour le suivi dans le parcours de soin et l'observance, avec **des visites à domicile**, des entretiens téléphoniques, etc...

Par ailleurs, les RC facilitent la remontée d'information concernant les attentes des populations et la satisfaction des patients et de leurs familles concernant l'offre de soins, et sont à l'initiative d'actions simples permettant de renforcer la satisfaction et on peut noter entre autres :

- ⤵ **Assainissement** des centres en organisation des campagnes périodiques avec des agents de santé.



- ↻ **Échanges mutuels de bonnes pratiques** avec les agents de santé, notamment sur la confidentialité et l'hygiène dans les centres de santé. Réciproquement, les agents de santé renforcent leurs connaissances sur les aspects médicaux afin de mieux sensibiliser les usager.e.s sur l'observance et le suivi médical entre autres.

Les relais travaillent également hors des centres, auprès des communautés des aires de santé pour promouvoir le recours aux soins et à la prévention. Au niveau des FOSA, ils.elles travaillent sur l'hygiène des structures à travers des campagnes mensuelles d'assainissement en mobilisant les associations environnantes. Par ailleurs, SOS PE appuie les centres pour aménager un espace d'accueil afin d'offrir un cadre avenant dès l'entrée.

Pérennité des kiosques

L'aménagement étant financé dans le cadre d'un projet, l'espace est animé par des relais formés. Par conséquent, à la fin du cycle de financement l'ouvrage reste, ainsi que les activités qui y sont intégrées. Par ailleurs, les relais sont placés sous la responsabilité des chefs de services (sages femmes maitresses, majors, etc..) qui définissent les besoins en amont. Ceci les positionne de fait comme leaders, et les prépare à la gestion des kiosques.



« Avant, les agents de santé ne nous donnaient pas assez d'importance, dès qu'on venait dans CS ils cherchaient à savoir si on avait prévu leur motivation (donner de l'argent). Dès qu'elles/ils ont su que c'est pour réaliser des activités communautaires, des sensibilisations pour donner des informations clés aux patient.e.s, ils/elles nous ferment toutes les portes. Depuis que nous travaillons ensemble dans des activités en commun, et qu'ils/elles voient leurs indicateurs de santé monter, ils/elles nous ouvrent les portes. Maintenant ce sont les sages femmes qui nous sollicitent pour donner des informations aux patien.t.e.s et faire les counselings. » Relais





« Les AS sont entre 4 murs et chargés. Le service communautaire est une branche avancée des FOSA : l'action des relais se poursuit au-delà de l'enceinte d'une FOSA. Ils.elles identifient les symptômes initiaux, luttent contre l'inaction en orientant au début de la maladie vers les FOSA et accompagnent les patient.e.s qui n'ont pas assez d'autonomie pour s'auto-suivre. » **Djibril SY, SOS PE**

③ QU'EST-CE QUI A FACILITE L'INSTALLATION DES KIOSQUES DANS LES FOSA ?

Plusieurs facteurs ont favorisé le rapprochement entre les AS et les RC afin de créer des conditions favorables pour installer et intégrer les services communautaires dans les activités des FOSA dont notamment :

- ④ Les résultats probants de l'action des RC dans la mobilisation des communautés lors des activités avancées notamment les campagnes de vaccinations.
- ④ Les appuis logistiques non programmés dans les projets (mobilisation de la clinique mobile et des RC) des activités des FOSA sans contrepartie financière.
- ④ Les stages conjoints des AS et RC dans des structures qui ont adoptés l'approche communautaire afin de leur montrer des expériences réussies et ses avantages.
- ④ La durée des projets (3 ans en moyenne) offre le temps nécessaire pour venir à bout des idées reçues
- ④ La proximité permet aux AS de percevoir le professionnalisme des RC.



« La sensibilisation à base communautaire porte ses fruits. Nous observons des changements de comportement des populations pour aller se faire soigner, connaître leur statut, s'ils ont des enfants, les faire vacciner. » **Khassoum BA, DRS du Trarza**

④ QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?

L'installation des kiosques a rencontré quelques difficultés, mais les acteurs du projet **PASSERELLES** ont su trouver et mettre en œuvre des solutions efficaces pour les surmonter :

Obstacles et difficultés rencontrées		Solutions développées par SOS PE
	Convaincre les responsables des FOSA de l'utilité des kiosques	<ul style="list-style-type: none"> ☑ SOS PE a proposé des stages aux AS pour voir des expériences réussies. ☑ SOS Appuyé les DRS à l'atteinte des indicateurs de santé.
	Souvent l'aménagement demande des moyens financiers importants dont les dépenses ne sont pas prévues dans les lignes budgétaires des projets	<ul style="list-style-type: none"> ☑ SOS a mutualisé des financements de plusieurs projets pour couvrir les investissements conséquents, toutefois en « one shot ». ☑ Les kiosques sont conçus pour se pérenniser au-delà des projets en cours.
	Accepté au niveau du centre	<ul style="list-style-type: none"> ☑ SOS PE puise dans ses frais de fonctionnement.

⑤ QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS SUITE A L'INSTALLATION DES KIOSQUES DANS LES FOSA ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?

Les changements les plus notables, induits par l'action des communautaires sont l'évolution de l'offre de service tel que l'initiation à la CPN dans certains postes de santé, l'augmentation de la couverture vaccinale et plus globalement l'amélioration des indicateurs de santé dans les centres de santé.

Avec l'installation des kiosques dans les centres de santé, on observe plusieurs évolutions positives en termes d'offre et d'organisation des soins qui se traduisent par :

- ☑ une meilleure articulation entre les services communautaires dans l'offre de service des FOSA ;
- ☑ intégration des dépistages (VIH/VHB, syphilis), suivi des femmes enceintes, etc. ;
- ☑ amélioration des parcours de soins, l'accueil et l'accompagnement ;
- ☑ amélioration des suivis des patients (respect des RDV).



« Le travail d'information, sensibilisation que font les Sage-femmes dans un cadre interpersonnel, est fait par les relais, plus en profondeur et à plus grande échelle. Avec la nouvelle organisation, l'accueil est un espace d'information/sensibilisation sur la promotion de la santé, animé par les RC. Lors des consultations, les AS complètent les informations transmises par les relais. » **Sage-femme**

⑥ QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?

Les kiosques sont la pérennisation des activités à moindre coût et la collaboration se poursuit entre deux cycles de financement (pas de rupture). Plusieurs leçons apprises, dont, entre autres :

- I. Les kiosques communautaires dans les **FOSA** sont l'aboutissement d'un processus d'intégration des communautaires dans les **FOSA** et ceci nécessite du temps pour construire à la fois les relations et la vision stratégique commune.
- II. La présence des relais communautaires dans les **FOSA** permet d'activer des dispositions de prévention prévus dans la stratégie nationale de santé communautaire.
- III. La présence permanente des relais dans les centres de santé favorise leur rapprochement avec les **AS** et, à travers les activités avancées, encourage ces derniers à aller vers les communautés pour effectuer leur mission de prévention et de promotion de la santé.
- IV. Le renforcement des compétences des **AS** à travers les formations proposées dans les projets, notamment sur les aspects communautaires, la prévention et promotion de la santé, sont utiles pour remplir leurs missions.
- V. L'emplacement idéal est un local situé à l'entrée des **FOSA**, à proximité de l'espace d'accueil des services.
- VI. Identifier les services disponibles pour adapter les nombres de relais nécessaire.



EVALUATION GLOBALE DE L'APPROCHE

	Effets et/ou impacts mesurables :	8/10
	Reproductibilité, adaptation ou développement dans d'autres contextes :	9/10
	Efficacité en termes de temps, de financements et de ressources humaines :	6/10
	Pérennité et durabilité au-delà du projet :	8/10
	Implication des bénéficiaires dans les décisions qui les concernent :	7/10
	Conformité avec les valeurs de SOS PE et les principes éthiques fondamentaux :	10/10

⑦ QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?

L'objectif de SOS PE c'est la pérennisation de l'intégration des actions communautaires dans les FOSA. Ceci permet la structuration des rôles des communautaires dans les activités des FOSA. SOS PE plaide pour la délégation des tâches sur les préventions et de promotion de la santé.

Quelques améliorations pourraient être apportées dans l'organisation des actions :

- ⌚ Impliquer les FOSA (AS) dans la gestion des kiosques en initiant des réunions périodiques de planification e de suivi des activités (et des indicateurs) ;
- ⌚ Former les AS sur l'approche communautaire ;
- ⌚ Impliquer la mairie dans les activités qui concernent la gestion des ouvrages, puisqu'en cas d'incident, c'est elle qui a la compétence pour l'assainissement.





Combien de relais pour constituer une équipe d'animation d'un kiosque communautaire ?

- ⊗ Au moins trois relais communautaires dont au moins un.e expérimenté.e pour chaque permanence.

Quels équipements et matériels prévoir pour un kiosque communautaire efficace ?

- ⊗ Deux pièces avec un bureau pour l'équipe et une salle d'animation, ou à défaut de chaises (ou un tapis) dans l'espace d'accueil pour organiser des causeries.
- ⊗ Du matériel de projection (écran, vidéo projecteurs ...) pour diffuser les messages clés.

Programme-type d'activités sont proposées :

- ⊗ Accueil et orientation vers les différents services dans le centre
- ⊗ Sensibilisation à travers des entretiens individuels et des causeries éducatives (CPN, IST, etc.)
- ⊗ Dépistages communautaires du VIH, VHB, syphilis dans et autour de l'ère du centre
- ⊗ Accompagnement au laboratoire pour faire les tests confirmations
- ⊗ Prise des coordonnées des patient.e.s pour le suivi (rappels des RDV, etc.)
- ⊗ Suivi des positifs afin d'éviter les perdus des vues
- ⊗ Distribution de matériel de prévention des IST
- ⊗ Identifier les malades dans l'ère du centre de santé et les orienter vers les soins

Visites à domicile

- ⊗ Campagnes périodiques d'assainissement du centre de santé avec AS
- ⊗ Activités avancées hors du centre avec les AS pour des activités de sensibilisation,

Les outils employés par SOS PE :

- ⊗ Des affiches, flyers
- ⊗ Des vidéos

Quelques conseils pour une mise en place efficace d'un kiosque communautaire :

- ⊗ Assurer une bonne coordination avec les cadres des FOSA ;
- ⊗ S'appuyer sur une approche participative impliquant les AS dans la définition des paquets d'activités.



Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:

www.sospairs.org 



Projet PASSERELLES : Programme d'appui à l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive pour le renforcement de la lutte contre le VIH, la TB, le paludisme et leurs co-infections selon une approche genre

FICHE DE
CAPITALISATION

6

ÉTUDE DE TERRAIN EN AMONT DES INTERVENTIONS :

STRATEGIE D'ALLER VERS POUR IDENTIFIER ET MOBILISER LES POPULATIONS-CLES



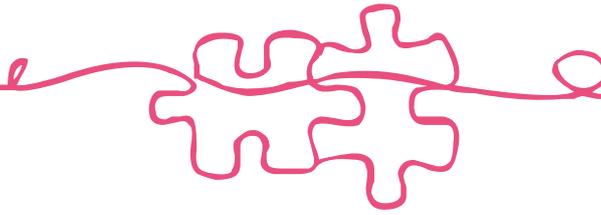
11 Pages



Septembre
2025

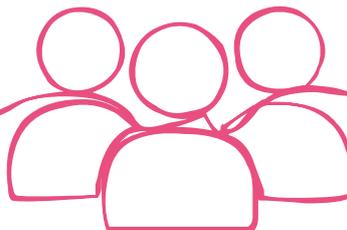


Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:
www.sospairs.org



SOMMAIRE

1. POURQUOI ETAIT-IL NECESSAIRE DE DEVELOPPER CETTE STRATEGIE ?	3
2. COMMENT PROCEDE SOS PE POUR REALISER CE DIAGNOSTIC DES BESOINS ?	4
3. QU'EST-CE QUI A FACILITE CETTE STRATEGIE ?	6
4. QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?	6
5. QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?	7
6. QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?	8
7. QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?	9



① POURQUOI ETAIT-IL NECESSAIRE DE DEVELOPPER CETTE STRATEGIE ?

Les relais communautaires (RC), acteurs clés de la mobilisation des populations clés, sont souvent amenés à intervenir dans différentes localités en fonction des besoins des projets. Cependant, cette mobilité représente un défi majeur : chaque territoire a ses propres dynamiques sociales, ce qui rend difficile pour les RC d'établir rapidement les liens de confiance indispensables à une mobilisation efficace. Par ailleurs, les populations clés, fréquemment exposées à des discriminations et à diverses formes de répression, manifestent une méfiance accrue envers les nouveaux intervenants. Cette défiance entrave leur accès à une information sanitaire pertinente et adaptée à leurs besoins, et limite leur adhésion aux services qui leur sont destinés.

Or, dès leur déploiement, les RC sont contractuellement tenus d'atteindre des résultats concrets. Pour y parvenir, ils doivent déployer des efforts considérables afin de localiser et d'établir un premier contact avec les populations clés. Ces efforts, parfois très intensifs – impliquant notamment des sorties tardives et répétées – ne se traduisent pas toujours par des résultats significatifs, que ce soit à court ou à moyen terme.

À l'inverse, les RC qui obtiennent des résultats rapides sont généralement ceux qui bénéficient de liens préexistants avec les communautés ciblées. Leur intégration dans les réseaux sociaux locaux leur permet d'être plus facilement et plus rapidement introduits auprès des personnes concernées, ce qui renforce l'efficacité de leurs actions.

Dans le cadre des campagnes avancées de prévention, l'enjeu consistait donc à améliorer ces relations et cette connaissance du terrain pour faciliter la mobilisation et l'adhésion des populations cibles. C'est dans cette optique que, sur la base des retours d'expérience fournis par les RC, l'équipe de SOS PE a décidé de systématiser la réalisation d'études de terrain en amont des interventions.



② COMMENT PROCÈDE SOS PE POUR RÉALISER CE DIAGNOSTIC DES BESOINS ?

La réalisation des études de terrain repose sur un diagnostic initial effectué lors d'une mission exploratoire d'un à deux jours. Cette phase préliminaire permet d'arpenter la zone d'intervention, de rencontrer les communautés locales et leurs leaders, et de valider les besoins identifiés auprès des populations.

Pour chaque localité ciblée par l'association, la méthodologie s'organise selon trois étapes clés, s'inscrivant dans une approche participative qui implique activement les principaux acteurs locaux :

↪ Elle consiste tout d'abord à identifier et à mobiliser les

leaders communautaires : d'une part les responsables des groupes d'hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HSH) et celles des groupes de travailleuses du sexe (TS), et d'autre part les femmes qui accueillent chez elles ces populations-clés (une configuration socialement plus tolérée en Mauritanie, notamment lorsqu'il s'agit d'espaces fréquentés par les HSH). L'objectif est de se rendre dans les lieux de rencontres et de convivialité considérés comme sûrs par les communautés, d'observer les comportements, les pratiques et les interactions entre les individus, et d'établir les premiers contacts.



↪ **Elle nécessite ensuite d'organiser des temps d'échanges avec des personnes-ressources** : Une fois les leaders communautaires identifiés, des séances d'échange sont organisées sous forme de sensibilisations, au cours desquelles les RC distribuent du matériel de prévention contre le VIH. Ces rencontres permettent également d'identifier des personnes-ressources susceptibles d'agir comme intermédiaires stratégiques dans l'accès aux populations-clés. Ces intermédiaires jouent un rôle essentiel : ils facilitent une compréhension fine du terrain et permettent aux RC de pénétrer des cercles sociaux souvent fermés ou méfiants à l'égard d'intervenants extérieurs. Toutefois, pour garantir leur engagement effectif, il est indispensable de prévoir des modalités concrètes de motivation. Une compensation financière ainsi que la fourniture de collations lors des rencontres sont des éléments clés de cette dynamique de mobilisation.

↪ **Grâce à ce travail préalable, l'équipe de SOS PE peut procéder à l'analyse conjointe des informations obtenues**, avec l'appui des leaders et des intermédiaires. Cette analyse conjointe porte à la fois sur la composition et les dynamiques des communautés (les personnes à mobiliser pour le dépistage, leurs lieux de ren-

contres, comportements à risque, etc.) et sur leurs besoins spécifiques en matière d'accès aux services de prévention, de dépistage et de soins. Ce travail préparatoire est crucial pour adapter les interventions aux réalités locales, de renforcer la pertinence et maximiser l'impact.



« Lors de ma mission à Nouadhibou, j'ai identifié pour la première fois une maison clandestine ('clando') dans une zone que je ne connaissais pas auparavant. Mon objectif était de repérer ce lieu discret souvent fréquenté en cachette par des hommes, notamment à la tombée de la nuit. J'ai utilisé une approche d'observation : aux alentours de 20h, je surveillais les entrées et sorties, en prêtant attention aux maisons isolées avec une fréquentation inhabituelle d'hommes qui, parfois, cachaient leur visage avec des turbans. Pour mieux comprendre le contexte et établir un contact, j'ai décidé d'adopter une approche discrète et stratégique : me faire passer pour un client.

En entrant dans la maison, j'avais avec moi un paquet de préservatifs sur lequel j'avais inscrit mes coordonnées. Une fois à l'intérieur, j'ai engagé la conversation et profité de cette occasion pour présenter concrètement les services de prévention et de dépistage. Avant de partir, j'ai laissé les préservatifs en précisant qu'en cas de besoin, elles pouvaient me contacter. Vu qu'elles étaient dans le besoin, elles m'ont contacté dès le lendemain et ont partagé mes coordonnées avec leurs collègues. » **Un relais communautaire à Nouadhibou**

Une fois ce diagnostic achevé, les informations recueillies sont transmises à l'ensemble de l'équipe ainsi qu'aux responsables de SOS PE. Cela leur permet :

- Ⓣ d'enrichir leur compréhension du contexte local ;
- Ⓣ d'adapter les stratégies en fonction des spécificités du milieu ;
- Ⓣ de planifier les actions futures cohérentes avec les besoins identifiés ou exprimés ;
- Ⓣ et de mobiliser les ressources appropriées afin d'optimiser l'efficacité des interventions à venir.



③ QU'EST-CE QUI A FACILITE CETTE STRATEGIE ?

La réussite de cette pratique repose sur différents facteurs déterminants :

	Son caractère participatif et collectif qui permet aux populations concernées d'exprimer librement leurs besoins de santé et de donner leur avis sur les services proposés ;
	L'implication forte des leaders communautaires et leur motivation en tant que personnes-ressources, qui facilite les échanges avec les communautés et l'identification des publics-cibles ;
	La formation des RC, qui favorise la création d'un climat de confiance et de bienveillance entre intervenants et bénéficiaires des actions ;
	La disponibilité gratuite des services de santé communautaire de proximité, qui encourage les populations à adhérer au dispositif et à recourir à ces services via la porte d'entrée du dépistage.

④ QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?

La mise en œuvre de cette pratique a cependant rencontré plusieurs défis majeurs, certains ayant été surmontés grâce à des stratégies adaptées, tandis que d'autres nécessitent encore des efforts continus.

Parmi ces défis, le principal - et l'un des premiers identifiés par **SOS PE** - concernait l'acceptation des interventions par les populations clés. Cette adhésion nécessitait de surmonter une méfiance initiale liée à plusieurs facteurs, tel le manque d'information fiable sur les services existants, ou la stigmatisation sociale, avec la crainte d'être identifié ou déclaré puis d'être jugé en raison de son identité de genre, de son orientation sexuelle ou de ses pratiques sexuelles. Différentes stratégies ont été adoptées pour surmonter cet obstacle, parmi lesquelles :

- Ⓣ L'implication des leaders de ces groupes de populations-clés (HSH, TS) ;
- Ⓣ Le déploiement d'actions en stratégie avancée dans une logique d'aller vers à travers la clinique mobile ; (renvoi vers la fiche 6)
- Ⓣ L'ouverture de l'UPEC Communautaire, un espace d'accueil bienveillant dédié à ces populations. (renvoi vers la fiche 4)

La précarité sociale et économique des populations constituait un autre frein important à leur mobilisation, que **SOS PE** a dû prendre en compte. A cet égard, la décision de motiver financièrement les leaders communautaires et de proposer des collations aux participants aux sessions de sensibilisation a été décisive pour lever cet obstacle.

⑤ QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?

L'étude de terrain en amont des interventions a engendré des effets significatifs sur l'organisation du travail et sur la qualité des interventions, en particulier :

↻ **Une amélioration des conditions de travail et de l'efficacité des interventions:** les RC ne se focalisent pas sur l'atteinte immédiate d'objectifs quantitatifs, tels que l'incitation au dépistage dès les premiers jours. Leur démarche privilégie d'abord une immersion dans le milieu, afin de mieux comprendre son fonctionnement et ses besoins spécifiques. Cette approche favorise une préparation plus adaptée des activités.

↻ **Un Dispositif renforcé grâce aux données précises collectées :** les études de terrain fournissent aux RC et à l'équipe de gestion du projet, des informations précises et fiables, facilitant ainsi leur travail et notamment en réduisant les incertitudes liées à l'action sur le terrain. Ce meilleur ciblage se traduit par des résultats probants en matière de recours à la prévention, au dépistage et aux soins, notamment :

- ↻ Une augmentation de la demande en matériel de prévention ;
- ↻ Une forte hausse de taux de positifs détectés et d'inclusion dans les soins ;
- ↻ Un changement de comportements des bénéficiaires, qui s'inscrivent de manière plus systématique dans un continuum de soins après le dépistage.

↻ **Une planification et une gestion optimisées :** L'exploitation des données recueillies permet une planification plus efficace des interventions. Par conséquent, les ressources, qu'elles soient matérielles, financières ou humaines, sont allouées de manière cohérente et adaptée aux actions programmées, maximisant ainsi leur impact.



⑥ QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?

- I. Cette stratégie valorise une gestion des RC en tant qu'acteurs stratégiques et pas simplement opérationnels. Pour assurer l'efficacité de leur rôle, il est essentiel de les former, les outiller et leur accorder le temps d'analyser et de comprendre les réalités du terrain. Cela suppose de prendre en compte plusieurs dimensions interdépendantes : la formation, les outils, la logistique, le budget et le temps dédié à l'étude de terrain.
- II. La réalisation systématique des études de terrain, conduites de manière collective et participative avec les communautés concernées, constitue le socle des interventions à venir, qu'il s'agisse de campagnes de prévention, des déplacements de la clinique mobile ou des visites à domicile chez les personnes accompagnées par l'association.
- III. Cette stratégie de diagnostic des besoins s'avère particulièrement efficace, car elle permet d'identifier et de mobiliser rapidement les publics-cibles et d'assurer une allocation optimale des ressources grâce à une meilleure préparation des interventions.
- IV. Les effets positifs de cette approche sont perceptibles à différents niveaux : facilitation du travail des relais communautaires, accès facilité aux populations ciblées, déroulement plus fluide et structuré des interventions, ainsi qu'une amélioration notable de la qualité et de la pertinence des actions menées.
- V. En impliquant activement les bénéficiaires dans les décisions qui les concernent, les études de terrain participatives favorisent la création d'un lien de confiance solide avec les communautés, constituant un gage de respect de leurs droits.
- VI. Grâce à ce lien de confiance instauré par le biais des relais communautaires, cette pratique s'inscrit dans une dynamique pérenne, permettant de répondre durablement aux besoins des populations ciblées.



EVALUATION GLOBALE DE L'APPROCHE

	Effets et/ou impacts mesurables :	8/10
	Reproductibilité, adaptation ou développement dans d'autres contextes :	7/10
	Efficacité en termes de temps, de financements et de ressources humaines :	6/10
	Pérennité et durabilité au-delà du projet :	8/10
	Implication des bénéficiaires dans les décisions qui les concernent :	?/10
	Conformité avec les valeurs de SOS PE et les principes éthiques fondamentaux :	?/10

⑦ QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?

Compte tenu des améliorations apportées à l'organisation des interventions et des services grâce aux études de terrain, **SOS PE** entend maintenir cette bonne pratique et dupliquer cette approche dans toutes ses zones d'intervention à travers l'ensemble des relais communautaire. L'association estime en outre que cette stratégie pourrait être adaptée dans d'autres contextes, comme la lutte contre l'hépatite B ou contre d'autres IST.

Pour cela, il s'agira de :

- Ⓣ Renforcer les compétences des RC sur cette méthode de diagnostic communautaire : connaissance du processus et disposer des outils adaptés (grilles d'observations/ fiches de collecte/guide d'entretiens, etc....) ;
- Ⓣ Adapter l'approche pour qu'elle ne soit pas uniquement dédiée à l'analyse des besoins des populations-clés mais puisse être employée aussi en population générale ;
- Ⓣ Partager cette expérience avec d'autres acteurs de la lutte contre le VIH, afin de les aider à mieux identifier leur cible et préparer leurs actions sur le terrain ;
- Ⓣ D'intègre dans les budgets les ressources nécessaires pour assurer la motivation et la participation active des leaders communautaires, ainsi que pour favoriser un cadre convivial lors des sessions de sensibilisation. Ces ressources comprennent entre autres :
 - Ⓣ **Des indemnités des leaders communautaires** en reconnaissance de leur engagement et du temps consacré aux activités.

- ↘ **Des frais de déplacement** pour les participants, afin de faciliter leur accès aux lieux des interventions.
- ↘ **Une Collations (rafraîchissements)** offerts aux participants durant les sessions pour encourager leur présence et leur confort.
- ↘ **Du matériel logistique** (Boite à image, équipements audio, visuels) si nécessaire pour la bonne tenue des sessions.
- ↘ **Des frais de communication** liés à la mobilisation des participants (affiches, SMS, appels téléphoniques).



**FICHE RECAP'
METHODO**

POUR UNE ETUDE DE TERRAIN EFFICACE

Les acteurs-clés à mobiliser :

Leaders communautaires

-  Personnes influentes au sein des groupes cibles (HSH, TS, PVVIH, etc.).
-  Capables de faciliter l'acceptation des interventions et de relayer les messages de prévention.
-  Pont essentiel entre les RC et les communautés.

Autorités locales et leaders traditionnels

-  Responsables administratifs, chefs de quartier ou leaders d'opinion.
-  Leur implication permet de légitimer l'intervention, d'éviter les résistances locales et de sécuriser les équipes.

Associations et collectifs communautaires

-  Organisations locales actives dans les domaines de la santé, des droits humains ou de la lutte contre les discriminations.
-  Partenaires pour la co-construction des stratégies d'intervention et la mobilisation des publics.

Professionnels de santé partenaires

-  Personnels des cliniques mobiles, centres de santé partenaires ou UPEC.
-  Nécessaires pour assurer le lien entre dépistage, soins, et accompagnement post-diagnostic.

Des outils pour un bon diagnostic communautaire :

Grilles d'observation

-  Outil d'analyse du terrain (lieux de rassemblement, pratiques à risques, dynamiques sociales).
-  Utilisé lors de sorties exploratoires ou de visites de repérage.

Entretiens semi-directifs

-  Permettent de recueillir des témoignages individuels riches, en laissant une certaine liberté de parole.
-  Utiles pour comprendre les vécus, les représentations de la santé, les besoins perçus, les freins à l'accès aux services.

Focus groups (discussions de groupe)

-  Favorisent l'expression collective de points de vue.
-  Efficaces pour identifier des problématiques partagées, valider des hypothèses ou tester des messages de prévention.

Cartographie participative (sociale ou géographique)

-  Réalisation collective de cartes identifiant les lieux clés : zones d'intervention, points de rencontre, risques, ressources disponibles.
-  Implique directement la communauté et permet une lecture visuelle du contexte.

Questionnaires simples ou formulaires de collecte

-  Utilisés pour collecter des données quantitatives (âge, genre, fréquence des comportements, accès aux services...).
-  Peuvent être administrés sur papier ou via des outils numériques (tablettes, smartphones, KoboToolbox...).

Les informations-clés à rassembler au cours d'une étude de terrain :

Identification des lieux stratégiques

-  Zones de fréquentation des populations clés (lieux de travail, de rencontre, de socialisation, de consommation...).
-  Lieux à risque (zones de transaction sexuelle, consommation de substances...).
-  Points de service existants (structures de santé, appuis sociaux, associations locales).

Profil et caractéristiques des populations rencontrées

-  Tranches d'âge, genre, orientation sexuelle, situation socio-économique.
-  Activité principale (travail, études, précarité...).
-  Niveau d'information sur la santé, le VIH, les droits, etc.

Besoins exprimés ou observés

-  Accès à l'information, au dépistage, aux soins et aux moyens de prévention.
-  Besoins en soutien psychologique, social ou matériel.
-  Demandes spécifiques des communautés en matière d'écoute, d'accompagnement, de confidentialité.

Obstacles à l'accès aux services

-  Peur de la stigmatisation, discriminations vécues, expériences négatives passées.
-  Manque d'informations fiables sur les services existants.
-  Contraintes géographiques, financières, horaires ou administratives.

Dynamiques sociales et rapports de pouvoir

-  Rôle des leaders communautaires, réseaux d'entraide, groupes de pairs.
-  Groupes influents ou bloquants (autorités locales, religieux, structures traditionnelles).
-  Relations interpersonnelles au sein des communautés (conflits, solidarité, etc.).

Perceptions et pratiques en matière de santé

-  Connaissances sur le VIH, IST, contraception, droits en santé.
-  Pratiques à risque (rapports non protégés, automédication, consommation...).
-  Attitudes vis-à-vis du dépistage, du traitement et du suivi médical.

Acteurs et ressources mobilisables

-  Associations locales actives, relais communautaires existants, partenaires techniques.
-  Services de santé partenaires ou à proximité.
-  Espaces de sensibilisation potentiels (quartiers, centres communautaires, événements).



Quelques conseils pour réussir son étude de terrain :

-  Assurer une approche discrète et respectueuse ;
-  Être flexible et s'adapter sur le terrain ;
-  Définir clairement ses objectifs ;
-  Prendre le temps d'observer et de comprendre.



Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:

www.sospairs.org 



© 2025, SOS Pairs Educateurs.

Projet PASSERELLES : Programme d'appui à l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive pour le renforcement de la lutte contre le VIH, la TB, le paludisme et leurs co-infections selon une approche genre

**FICHE DE
CAPITALISATION**

7

CREATION DE L'UPEC COMMUNAUTAIRE

**UN ESPACE DE PRISE EN CHARGE DANS UN
ENVIRONNEMENT BIENVEILLANT ET SECURISANT**



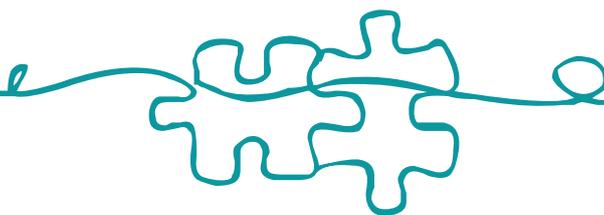
10 Pages



Septembre
2025

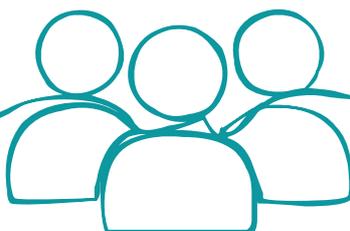


Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:
www.sospairs.org



SOMMAIRE

1. CONTEXTE SANITAIRE ET ENJEUX POUR LES POPULATIONS-CLES EN MAURITANIE?	3
2. COMMENT L'UPEC COMMUNAUTAIRE A ETE MISE EN ŒUVRE PAR SOS PE ET QUELS SERVICES PROPOSE-T-ELLE ?	4
3. QU'EST-CE QUI A FACILITE LE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE L'UPEC ?	6
4. QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?	7
5. QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?	7
6. QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?	8
7. QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?	10

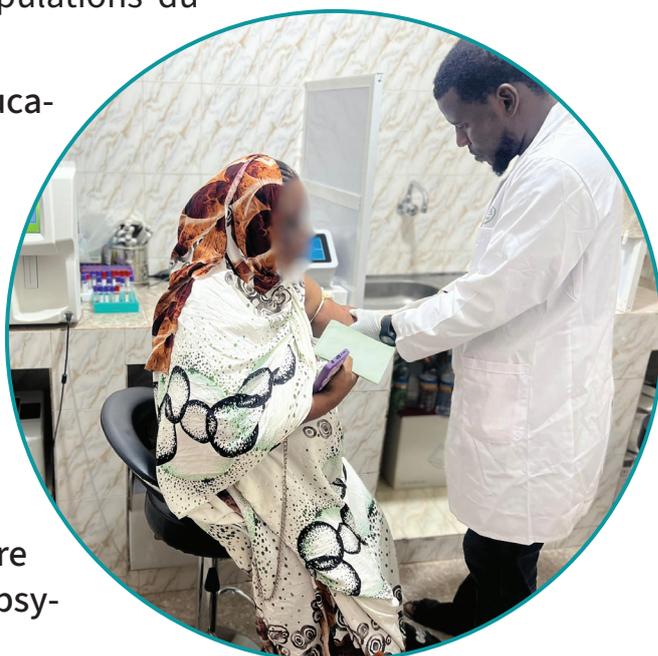


① CONTEXTE SANITAIRE ET ENJEUX POUR LES POPULATIONS-CLES EN MAURITANIE?

Le système de santé mauritanien reste limité et fragile, avec un accès difficile aux structures de soins, notamment pour les populations rurales et les groupes les plus défavorisés en milieu urbain. Les populations clés présentent une forte prévalence de maladies infectieuses, en particulier le VIH/sida (jusqu'à 23,4 % chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes — HSH), la tuberculose (entre 2 600 et 5 800 cas par an) et l'hépatite B (avec une prévalence variant de 10 à 24 %).

Le système de suivi des PVVIH n'offrait pas, jusqu'à présent, de cadre d'intervention adapté aux besoins spécifiques de ces populations du fait, entre autres, de :

- ④ Campagnes de sensibilisation et d'éducation thérapeutique limitées ;
- ④ Manque de formation des Ressources humaines en santé (RHS) et des relais communautaires ;
- ④ Dépistage communautaire peu structuré, et la confirmation des résultats était principalement réalisée dans les structures médicales classiques ;
- ④ Absence de dispositif communautaire d'accompagnement thérapeutique et psychosocial.



Ces lacunes, combinées à la stigmatisation et à la peur de la discrimination, freinent l'accès au dépistage et aux soins, entraînant un fort taux de non-recours et de perdus de vue.

Les personnes infectées ou fortement exposées aux risques de contamination (PVVIH, HSH, TS) s'appuyaient souvent sur un seul relais communautaire (RC) pour l'ensemble de leurs besoins — dépistage, accès au matériel de prévention, écoute et accompagnement — allant parfois jusqu'à refuser tout autre interlocuteur. Cette dépendance excessive entraînait une surcharge importante des RC, fréquemment sollicités en dehors des heures de travail, voire à leur domicile, ce qui provoquait un fort épuisement.



Face à ces défis, **SOS PE** a choisi de faire évoluer son approche de la prise en charge du VIH/sida et des IST, en développant un modèle communautaire

intégré, centré sur la personne, afin d'améliorer l'accès aux soins et de proposer un accompagnement holistique, capable de répondre aux multiples besoins des groupes cibles. En 2024, **SOS PE** a ainsi lancé l'expérimentation d'une clinique de santé sexuelle.

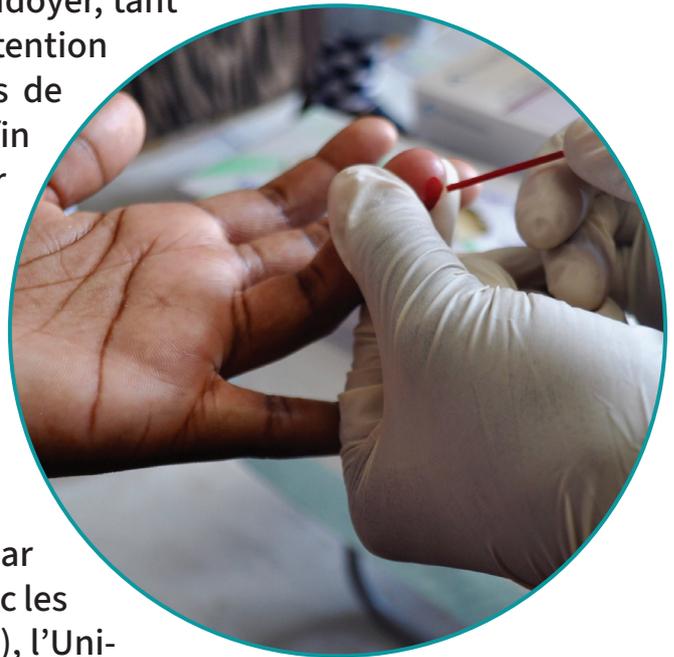
Cela induit un passage d'un accompagnement individuel, qui épuisait les relais, à une prise en charge collective. Par ailleurs, pour mieux répondre aux demandes et besoins spécifiques des populations clés à travers une offre de services plus globale et adaptée, la direction de **SOS PE** a jugé pertinente l'expérimentation d'une clinique de santé sexuelle. Ce dispositif vise à mutualiser les efforts, renforcer la prise en charge communautaire et proposer des services plus complets, mieux ajustés aux besoins des publics ciblés.

② COMMENT L'UPEC COMMUNAUTAIRE A ETE MISE EN ŒUVRE PAR SOS PE ET QUELS SERVICES PROPOSE-T-ELLE ?

Une initiative appuyée par un fort travail de plaidoyer :

Dans le cadre de son projet de «**Prise en charge communautaire globale du VIH/Sida**», SOS PE a mené un important travail de plaidoyer, tant auprès des autorités sanitaires — pour l'obtention des autorisations nécessaires — qu'auprès de ses partenaires techniques et financiers, afin de mobiliser les ressources adéquates. Pour garantir la qualité des prestations proposées, des collaborations ont également été établies avec des structures clés, telles que l'Université de Nouakchott et le Comité d'éthique du ministère de la Santé, apportant au projet une caution scientifique et institutionnelle.

Après plusieurs mois d'échanges, facilités par l'instauration de cadres de concertation avec les autorités sanitaires (renvoi vers la fiche n°1), l'Unité de Prise en Charge communautaire (UPEC-C) a officiellement ouvert ses portes en juin 2024.



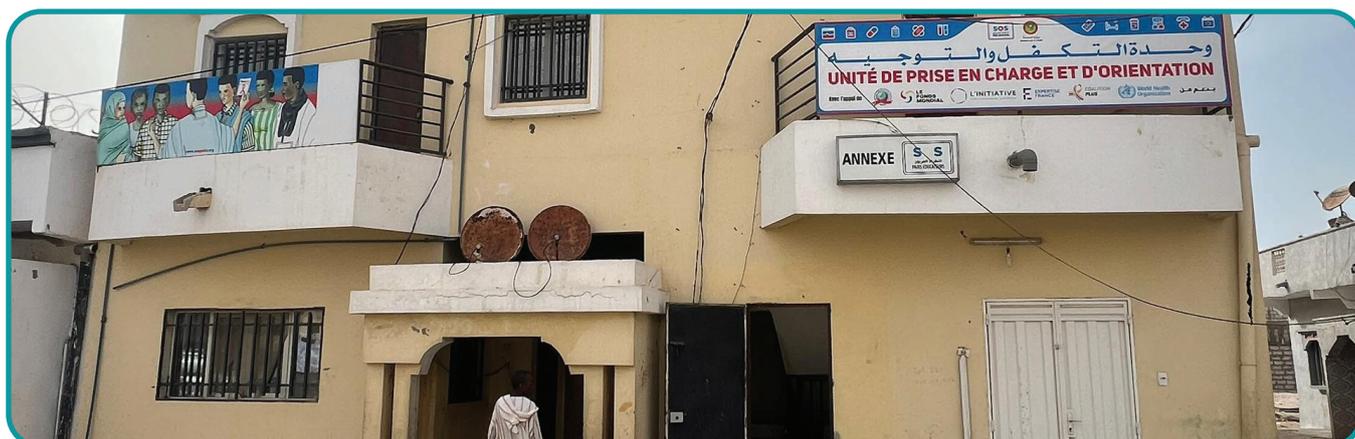
Un dispositif centré sur les populations-clés, ouvert à la population générale vulnérable :

L'UPEC est spécifiquement conçue pour atteindre les populations les plus exposées au risque de transmission du VIH. Néanmoins, ses services restent accessibles aux personnes vulnérables de la population générale vivant à proximité, renforçant ainsi l'intégration du programme dans le cadre de la lutte globale contre le VIH et les IST (renvoi vers la fiche n°8). Elle met en œuvre une stratégie combinant **accessibilité, repérage, sensibilisation, orientation et suivi et rétention à travers :**

- ↘ **Des horaires adaptés aux réalités des publics ciblés** : L'offre de services a été pensée pour répondre au plus près aux besoins, contraintes et habitudes des populations clés, notamment à travers des horaires d'ouverture élargis et adaptés, afin de favoriser l'accessibilité et la fréquentation du lieu.
- ↘ **Déploiement des relais communautaires (RC)** sur les sites de rencontre des populations clés, avec pour mission d'identifier, dépister, orienter et accompagner les personnes vers les services de santé. (renvoi vers la fiche n°6). Pour ce travail de mobilisation, SOS PE met à la disposition des relais une voiture, prend en charge les frais de terrain, et leur fournit des cartes professionnelles leur permettant d'intervenir sans être considérés comme agissant dans la clandestinité.
- ↘ **Un accueil bienveillant et de qualité avec une offre de service rapide et complète** (renvoi vers la fiche n°8)
 - ↘ **Le suivi actif** des personnes perdues de vue, afin de les réintégrer dans le parcours de soins ;
 - ↘ **L'organisation de sessions de suivi et d'éducation thérapeutique**, pour soutenir l'observance et l'adhésion aux traitements :
 - **Causeries éducatives** en petits groupes (12 PVVIH) ;
 - **Entretiens individuels**, selon les besoins exprimés.
 - ↘ **Mise en place d'une pharmacie communautaire** garantissant un accès gratuit aux médicaments pour les populations clés.

A RETENIR

Les actions de l'UPEC-C reposent sur une stratégie de proximité, animée par les RC qui jouent un rôle central dans la mobilisation et la facilitation de l'accès aux services de prévention et de prise en charge des populations-clés, mais aussi dans la recherche des personnes perdues de vue aux traitements. Ils sont déployés dans des zones stratégiques, et leur collaboration avec les leaders des PC a permis de renforcer l'acceptabilité et l'adhésion à l'initiative. Ce positionnement au cœur des communautés leur permet d'être des acteurs-clés dans la levée des barrières culturelles et facilite l'intégration de l'UPEC communautaire dans le système de santé local.



③ QU'EST-CE QUI A FACILITE LE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE L'UPEC ?

Quatre facteurs-clés contribuent largement au succès de cette approche depuis la création de l'UPEC-C :

- ① La capacité de l'UPEC-C à proposer une prise en charge holistique et continue dès son ouverture.
- ② L'intégration des relais communautaires dans les zones géographiques ciblées (KISSAL, Dar El Beïda, Teyarett et Sebka) a facilité le maillage territorial des interventions.
- ③ Les liens interpersonnels créés et entretenus par les pairs-éducateurs avec les représentants des communautés, les autorités locales ou encore les leaders religieux et coutumiers, qui favorise leur adhésion aux interventions. (renvoi vers la fiche n°6).
- ④ Et la disponibilité et la complémentarité de son personnel, formant aujourd'hui une équipe pluridisciplinaire motivée et compétente :

	3 médecins spécialisés, assurant les consultations et le suivi médical des PVVIH et des patients présentant des IST.
	2 conseillers, chargés de l'accompagnement psychosocial, du suivi des patients et de l'éducation thérapeutique.
	6 relais communautaires, pour la création de la demande, la sensibilisation et le suivi des perdus de vue.
	1 pharmacienne, responsable de l'approvisionnement en médicaments et des conseils liés aux traitements ARV.
	3 biologistes, qui assurent les tests de dépistage et les analyses biologiques nécessaires à la prise en charge des patients.
	1 infirmier, garantissant les soins de suivi et l'orientation des patients nécessitant une prise en charge plus poussée.
	1 technicienne, de surface assurant l'hygiène et la propreté de l'UPEC, contribuant ainsi à un environnement propre et accueillant pour les usager.e.s.

④ QUELLES SOLUTIONS ONT ETE TROUVEES PAR SOS PE FACE AUX OBSTACLES RENCONTRES ?

Les acteurs du projet **PASSERELLES** ont certes rencontrés quelques difficultés pour déployer les activités des pairs-éducateurs, mais ils ont su trouver et mettre en œuvre des solutions efficaces :

Obstacles et difficultés rencontrées		Solutions développées par SOS PE
	Financement des activités de l'UPEC-C	<input checked="" type="checkbox"/> Mobilisation des budgets de fonctionnement de ses autres projets
	Certaines activités de sensibilisation et de dépistage sur le terrain rencontrent des réticences de la part des forces de l'ordre, ce qui peut freiner l'accès aux sites et limiter la participation des populations ciblées.	<input checked="" type="checkbox"/> Un plaidoyer a été mené auprès des autorités sécuritaires, aboutissant à la reconnaissance officielle des activités et à la délivrance de cartes professionnelles aux équipes, facilitant ainsi leur identification et leur libre circulation sur le terrain.
	La mobilité de PC rend difficile leur localisation	<input checked="" type="checkbox"/> La mise à disposition d'un véhicule et de cartes téléphoniques aux relais communautaires facilite la localisation et le suivi des populations-clés , en améliorant leur mobilité et leur capacité de contact direct sur le terrain.
	L'insécurité dans certains quartiers, qui limite les interventions de terrain des relais communautaires	

⑤ QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?

Depuis la mise en marche de l'UPEC-C, **2618 personnes** ont bénéficié des différents services proposés par ce nouveau dispositif, parmi lesquelles :

- ↘ **843 travailleuses du sexe**
- ↘ **et 1746 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)**
- ↘ **dont 193 personnes vivant avec le VIH),**

Parmi ces personnes:

- ↘ **1450 ont été dotées** en matériel de prévention,
- ↘ **2618 ont été dépistées pour le VIH et 658 pour l'hépatite B.**

L'ouverture de l'UPEC Communautaire est encore récente, et il est encore difficile d'en mesurer les impacts. Néanmoins, de nombreux effets positifs sont déjà perceptibles et méritent d'être mis en lumière. Ces effets concernent tout d'abord le dispositif d'accueil et de suivi des patients, ainsi que la gamme de services disponibles pour les populations ciblées :

- ④ Le travail de mobilisation sociale des pairs-éducateurs dans les communautés, ainsi que leur présence physique au sein de l'UPEC-C, instaure un lien de confiance avec les PVVIH et populations-clés et contribue à améliorer leur fréquentation des services de santé ;
- ④ Ce climat de confiance est renforcé par la formation du personnel de l'UPEC-C, qui favorise un accueil non jugeant, non-stigmatisant et non-discriminatoire dans un environnement respectueux des droits des personnes concernées ;
- ④ L'UPEC ayant intégré dans son protocole de soins le dépistage du VIH, de l'hépatite B et la syphilis, les cas positifs sont détectés plus aisément et une prise en charge précoce peut être enclenchée ;
- ④ L'apport des pairs-éducateurs en matière d'accompagnement des patients contribue à une meilleure répartition des tâches avec le personnel médical et favorise une diminution de la charge de travail des relais communautaires.

D'autres part, l'ouverture de l'UPEC-C et les actions de prévention combinée menées par l'UPEC-C et les relais favorisent un changement global des comportements au sein des populations. On constate ainsi une forte augmentation du recours au dépistage du VIH et de l'hépatite B, et d'une manière générale, les personnes suivies par l'UPEC-C adoptent désormais des pratiques plus sûres, notamment en matière de prévention, de dépistage régulier et d'accès aux soins médicaux.



Khatra, relais communautaire PC

Amy Soumaré, relais communautaire PC

Aminetou Kane, counseling

⑥ QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?

- I. La mise en œuvre des activités de l'UPEC Communautaire a d'ores et déjà des effets indéniables sur l'organisation du dépistage et du suivi médical et psychosocial, sur la qualité des prestations délivrées aux PVVIH et aux populations-clés, qui se traduisent par des changements de comportements parmi ces personnes en matière de prévention et de recours aux services de santé.
- II. Cette pratique est particulièrement efficace dans les milieux urbains en termes de mobilisation des populations-clés, notamment parce qu'elles les impliquent fortement à travers les repas communautaire et les causeries éducatives.

- III. Cette adhésion des populations-clés est un gage de pérennité, car le fait qu'elles ont désormais identifié l'UPEC-C comme un lieu sécurisé et bienveillant, les incitera à continuer de venir s'approvisionner en matériel de prévention et à s'y faire dépister.
- IV. Au-delà des actions de prévention, la capacité de l'UPEC-C à offrir un accès élargi aux traitements ARV, à des soins médicaux et à un soutien psychosocial et de développement personnel pour les personnes qui s'avèrent séropositives au VIH, encourage les populations-clés à recourir aux services de dépistage du VIH et d'autres IST.
- V. La plus-value de l'UPEC-C réside dans son approche intégrée et centrée sur la personne, qui permet de s'attaquer aux défis tels que l'accès limité aux services de santé, la stigmatisation, les inégalités de genre et les barrières logistiques et financières, mais aussi de promouvoir l'empowerment des individus et des communautés pour qu'ils prennent en main leur santé et leur bien-être.
- VI. En outre, ce modèle innovant renforce les liens entre services de santé communautaires et système de santé publique, ce qui contribue à une réponse cohérente, coordonnée et durable face aux pathologies infectieuses transmissibles.



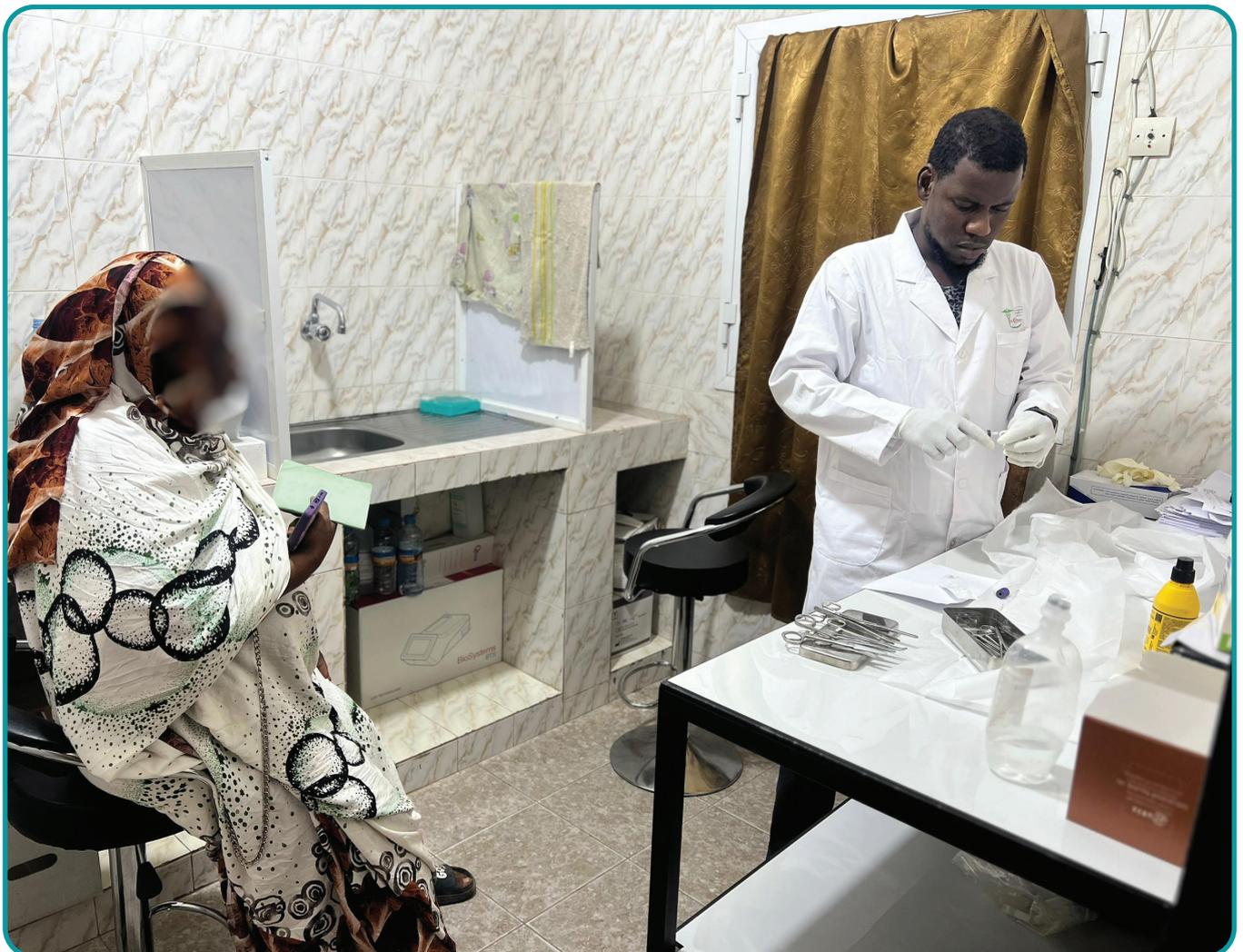
 EVALUATION GLOBALE DE L'APPROCHE		
	Effets et/ou impacts mesurables :	10/10
	Reproductibilité, adaptation ou développement dans d'autres contextes :	9/10
	Efficacité en termes de temps, de financements et de ressources humaines :	9/10
	Pérennité et durabilité au-delà du projet :	4/10
	Implication des bénéficiaires dans les décisions qui les concernent :	9/10
	Conformité avec les valeurs de SOS PE et les principes éthiques fondamentaux :	10/10

⑦ QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?

Compte tenu des premiers succès enregistrés par l'équipe de l'UPEC-C en matière de mobilisation et de prévention auprès des populations-clés, dont les effets de l'UPE-C en termes d'organisation des soins et de qualité des services sont déjà mesurables, **SOS PE** a pour ambition de démontrer l'efficacité de cette approche communautaire pour qu'elle serve de modèle à d'autres régions en Mauritanie. Cette expérience innovante pourrait en effet être répliquée et adaptée à d'autres contextes, et contribuer ainsi à la réduction de la transmission du VIH, à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et, finalement, à l'éradication de l'épidémie de VIH/sida dans le pays.

Pour cela, il convient donc de maintenir ce dispositif mis en place en concertation avec le système sanitaire, mais il sera également nécessaire d'en évaluer de manière plus précise les impacts à long terme sur l'état de santé physique et mental des usagères et sur leur qualité de vie.

Cette évaluation, conjuguée aux efforts de capitalisation déjà en cours, permettra aussi d'identifier les points d'amélioration à envisager et alimentera le plaidoyer de **SOS PE** auprès des autorités sanitaires pour la reconduction de ce projet pilote et pour son essai ultérieur sur le territoire mauritanien.



(éléments pédagogiques)

Les acteurs-clés à mobiliser :

- ⤵ Le ministère de la santé
- ⤵ Des partenaires financiers
- ⤵ Des RHS et des RC
- ⤵ Les OSC partenaires pour orienter leurs files actives

Les services à développer pour un accompagnement optimal des PC au sein d'une UPEC :

- ⤵ Services médicaux préventifs et curatifs gratuits : dépistage, consultations, analyses biomédicaux, distribution de médicament et matériel de prévention
- ⤵ Services sociaux : conseils, groupes de paroles , orientation vers les services sociaux disponibles , appuis financiers pour les indigents
- ⤵ Accompagnements thérapeutiques : suivis à domicile, les rappels pour les RDV, causeries éducatives

Les messages-clés à délivrer aux populations-clés pour les inciter à aller à l'UPEC:

- ⤵ Disponibilité, accessibilité et gratuité des services
- ⤵ Des services à la demande : ouverture nocturne
- ⤵ Espace conviviale et de ressourcement qui préserve



Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:

www.sospairs.org 



© 2025, SOS Pairs Educateurs.

Projet PASSERELLES : Programme d'appui à l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive pour le renforcement de la lutte contre le VIH, la TB, le paludisme et leurs co-infections selon une approche genre

FICHE DE
CAPITALISATION

8

TEST AND TREAT

ET PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DES PWIH PAR L'UPEC-C



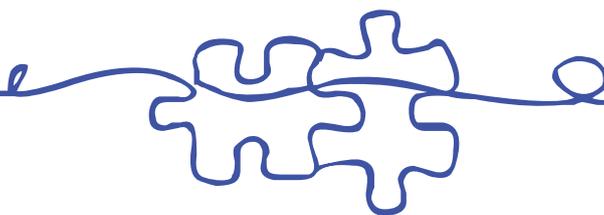
9 Pages



Septembre
2025

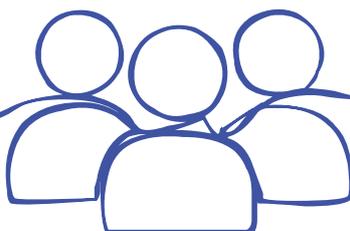


Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:
www.sospairs.org



SOMMAIRE

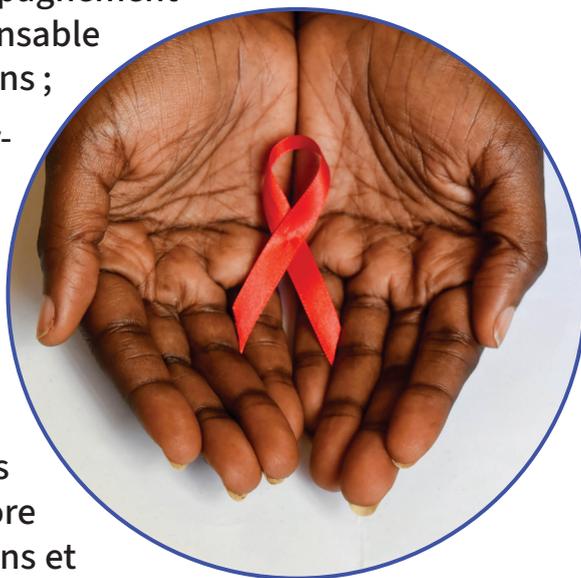
1. POURQUOI PROPOSER LE "TEST AND TREAT" A L'UPEC-COMMUNAUTAIRE ?	3
2. EN QUOI CONSISTE CETTE STRATEGIE ET COMMENT A-T-ELLE ETE DEVELOPPEE PAR L'UPEC-C ?	4
3. QU'EST-CE QUI A FACILITE LE « TEST AND TREAT » AU SEIN DE L'UPEC ?	5
4. QUELS SONT LES OBSTACLES AUXQUELS SOS PE DOIT FAIRE FACE ?	6
5. QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?	6
6. QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?	8
7. QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?	9



① POURQUOI PROPOSER LE "TEST AND TREAT" A L'UPEC-COMMUNAUTAIRE ?

L'épidémie de VIH en Mauritanie est caractérisée par une faible prévalence générale (0,29 %) au sein de la population générale (adultes âgés de 15-49 ans), mais une prévalence plus élevée au sein de certains groupes clés. Avant la mise en place de l'UPEC-C, plusieurs défis entravaient l'efficacité de la prise en charge des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH):

- ④ Les structures de santé existantes, notamment le Centre de Traitements Ambulatoire (CTA) et les Unités de Prise En Charge (UPEC) classiques, étaient centrées sur l'aspect médical, laissant de côté l'accompagnement psychosocial et communautaire indispensable pour assurer l'adhésion des patients aux soins ;
- ④ Les relais communautaires étaient surchargés, avec des moyens limités pour assurer un suivi rapproché des patients. De plus, le suivi était individualisé et en cas d'indisponibilité du relais, la personne préférait renoncer au service plutôt que d'aller vers un autre relais ;
- ④ L'intégration des services communautaires dans le système de santé public était encore faible, rendant difficile la continuité des soins et la rétention des patients sous traitement antirétroviral (ARV) ;
- ④ Les populations-clés (PC) et vulnérables (PV) étaient insuffisamment mobilisées, ce qui limitait leur accès au dépistage et à une prise en charge adaptée.



De plus, avant l'ouverture de l'UPEC-C, le parcours des personnes orientées ou accompagnées par les relais communautaires (RC) étaient long et compliqué. Dans ces conditions, certaines personnes dépistées positives au VIH se décourageaient avant même d'accéder au traitement, ne revenaient pas entre deux rendez-vous, ou estimaient que cela n'était pas urgent. Cette situation constituait également un facteur de découragement pour les RC, qui devaient déployer de nombreux efforts pour convaincre ces personnes de rester dans le continuum de soins proposé par l'UPEC-C.

C'est pour améliorer le dispositif de prise en charge et simplifier les parcours thérapeutiques que SOS PE a décidé de mettre en pratique au sein de l'UPEC-C la stratégie du "test and treat", recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

② EN QUOI CONSISTE CETTE STRATEGIE ET COMMENT A-T-ELLE ETE DEVELOPPEE PAR L'UPEC-C ?

La stratégie adoptée par SOS PE a été de mettre en place un **parcours de prise en charge rapide coordonné entre les différents services de L'UPEC-C**. Concrètement, la procédure consiste à réaliser tout le parcours d'inclusion dans les soins dès la première visite : la consultation médicale, le test de confirmation, le bilan pré thérapeutique, la première séance d'éducation thérapeutique et la mise à disposition des médicaments (ARV) sont ainsi proposés en moins de deux heures. Les délais d'attente sont donc beaucoup moins importants que dans les autres unités de prise en charge.

L'UPEC_C propose des **prestations gratuites pour les populations clés** articulées autour de deux axes :

- ④ L'accès aux soins basé sur l'approche du "test and treat", avec pour objectif de faciliter l'accès au traitement du VIH, en assurant la disponibilité constante des ARV et des soins médicaux pour les co-infections ;
- ④ Et le soutien psychosocial et développement personnel, qui vise à améliorer le bien-être mental et émotionnel des PVVIH et des populations-clés.



L'UPEC-C dispose d'un espace d'accueil, d'une salle de consultation, d'un laboratoire, d'une pharmacie, d'une salle d'écoute (bureau fermé) et d'une terrasse fermée avec un espace café/bar pouvant accueillir un grand groupe pour des causeries éducatives/repas communautaires entre autres. Grâce à ces infrastructures et une équipe pluridisciplinaire compétente (renvoi vers la fiche 7), l'UPEC-C est aujourd'hui en mesure d'offrir un large éventail d'activités et de services destinés à améliorer l'accès aux soins, la qualité de vie et le bien-être des PVVIH en Mauritanie.

En outre, l'ensemble du dispositif de l'UPEC-C présente de nombreux atouts supplémentaires :

- ④ La proximité géographique (la majorité des patients résidant dans le quartier d'El mina) ;
- ④ La qualité de l'accueil, de l'information et des conseils délivrés par les pairs-éducateurs et le personnel soignant ;
- ④ La non-stigmatisation et la non-discrimination, grâce à un personnel formé et bienveillant ;
- ④ Le respect de la confidentialité (au CTA, le traitement est pris à la fenêtre, à la vue de tou.tes, alors qu'à l'UPEC-C la pharmacie est une pièce fermée, tout comme la salle de consultation du médecin).



« On peut venir à SOS sans masque, alors qu'au CTA on est constamment dans la peur d'être reconnu. Et personne ne peut savoir que nous avons une boîte de médicament dans notre sac, car la pharmacienne remplit la boîte de médicament de coton pour étouffer les bruits des comprimés. » Une femme suivie par l'UPEC-C

Par ailleurs, la stratégie développée par **SOS PE** prend en compte la situation socio-économique des patients pour faciliter leur accès aux services de l'**UPEC-C** :

- ④ Les populations-clés et la patientèle précaire bénéficient de la gratuité de tous les services, et ce pour toute pathologie. Pour financer cette gratuité des soins, **SOS PE** a en effet intégré dans tous ses projets une ligne budgétaire dédiée à la « prise en charge des maladies » de ses bénéficiaires, ce qui lui donne davantage de marge de manœuvre pour l'approvisionnement en médicaments de la pharmacie et lui permet de couvrir des frais d'intervention chirurgicale si nécessaire.
- ④ Les transports des PVVIH sont pris en charge par l'association, qui met à disposition un véhicule pour assurer leur déplacement et limiter ainsi le nombre des personnes perdues de vue au traitement.



« La gratuité de toutes les prescriptions médicales pour les populations clés est un bon moyen pour attirer leurs pairs. » Un médecin de l'UPEC-C

③ QU'EST-CE QUI A FACILITE LE « TEST AND TREAT » AU SEIN DE L'UPEC ?

Différents facteurs ont permis à **SOS PE** de déployer la stratégie du "test and treat", parmi lesquels :

- ④ La disponibilité d'un personnel qualifié et multidisciplinaire, composé de 3 médecins traitants, 1 infirmier, 1 pharmacienne, 3 biologistes, 2 conseillers et 4 RC ;
- ④ L'intégration des relais communautaires et pairs-éducateurs dans le processus de prise en charge ;
- ④ Le lien de proximité avec les communautés, puisque l'**UPEC-C** est située au sein du centre de développement communautaire de **SOS PE**, ce qui facilite l'acceptation et l'adhésion des bénéficiaires ;
- ④ La collaboration étroite avec le Ministère de la Santé, les ONG et les partenaires techniques (Expertise France, OMS, ONUSIDA) .

④ QUELS SONT LES OBSTACLES AUXQUELS SOS PE DOIT FAIRE FACE ?

Après seulement un an de mise en œuvre, **SOS PE** se heurte naturellement à quelques obstacles qui contraignent l'association à chercher des solutions durables :

- ④ Malgré la mise à disposition d'un véhicule, des défis logistiques liés aux déplacements fréquents des patients compliquent encore leur suivi ;
- ④ La prégnance de comportements stigmatisants et discriminatoires indique que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour lutter contre la stigmatisation des PVVIH et des PC ;
- ④ Le manque de financement stable et le fait que le dispositif de prise en charge repose sur des financements ponctuels, ce qui rend sa pérennisation incertaine.

⑤ QUELS SONT LES RESULTATS OBTENUS ET QUELS CHANGEMENTS ONT ETE OBSERVES ?

DBien que la mise en pratique du "test and treat" soit encore récente, l'**UPEC-C** enregistre déjà des résultats très positifs et très encourageants, comme le montrent bien les indicateurs suivants :

- ④ Le dépistage du VIH et de l'hépatite B sont désormais systématiques lors des consultations ;
- ④ Le taux d'inclusion dans les soins pour les personnes testées positifs est de 100 % ;
- ④ Depuis son ouverture, l'**UPEC-C** a permis d'enrôler plus de 115 nouveaux PVVIH avec une grande majorité issue des populations-clés (ce qui traduit l'efficacité du travail de mobilisation et de sensibilisation auprès des communautés (renvoi vers la fiche 4) ;
- ④ 65 % des PVVIH sous traitement ARV observent correctement leurs traitements et respectent leurs rendez-vous ;



- ⌚ Le taux d'abandon des soins est faible, grâce à l'accompagnement et au suivi des relais communautaires qui favorisent donc une meilleure rétention dans les soins.

L'ensemble de ces données témoignent ainsi d'une amélioration des comportements de santé :

- ⌚ Meilleur respect des traitements et du suivi médical par les PVVIH (assiduité aux rendez-vous de consultations et d'exams de suivi) ;
- ⌚ Meilleure adhésion et bonne observance des traitements ARV grâce aux activités d'éducation thérapeutique, même si elle est encore insuffisante pour 35 % des personnes concernées ;
- ⌚ Réduction des cas d'automédication et de recours aux soins non conventionnels.

Pour les relais communautaires, le passage d'un accompagnement individualisé à une prise en charge organisée de manière collective par une structure, l'adoption de cette stratégie signifie également une diminution de leur charge de mentale en les soulageant de l'obligation d'être « présent à toute heure ». En effet, cela garantit la continuité de l'accompagnement dans et hors les murs et limite donc le nombre des personnes perdues de vue en cas d'indisponibilité du relais référent.



*« Au CTA, il y a toujours de l'embouteillage. SOS a sauvé des vies, car je refusais d'aller au CTA pour ne pas être reconnu. On connaît forcément un membre du personnel et la discrétion n'est pas de mise. Ici on obtient des soins gratuitement, dans la discrétion. Au début je venais ici (UPEC-C) avec un voile intégral sur le visage. Je n'ai plus besoin de me cacher quand je suis ici car je suis en terrain ami et ça fait du bien. Mes deux filles sont (re) scolarisées dans l'école de la "seconde chance" de SOS PE. » **Une femme suivie à l'UPEC-C***



*« Il faut comprendre que les personnes ont honte et préfèrent ne pas prendre de traitement. Ils viennent ici car ils savent qu'ils vont y trouver leurs semblables. » **Un HSH suivi à l'UPEC-C***



*« Avec l'UPECC, notre travail donne plus de résultats car les inclusions sont plus faciles. Nous pouvons assurer aux personnes que nous dépistons, et qui s'avèrent positives, qu'elles seront PEC dans le respect, avec la confidentialité toujours assurée. Nous sommes plus efficaces dans l'inclusion des PVVIH dans les soins. Les causeries éducatives permettent à des personnes isolées de se reconnecter et de socialiser à nouveau. » **Un relais communautaires de l'UPEC-C***

⑥ QUELLES LEÇONS PEUT-ON RETENIR DE CETTE EXPERIENCE ?

- I. La mise en œuvre rapide de la stratégie du « test and treat » est efficace et permet d’obtenir des résultats probants en moins d’un an, puisqu’en renforçant la continuité des soins et l’adhésion aux traitements, elle entraîne une augmentation significative du nombre de nouveaux PVVIH dépistés et mis sous ARV, ainsi que leur rétention dans un continuum de soins.
- II. Cette approche repose sur une forte implication des patients dans les décisions qui concernent leur prise en charge, mais aussi sur la participation active des communautés grâce au rôle-clé joué par les relais communautaires dans l’amélioration de l’adhésion au dépistage et aux soins.
- III. Le dispositif mis en place par l’UPEC-C, en proposant un environnement préservant la confidentialité et la non-discrimination, garantit le respects des principes d’éthique médicale et communautaire.
- IV. Les résultats déjà obtenus et des effets positifs de cette approche démontrent la pertinence d’une collaboration étroite entre les structures de santé publique et les OSC d’une part, et d’un lien de confiance solide entretenu avec les communautés d’autre part, qui sont des atouts essentiels pour l’intégration du dispositif dans le système de santé national.



EVALUATION GLOBALE DE L'APPROCHE		
	Effets et/ou impacts mesurables :	9/10
	Reproductibilité, adaptation ou développement dans d'autres contextes :	8/10
	Efficacité en termes de temps, de financements et de ressources humaines :	7/10
	Pérennité et durabilité au-delà du projet :	6/10
	Implication des bénéficiaires dans les décisions qui les concernent :	9/10
	Conformité avec les valeurs de SOS PE et les principes éthiques fondamentaux :	10/10

⑦ QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE CETTE APPROCHE ?

Forte des premiers succès enregistrés par l'UPEC-C, SOS PE envisage déjà quelques améliorations pour optimiser son dispositif :

- ④ Le renforcement des compétences du personnel médical et des relais communautaires ;
- ④ La mise en place d'un accompagnement psychologique de l'équipe de l'UPEC-C (une demande formulée notamment par les RC) ;
- ④ Une meilleure intégration des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et des service de santé maternelle et infantile ;
- ④ La dotation de la pharmacie en moyens supplémentaires pour répondre aux besoins des populations-clés (tant en termes d'augmentation des stocks que de diversification des produits).

Par ailleurs, il est indéniable que ce modèle peut être adapté à d'autres régions du pays avec des ajustements contextuels, et pour cela SOS PE souhaite partager son expérience avec d'autres ONG communautaires à travers des ateliers de partages d'expérience pour diffuser les enseignements tirés.

L'association a également entamé un travail de plaidoyer auprès des décideurs politiques et des partenaires internationaux pour pérenniser ce modèle de PEC communautaire. En effet, sa durabilité dépend, d'une part, de son intégration officielle dans le système de santé, et, d'autre part, le développement de l'initiative repose jusqu'à présent sur des financements externes et nécessite donc un appui financier conséquent et durable pour faire face aux défis à venir.



FICHE RECAP' METHODO

POUR DEVELOPPER UNE STRATEGIE « TEST AND TREAT »

Les acteurs-clés à mobiliser :

- ④ Ministère de la santé ;
- ④ Les RHS et les RC ;
- ④ Les PC.

Les outils employés par SOS PE :

- ④ Disponibilité des services sur place
 - Médecin pour la consultation et les prescription ;
 - Laboratoire pour les tests ;
 - Pharmacie pour dispenser les traitements et le matériel de prévention.
- ④ Sensibilisation des relais en amont, et dépistage rapide sur le terrain ;
- ④ Mise à disposition d'un moyen de transport pour aller vers l'UPEC-C.



Quelques conseils pour une mise en place efficace de cette stratégie :

- ☞ Adopter le principe de la gratuité des services ;
- ☞ Impliquer activement les communautés dès la conception du projet pour s'assurer de leur adhésion et faciliter la mobilisation des personnes ciblées ;
- ☞ Adapter les services en fonction des besoins spécifiques des bénéficiaires, en prenant en compte leur situation sociale et économique ;
- ☞ Établir des partenariats solides avec les structures de santé publiques afin de faciliter la collaboration entre les acteurs communautaires et le personnel médical, et garantir la pérennité du dispositif.



Cette fiche est également disponible
en téléchargement sur notre site Web:

www.sospairs.org 



© 2025, SOS Pairs Educateurs.