

Guide de suivi et boîte à outils pour des programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH dans une population clé

2016



Guide de suivi et boîte à outils pour des programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH dans une population clé

2016



Acronymes et Abréviations

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
ART	Thérapie antirétrovirale
ARV	Antirétroviral
OSC	Organisation de la société civile
CA	Centre d'accueil
PF	Planification familiale
VFS	Violence fondée sur le sexe
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
DHC	Dépistage du VIH et conseil
SDH	Services de dépistage du VIH
AM	Agence mise en œuvre
PC	Population clé
S&E	Suivi et l'évaluation
TSM	Travailleur de sexe masculin
PNCS	Programme National de contrôle du sida et des IST
ONG	Organisation non gouvernementale
TDS	Travailleur de service
PEP	Post-exposition à la prophylaxie
PUPALCS	Plan d'urgence du Président américain pour la lutte contre le sida
AIP	Atteintes inflammatoires pelviennes
IDP	ID de programme
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
AIP	Personnes qui s'injectent des drogues
RPLVSRFDP	Renforcer le Partenariat de la lutte contre le VIH et SIDA avec résultats fondés sur des données probantes
PES	Procédure d'exploitation standard
ITS	Infection transmise sexuellement
TB	Tuberculose
CIU	Code d'identification unique
NUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PDNU	Programme de développement des Nations Unies
FPPNU	Fonds pour la population des Nations Unies
AÉUDI	L'Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la santé

Remerciements

ÉQUIPES IMPLIQUEES DANS L'ELABORATION DE CE GUIDE

Équipe technique

Tisha Wheeler, Agence des États-Unis pour le développement international

Gina Dallabetta, Fondation Bill et Melinda Gates

Virupax Ranebennur, FHI 360/LINKAGES

Parinita Bhattacharjee, Université du Manitoba/Kenya Shajy PNCS Unité de soutien technique

Shajy Isac, Université du Manitoba

Faran Immanuel, Université du Manitoba

Équipe consultative

Elizabeth Mizary, Banque mondiale

Keith Sabin, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

Maria UA, Agence des États-Unis pour le développement international

Jinkou Zhao, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

FHI 360/équipe de LINKAGES

Kevin Osborne Chris Hibist Akolo Astatke Tiffany Lillie Meghan DiCarlo Melaku M. Dessie

Soutien rédactionnel

Christopher Parker

James Baer



Les membres du Groupe consultatif technique pour l'information stratégique

Annette Verster, Organisation mondiale de la santé David Wilson, Banque mondiale

Keith Sabin, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

Marie-Claude Boily, Imperial College London

Michel Alary, Université Laval

Peter Vickerman, École d'hygiène tropicale de Londres

Sharmistha Mishra, Université de Toronto

Scott Geibel, Conseil sur la population

Sharon Weir, Université de la Caroline du Nord

Stefan Baral, Université Johns Hopkins

Trista Bingham, Centre américain pour le contrôle et la prévention des maladies

Valerie Delpéch, Agence Britannique de protection de la santé

Jinkou Zhao, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Programme national de contrôle du sida et des ITS (PNCS), Ministère de la Santé, Gouvernement du Kenya Organisation nationale de lutte contre le SIDA (ONLS), Ministère de la Santé, gouvernement de l'Inde

Équipe LINKAGES Haïti

Steeve Laguerre

Danielle Jadotte

Johanne Etienne

Max St Val

Emmeline Emmanuel

Vegains Michel

PARTNERS:

MSP

GHEKIO

Zanmi Lasante

FEBS

SEROvie

FOSREF

Équipe LINKAGES Malawi

Melchiade Ruberintwari

David Chilongozi

Gift Kamanga

Grace Phombeya

Mahala Nthengwe

Laston Mteka

PARTNERS:

CEDEP

FPAM

Pakachere

Matières

Acronyms and Abbreviations	4	4.4 Monitoring Behavioral Interventions	44
Acknowledgments	5	4.4.1 Key population registration during outreach	44
1. Introduction	8	4.4.2 Intensive peer-based tracking and regular contacts	46
1.1 The Purpose of this Guide	9	4.4.3 Distribution of condoms (male and female), lubricant, and needles and syringes	49
1.2 How this Guide Helps to Monitor Interventions	10	4.4.4 Distribution of needles and syringes	50
1.3 Key Populations	11	4.5 Monitoring Biomedical Interventions	50
1.4 Further Resources	11	4.5.1 Referral to health services	50
2. A Strategic Approach to Monitoring		4.5.2 Key population registration at clinics	52
Key Population Programs	13	4.5.3 Provision of high-quality clinical services	52
2.1 The Logic Model	13	4.5.4 Monitoring key population PLHIV	52
2.2 Defining Goals and Objectives	15	4.6 Monitoring Structural Interventions	55
2.3 Phases of the Intervention	16	4.6.1 Violence prevention and response	55
2.4 Key Output Monitoring Indicators	18	4.6.2 Advocacy with power structures	56
2.5 Ensuring Key Population Confidentiality, and Other Ethical Considerations	21	4.6.3 Monitoring referrals for non-medical services, including entitlements	58
3. Common Tools for Data Collection in HIV Prevention, Treatment, and Care Programs for Key Populations	25	4.6.4 Group formation and community mobilization	58
4. Monitoring Program Coverage	28	5. Periodic Outcome and Quality Monitoring	62
4.1 Monitoring Geographic Coverage	28	5.1 Polling Booth Survey	62
4.1.1 Participatory validation mapping at the micro level	32	5.2 Peer Communication Quality Assessment	65
4.1.2 Measuring availability and intervention coverage of sites/spots	35	5.3 Service Quality Assessment Tool for Referral Service Points	67
4.2 Monitoring Population-Level Coverage	37	6. Using Monitoring Data for Decision-making	68
4.2.1 Using population size estimates data to plan coverage	37	6.1 Use of Monitoring Data at the Micro-level by Peer Outreach Workers	68
4.2.2 Measuring intervention coverage of key populations at the spot level	39	6.2 Use of Monitoring Data at the Program Management Level	70
4.3 Monitoring Program Infrastructure, Personnel, and Capacity-Building	42	Annexures	
4.3.1 Program infrastructure	42	I. Calculation of Dashboard Indicators for Monitoring the Program	72
4.3.2 Program personnel	42	II. Data Sources for Core PEPFAR Indicators	73
4.3.3 Capacity building/training for program personnel	44	III. Monitoring Tools and Instructions	74
		IV. Sample Scope of Work for Validating and Estimating Number of Key Population Individuals at the Spot Level	152

1. Introduction

Cette publication donne des conseils aux gouvernements, aux organisations de la société civile (les organisations non gouvernementales [ONG] et les organisations à base communautaire), et d'autres partenaires mettant en œuvre des programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH avec des populations clés.¹ L'approche reconnaît que la surveillance au niveau du site et un suivi individuel sont nécessaires pour veiller à ce que les individus de la population accèdent régulièrement à des services de haute qualité et que ces services soient exécutés efficacement. Ce guide est conçu pour aider ces programmes à établir des systèmes de surveillance qui sont utilisés par les travailleurs de première ligne, y compris les promoteurs chargés de la sensibilisation, les superviseurs de sensibilisation du personnel, les gestionnaires de programme, et d'autres pour mieux en comprendre la performance. Il comprend des outils complets et des formulaires que des employés de divers niveaux peuvent utiliser pour recueillir et analyser des données afin de gérer et d'améliorer le programme, à avoir des outils d'estimation de taille de population, des outils de cartographie, des outils de surveillance des installations, et des registres de client.

En plus de montrer comment collecter les données nécessaires, ce guide fournit des conseils sur la façon d'établir une « culture » sur l'utilisation des données afin que les travailleurs de première ligne puissent non seulement collecter des données mais également les analyser afin d'en faire un suivi mensuel des cibles et les tendances et trouver des façons d'améliorer la gestion et la qualité du service. Une culture d'utilisation des données permet aux promoteurs de mobilisation des collègues d'assumer à partir de populations clés un rôle plus important dans le

programme et de décider comment améliorer leurs efforts quotidiens de rejoindre les personnes en se basant sur les données qu'ils collectent.

Les outils présentés dans ce guide sont conçus pour assurer la conformité des données et des systèmes lorsqu'ils sont mis en œuvre à grande échelle afin d'établir des programmes de contrôle à l'échelle de l'individu, du site, et du programme de l'infrastructure du programme et des données de transaction de service qui peuvent guider l'analyse de la portée, des tests, du traitement et la charge virale de l'état des populations clés. Les gestionnaires de programme peuvent utiliser de simples tableaux de bord de contrôle des données et des outils pour la visualisation de données qui les aideront à fixer des objectifs pour l'augmentation, à identifier des lacunes du programme, et à faire immédiatement des corrections directionnelles afin d'en améliorer l'efficacité.

De nombreux pays disposent déjà de systèmes pour recueillir des données à un macro-niveau, et il y a des directives internationales sur la surveillance des populations clés. Toutefois, les conseils dans cette publication abordent également la collecte de données au niveau micro, et d'autres sujets. Ils peuvent être utilisés par les travailleurs de première ligne. Certains des défis à relever par ce guide sont communs dans les principaux programmes de population aujourd'hui :

- ▶ De nombreux sites fonctionnent sans données de routines autres que des registres de clinique ou une feuille de calcul Excel qui suit la sensibilisation et est maintenu au bureau de l'ONG. Dans les programmes où les données ne sont collectées et consolidées que semi-annuellement ou trimestriellement - ou ne sont pas perçues du tout - les gestionnaires de programme doivent compter

1. « Populations clés » dans ce guide se réfère aux travailleuses du sexe, aux hommes à risque élevé qui ont des rapports sexuels avec des hommes, aux personnes transsexuelles, et aux personnes qui s'injectent des drogues. « Population clé » est parfois abrégée en PC.

sur des méthodes peu fiables pour déterminer la performance de leurs systèmes de promotion et de sensibilisation. Si les données sont recueillies, ils ne sont souvent pas analysées mais simplement communiquées.

- ▶ Les programmes la collecte de données dans des emplacements cliniques seulement lorsque les membres clés de la population s'identifient. Ce processus ne peut pas suivre les individus du point de contact au cours de la sensibilisation jusqu'à ce qu'ils accèdent aux services dans une clinique. Le suivi basé sur les cliniques dépend des clients (qui sont des populations discriminées ou criminalisées) s'identifier comme membres des populations clés, de sorte que les données cliniques sur le nombre de membres de la population clés aient tendance à faire des sous-évaluations parce que les individus ne s'identifient pas eux-mêmes. À l'inverse, les dossiers peuvent compter en surplus lorsqu'il est présumé que tous les clients dans un établissement à proximité d'un point chaud sont membres de la population clé.
- ▶ L'objectif "90-90-90" de L'ONUSIDA² exige que les programmes suivent l'accès des membres d'une population-clé à la prévention, aux soins et aux traitements à l'intérieur du dénominateur de la population. Il est impossible de mesurer la portée, le dépistage, le traitement et la suppression virale sans un suivi individuel qui suit une personne et les différents services qu'elle utilise. Cela peut s'accomplir grâce à des Codes d'identification unique (CIU) qui sont sécuritaires et utilisées à l'échelle nationale; à la surveillance que soutient l'habilitation des collègues dans le programme; et au suivi qui couvre à la fois la sensibilisation et les services cliniques.

2. En 2020, 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH pourront connaître leur statut VIH; 90 % de toutes les personnes ayant reçu un diagnostic d'une infection par le VIH recevront un traitement antirétroviral soutenu; et 90 % de toutes les personnes recevant un traitement antirétroviral auront une suppression virale.

- ▶ Les programmes embauchent du personnel et exploitent des sites sans données de routine sur l'efficacité. Sans la collecte et l'examen de données de routines sur la promotion et la prestation de services avec des données sur les travailleurs, les produits et des données dénominatives, il est difficile pour les programmes de savoir si le personnel et les ressources sont affectées de façon optimale dans l'ensemble des sites. Les goulets d'étranglement dans la prestation des services sont souvent découverts par hasard seulement, plutôt que systématiquement et immédiatement.
- ▶ Les programmes nationaux doivent maximiser leurs ressources dans un environnement de financement limité mais ne disposent pas de données pour éclairer leurs décisions. Les efforts au niveau du site de fournir des services doivent être suivis pour alimenter les stratégies du programme national. Des preuves de la base sont nécessaires pour informer l'augmentation du programme.

1.1 LE BUT DU PRÉSENT GUIDE

Les bailleurs de fonds et les gouvernements se sont alignés autour de l'objectif de 90-90-90. Toutefois, les populations clés portent souvent un fardeau disproportionné du VIH mais ont beaucoup moins d'accès aux services pour les séropositifs et aux droits. Il est largement reconnu que la réponse au SIDA doit aborder cette disparité. Les systèmes de suivi doivent recueillir en toute sécurité et surveiller les données provenant des secteurs public, privé et à but non lucratif pour suivre efficacement l'évolution de sites et les particuliers d'une population clé, indépendamment de la structure de financement ou du modèle de prestation de services. Les sites peuvent comprendre la mesure dans laquelle ils sont au service de populations clés uniquement avec ce suivi, de sorte que la réponse de la population-clé peut être agrandie, site par site. Les systèmes de surveillance doivent dire aux gestionnaires en temps réel les personnes particulières au site qu'ils ont besoin

de rejoindre et avec quels services, et à un niveau supérieur donner aux partenaires une indication de quels sites fonctionnent bien, lesquels ne performant pas, et quels facteurs qui contribuent aux mauvaises ou bonnes performances. Les programmes nationaux ont besoin de ce type de données pour planifier, et la société civile a besoin de ces données pour plaider en faveur de populations clés.

Ce guide répond à ces demandes avec des conseils pratiques et prêt à l'emploi et les outils nécessaires pour recueillir et analyser les données de surveillance de sensibilisation de collègues, des services cliniques et des programmes d'appui aux populations clés. Il contient des exemples d'outils et les formes du monde entier qui peuvent appuyer les efforts de surveillance des programmes et des services, et décrit les problèmes qui devraient être considérés lors de l'utilisation de ces outils. La présente ligne directrice peut améliorer les programmes existants, s'appliquer aux nouveaux, et contribuer à un système de surveillance unique pour plusieurs programmes dans une réponse nationale.

Les outils sont conçus pour être administrés par différents types de personnel, y compris le personnel clinique, les gestionnaires de promotions, les gestionnaires S&E et les travailleurs chargés de la sensibilisation des collègues. Elles permettent aux équipes de créer un programme au fil du temps, à partir d'un point de départ fondamental jusqu'à un effort développé et de taille. Les outils peuvent être utilisés tels qu'ils sont, et incorporés dans la surveillance d'aujourd'hui. À long terme, ils devraient être liés à des changements importants dans les programmes de population clés : un effort pour améliorer la communication avec les collègues, l'habilitation des populations clés, l'utilisation des données sur le site et au niveau des districts, et un effort visant à renforcer les systèmes nationaux. Ces outils peuvent également évoluer en tant que composantes d'une solution systématique basée sur une logicielle qui permet aux programmes de se débarrasser de papier et d'optimiser leur efficacité à l'aide des solutions informatiques pour le suivi, l'analyse des données, et l'établissement de rapports.

1.2 COMMENT CE GUIDE CONTRIBUE À LA SURVEILLANCE DES INTERVENTIONS

Ce guide est conçu pour être utilisé par les gouvernements nationaux ainsi que d'autres bailleurs de fonds ou metteurs en œuvre d'interventions chez des populations clés, y compris le Fonds mondial, l'AÉUDI/le PUPALCS, la Banque mondiale et d'autres bailleurs de fonds qui s'intéressent à la mise en œuvre d'un programme à l'échelle avec des populations clés. Il guide et appuie plusieurs stratégies de base pour des interventions efficaces de prévention, de traitement et de soins pour les populations clés :

- 1. COMPREHENSION DE L'EPIDEMIE :** savoir où et combien de membres de la population clés il s'agit de rejoindre
- 2. CONCEPTION DU PROGRAMME :** établir l'infrastructure, la capacité et le personnel du programme
- 3. LA PREVENTION MENEÉ PAR LES PAIRS, LES SOINS ET LES TRAITEMENTS EN CASCADE :** conduire une sensibilisation intensive axée sur les pairs et des contacts réguliers y compris des processus efficaces d'enregistrement, de suivi et de renvoi
- 4. DES SERVICES EFFICACES ET DE QUALITE :** offrir un service de haute qualité pour les infections transmises sexuellement (ITS) et les tests de dépistage du VIH et de traitement, et d'autres services de santé
- 5. LA MOBILISATION ET LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRES, ET LA CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE :** Fournir et appuyer des services basés sur la communauté et les installations qui permettront d'habiliter les membres de la collectivité à prendre des décisions plus saines au sujet de l'utilisation du préservatif et les comportements favorisant la santé.

Ces stratégies sous-tendent les indices de programme qui appuient la cascade du dépistage du VIH, de thérapie antirétrovirale et de suppression virale afin d'atteindre l'objectif de l'ONUSIDA de 90-90-90 d'ici 2020.

Les fonctionnalités clés de ce guide incluent :

- ▶ Des outils de surveillance soigneusement adaptés pour recueillir des données au niveau de la base de sorte que les données puissent être utilisées pour la correction immédiate d'orientation du programme au niveau du site et à suivre les tendances, les lacunes et les goulets d'étranglement à travers un programme au niveau sous-national, et qui peuvent être agrégés et utilisés pour l'analyse plus élevée au niveau national.
- ▶ Des outils analytiques simples qui montrent les statistiques du site sur divers services fournis aux membres de la population clé, avec un accent sur l'aspect comportemental, biomédical, et sur les interventions structurelles.
- ▶ Les tableaux de bord et les techniques intégrées à des outils qui aideront les équipes de programme à voir régulièrement les progrès vers des cibles en termes de couverture, d'augmentation, des différents composants de la cascade, et de la qualité des services cliniques et de sensibilisation.
- ▶ Une approche d'équipe dans l'entière du programme pour l'utilisation des données pour les programmes de prise de décisions, de collecte de données, d'analyse de données, et de planification orientée vers l'action. L'approche d'équipe signifie que l'utilisation des données est conçue et mise en œuvre avec la pleine participation des communautés de la population clé et du personnel qui gèrent la sensibilisation, les services cliniques, et les produits de base.

Les éléments de programme et d'orientation dans cette publication sont compatibles avec les lignes directrices consolidées de 2014 pour la prévention du VIH, le diagnostic, le traitement et les soins pour les populations clés (OMS) et les lignes directrices de surveillances d'ajustement – cible accompagnatrices, ainsi que les lignes directrices opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH pour les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et des

personnes transgenres (2012). Ce guide diffère de ces publications puisqu'il est axé sur la collecte et l'utilisation de données et la gestion du programme au niveau du site comme le fondement d'un système de surveillance. Il suppose que l'échelle du programme est entraînée par le personnel et les collègues travailleurs de sensibilisation au niveau du site et de l'endroit spécifique et que l'utilisation des données en temps réel dans la gestion de programmes aidera le programme à atteindre les objectifs à l'échelle tout en offrant des services de qualité.

Le système de suivi du programme présenté dans ce guide offre une souplesse suffisante pour se conformer aux lignes directrices nationales, et pour que les outils et les indices répondent aux changements épidémiologiques, technologiques ou sociaux. Les données du système sont rapportés jusqu'à l'échelon macro et peuvent être utilisées pour vérifier l'exactitude de la collecte des données cliniques au niveau micro, et pour vérifier des données rapportés par le malade sur les services cliniques à partir de sondages biologiques et comportementaux intégrés.

1.3 POPULATIONS CLÉS

Les populations clés sont les groupes de population touchés de façon disproportionnée par le VIH, souvent à cause de lois, règlements et politiques punitifs, et parce qu'elles sont stigmatisées et marginalisées. Cela inclut les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH), les personnes transgenres (TGS), travailleurs du sexe (SWS), et les personnes qui s'injectent des drogues (AIP).³ Les groupes suivants sont les populations clés qui sont considérées pour le présent document :

TRAVAILLEURS DU SEXE : Comprend les adultes féminins, masculins, et transgenres (18 ans et plus) qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange

3. L'OMS a ajouté un cinquième groupe (personnes dans les prisons et d'autres paramètres fermés); toutefois, l'inclusion de ce groupe n'a pas encore été formellement adoptée par le PUPALCS et ne s'applique pas aux cibles liées au PC ou aux indices MER (c'est-à-dire PC_ précédent). La source des définitions de la population clé sur cette page est Lignes directrices consolidées sur la prévention du VIH de l'OMS, le diagnostic, le traitement et les soins pour les populations clés (2014).

de services sexuels, que ce soit régulièrement ou occasionnellement. Le travail sexuel consiste en des relations sexuelles consensuelles entre adultes, peut prendre de nombreuses formes, et varie entre les pays et au sein des pays et des collectivités. Le travail sexuel varie aussi dans la mesure où c'est plus ou moins « formel », ou organisé. Comme définis dans la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui ont des rapports sexuels en échange d'argent, de biens, ou de faveurs sont « exploités sexuellement » et ne sont pas définis comme des travailleuses du sexe.

LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES :

Se rapporte à tous les hommes qui ont des relations sexuelles et/ou relations romantiques avec d'autres hommes. Les mots « hommes » et « sexe » sont interprétés différemment dans les diverses cultures et sociétés et par les personnes concernées. Par conséquent, le terme englobe la grande variété des contextes et conditions dans lesquelles les relations sexuelles entre hommes ont lieu, indépendamment des motivations multiples pour s'engager dans le commerce du sexe, les identités sexuelles et de genre auto-déterminées, et diverses identifications avec n'importe quelle collectivité ou n'importe quel groupe social.

LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

: se réfère comme des hommes ou des femmes qui s'injectent des substances psychotroques (ou psychoactives) pour des fins non médicales. Ces médicaments comprennent, mais ne sont pas limités à, les opioïdes, les stimulants de type amphétamine, la cocaïne, les sédatifs hypnotiques et les hallucinogènes. L'injection peut être par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée, ou d'autres voies injectables. Les personnes qui s'auto-injectent des médicaments pour des fins médicales - dénommé « injection thérapeutique » - ne sont pas incluses dans cette définition. La définition ne comprend pas les personnes qui s'injectent des substances non psychotropes, tels que les stéroïdes ou d'autres hormones, pour le façonnage du corps ou pour l'amélioration de la performance sportive.

Bien que ces lignes directrices mettent l'accent sur les personnes qui s'injectent des drogues en raison de leur risque de transmission du VIH à cause du partage de matériel d'injection contaminé par le sang, une bonne partie de cette aide est également pertinente pour les personnes qui s'injectent d'autres substances.

LES PERSONNES TRANSGENRES : Un terme générique pour les personnes dont l'identité sexuelle et d'expression n'est pas conforme aux normes et aux attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été attribué à la naissance; il inclut les personnes qui sont transsexuelles, transgenres, ou de sexe non-conforme. Les personnes transgenres peuvent s'auto-identifier comme transgenres, femelle, male, femmes-transgenres ou homme-transgenres, transsexuel ou, en cultures spécifiques, comme hijra (Inde), kathoey (Thaïlande), waria (Indonésie), ou l'un des nombreuses autres identités transsexuelles. Ils peuvent exprimer leurs genres d'une variété de manières masculines, féminines et/ou androgynes. La grande vulnérabilité et les besoins spécifiques de santé des personnes transsexuelles nécessitent un statut distinct et indépendant dans la réponse mondiale au VIH.

1.4 AUTRES RESSOURCES

Les publications supplémentaires qui peuvent être utiles lors de l'intensification de la prévention, du traitement et des soins du VIH pour les populations clés comprennent :

- ▶ *Des lignes directrices consolidées sur la prévention du VIH, les diagnostics, le traitement et les soins pour les populations clés. 2014, WHO. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>*
- ▶ *La prévention du VIH, les diagnostics, le traitement et les soins pour les populations clés. 2014, WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128049/1/WHO_HIV_2014.8_eng.pdf*

- ▶ *Outil pour établir et surveiller les objectifs : Supplément à l'édition 2014 des lignes directrices consolidées pour la prévention du VIH, les diagnostics, le traitement et les soins pour Populations clés 2015, WHO. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>*
- ▶ *90-90-90: Un ambitieux objectif de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie de SIDA. 2014, UNAIDS. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf*
- ▶ *La prévention et le traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles pour les professionnelles du sexe dans les pays à revenu faible et intermédiaire : Recommandations pour une approche de santé publique. 2012,WHO. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex-worker/en/>*
- ▶ *La prévention et le traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et de personnes transsexuelles : Recommandations pour une approche de santé publique. 2011, WHO. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/*
- ▶ *La mise en œuvre de programmes du VIH/ITS complets avec les professionnels du sexe : Des approches pratiques d'interventions menées en collaboration [le "SWIT"]. 2013, WHO. <http://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hivsti-programmes-sex-workers-practical-approches>*
- ▶ *La mise en œuvre complète des programmes du VIH et des IST chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes : Des orientations pratiques pour les interventions collaboratives [la "MSMIT"]. 2016, UNFPA. <http://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-men-who-have-sex-men>*
- ▶ *La mise en œuvre de programmes du VIH/ITS complet avec les transgenres : Des orientations pratiques pour les interventions collaboratives [la "MSMIT"]. 2015, UNDP. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html>*
- ▶ *Guide technique pour les pays pour établir des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement du VIH et des soins aux utilisateurs de drogue par injection. 2012,WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/44068/1/9789241597760_eng.pdf*
- ▶ *La sensibilisation d'ampleur menée par les collègues : Un guide de mise en œuvre : Avahan - Initiative CONTRE LE SIDA de l'Inde. 2009, Bill & Melinda Gates Foundation. [https:// docs.gatesfoundation.org/Documents/Avahan_PeerLedOutreach.pdf](https://docs.gatesfoundation.org/Documents/Avahan_PeerLedOutreach.pdf)*
- ▶ *La micro-planification en programmes de sensibilisation par les collègues : Un manuel fondé sur l'expérience de l'initiative Avahan contre le SIDA en Inde. 2013, Bill & Melinda Gates Foundation. [.http://docs.gatesfoundation.org/nosearch/Documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](http://docs.gatesfoundation.org/nosearch/Documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf)*
- ▶ *Les lignes directrices opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH pour les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles : VOLUME I niveaux nationaux et infranationaux. 2013, UNAIDS/PEPFAR/Global Fund. [.http://www.cpc.unc.edu/measurement/resources/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measurement/resources/publications/ms-11-49a)*
- ▶ *Les lignes directrices opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH pour les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles : VOLUME II pour fournisseurs de prestation de services. 2013, UNAIDS/PEPFAR/Global Fund. [.http://www.cpc.unc.edu/measurement/resources/publications/ms-11-49b](http://www.cpc.unc.edu/measurement/resources/publications/ms-11-49b)*

- ▶ *Utilisez-le ou perdez-le : Comment Avahan a utilisé ses données pour façonner son programme de prévention du VIH en Inde. 2008, Bill & Melinda Gates Foundation. [https:// docs.gatesfoundation.org/Documents/Avahan_ UseltOrLooselt.pdf](https://docs.gatesfoundation.org/Documents/Avahan_UseltOrLooselt.pdf)*
- ▶ *ACQUA : L'évaluation continue de la qualité Aastha : FHI 360/Aastha, India [http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/India_Aastha_Cont_ Quality/foreword.html](http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/India_Aastha_Cont_Quality/foreword.html)*



2. Une approche stratégique pour la surveillance des programmes de population clé

2.1 LE MODELE LOGIQUE

Les modèles présentés ci-dessous montrent comment le suivi au niveau macro et micro est abordée dans ce guide. La figure 1 est une vue d'ensemble du programme passage d'impact pour une combinaison de stratégie de prévention du VIH.⁴ Indices sont inclus pour chaque partie du passage. Tous les passages

d'impact du programme révèlent la séquence logique des apports du programme jusqu'aux sorties et aux résultats et aux impacts sur l'incidence du VIH. La réduction de la transmission du VIH est toujours l'objectif ultime.

La figure 2 illustre la façon dont les travailleurs de première ligne utilisent la surveillance au niveau du site pour traiter les facteurs essentiels à la réussite d'un programme avec un accent sur les performances au niveau du site. Le programme utilise les données en temps réel par l'intermédiaire du système de suivi du

4. Source : Les lignes directrices opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH pour les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles : Volume I, UNAIDS/Global Fund/PEPFAR. 4

FIGURE 1: Passage d'impact du programme général chez les populations clés

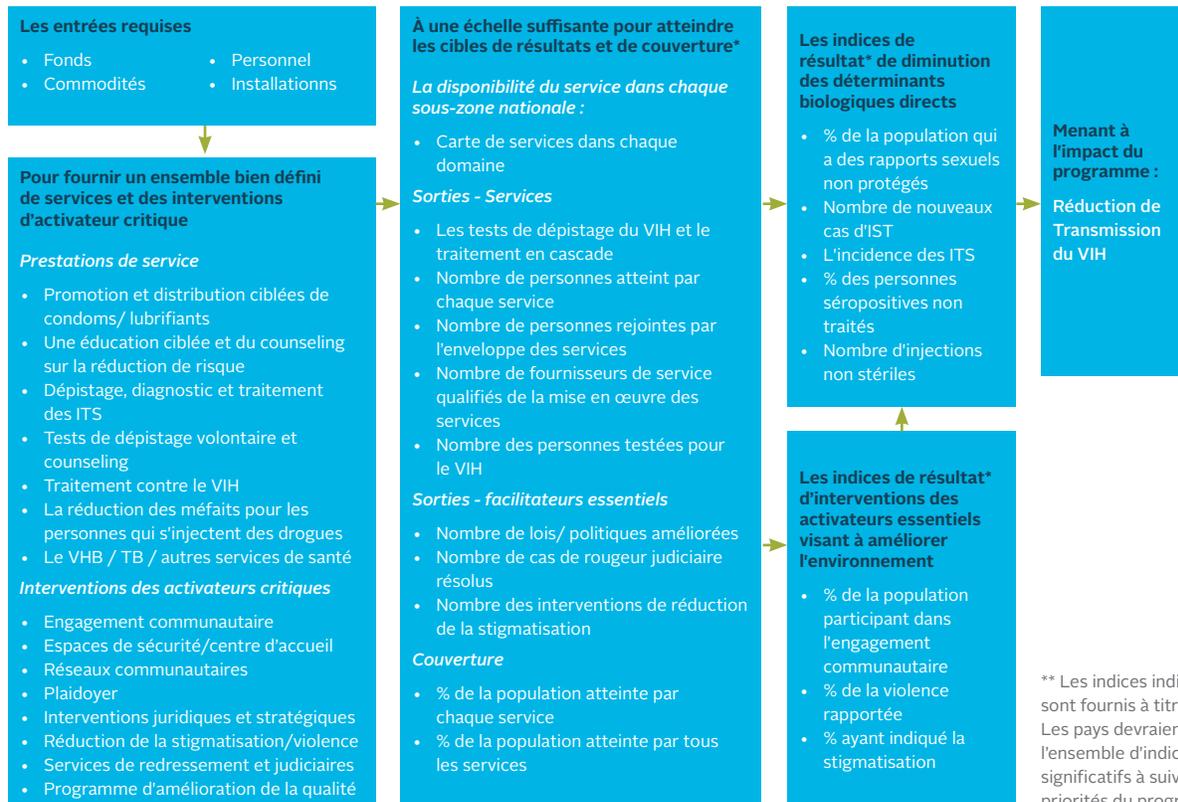
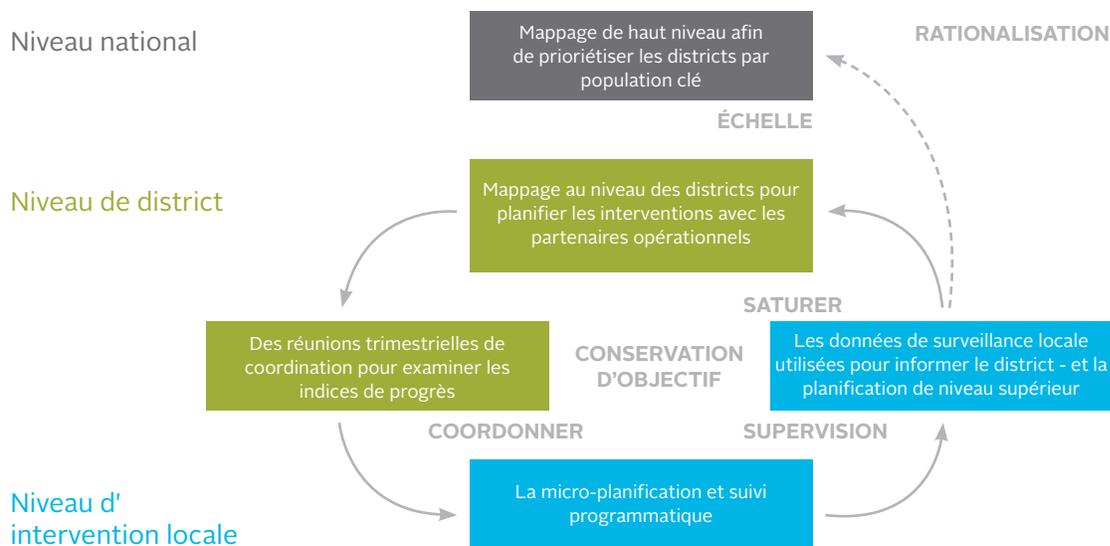


FIGURE 2: Importance de la surveillance à différents niveaux

programme afin de s'engager dans un cycle continu d'assurance de la qualité pour évaluer l'effet des stratégies du programme et de combler les lacunes dans la prestation de services aux populations clés.

La figure 3 montre les divers éléments d'un programme et les outils nécessaires pour recueillir des données qui permettront d'informer le programme. Ces outils sont expliqués en détail dans les chapitres suivants.

2.2 DEFINITION DES BUTS ET DES OBJECTIFS

Au début, un programme de population clé définit son objectif ultime de la riposte au VIH pour les populations clés avec l'ensemble de services et des normes de qualité nécessaires à l'impact. Ceux-ci peuvent être définis dans les lignes directrices nationales et informés par les données du système de surveillance sur les cibles, sur l'utilisation optimale des ressources, et la rétroaction des communautés de la population clé. Avant de mettre en œuvre le système de surveillance, certaines des normes de qualité qui doivent être définies comprennent le

nombre et l'emplacement des dispensaires, des sites de sensibilisation, des centres d'accueil, des ressources humaines, et des produits de base. En outre, il faut fixer des objectifs pour la prestation des services : l'approche, la distribution des produits de base, des visites cliniques courantes (dépistage des ITS et traitement, les tests de dépistage du VIH, les renvois et le traitement et les soins du VIH), et le soutien communautaire aux personnes de la population clés vivant avec le VIH. Des objectifs et des cibles bien définis établissent un point de référence pour l'interprétation de données et aide le programme à maintenir son orientation pendant que les activités changent au fil du temps. Au-delà des objectifs et des cibles, des programmes nationaux ou des efforts mesurés doivent développer et former les travailleurs sur les Procédures opératoires normalisées (PON), tout en continuant à mettre à jour continuellement les PES pour refléter les meilleures pratiques et les connaissances acquises à partir de l'analyse des données de programme.

Etablissement de buts pour le programme

Les buts et les objectifs clairement définis sont importants, qu'il s'agisse d'un programme national

FIGURE 3: Flux logique de collecte de données au sein d'une intervention pour la surveillance

de lutte contre le SIDA, une ONG, une organisation communautaire, ou un activiste communautaire. Les objectifs contribuent à aligner tous les intervenants autour de l'intention d'un programme. Qu'est-ce que le programme souhaite accomplir? Des exemples de buts du programme utilisé par les groupes qui travaillent avec les populations clés comprennent :

- ▶ *La diminution de l'incidence du VIH pour les populations clés*
- ▶ *La diminution de la mortalité/morbidité chez les populations clés*
- ▶ *La capacité accrue des individus des populations clés de faire des choix indépendants et d'exercer un contrôle d'agir pour elle/lui-même ou en tant que groupe*

Etablissement d'objectifs pour le programme

Alors que les buts sont vastes, les objectifs sont plus spécifiques. Lors de la fixation des objectifs, il est important de comprendre comment le programme les accomplira. En même temps, la gestion des sites devrait être impliquée dans l'élaboration des objectifs au niveau du site dont ils seront responsables de la réalisation. Ces objectifs du site devraient être fondés sur des données de mappage programmatique et de directive nationale en particulier pour informer le programme de quelle population il s'agit, quels sont leurs besoins, et où le programme doit travailler. Les objectifs seront suivis au moyen de tableaux de bord que le programme utilise afin d'analyser automatiquement les données et d'indiquer les réalisations par rapport aux dénominateurs à la fréquence requise.

Une bonne façon d'établir les objectifs est de les rendre SMART.

- **Spécifique** - Est-ce que l'objectif dicte exactement ce qui doit être réalisé?
- **Mesurable** – Est-ce que les progrès de la réalisation de l'objectif doit être mesurée par le programme?
- **Assignable** – Qui, en fin de compte, sera responsable pour s'assurer que l'objectif soit atteint?
- **Réaliste** – Est-ce que l'objectif peut être complété avec les ressources disponibles?

Les objectifs SMART permettront au programme de garder son accent. L'exemple suivant est un exemple d'objectif SMART :

Objectif : Le programme veut développer une plateforme de sensibilisation initiale pour améliorer l'accès de la population clé au dépistage, au traitement et aux soins.

À l'aide du mappage des données, les dirigeants du programme commencent par poser des questions qui informeront les objectifs SMART. Ces questions initiales sont un début, mais ne développent pas entièrement les objectifs SMART.

- ▶ **SPECIFIQUES** - Qui est la population ? Où sont-ils ? S'ils sont travailleurs du sexe, par exemple, combien de clients ont-ils tous les jours ? Où peuvent-ils obtenir des condoms, du lubrifiant ? À quelle fréquence vont-ils dans une clinique ? Quelle proportion a une ITS ? Vivent-ils avec le VIH ? Savent-ils leur statut ? Sont-ils en cours de traitement pour une MTS ou le VIH ?
- ▶ **MESURABLE** – Est-ce que le programme veut des travailleurs avec les collègues sensibilisés atteignent (avec un contrat un-à-un) une seule personne par jour ? 10 personnes ? 20 % d'un ensemble dénominateur dans une semaine ? Comment est-ce que les objectifs diffèrent par profil de risque individuel ou typologie ? Par sérologie VIH ? Comment est-ce que d'autres cibles s'élaborent dans des objectifs spécifiques aux sites ?

- ▶ **ASSIGNABLES** - Sans connaître plus d'informations sur ce que le programme cherche à atteindre (par exemple, le nombre et la fréquence des contacts entre collègues ou les objectifs en matière de prévention ou de cibles pour l'identification des personnes séropositives pour le VIH), il sera difficile pour la personne en charge de voir si l'objectif est atteint.

- ▶ **RÉALISTE** – Il se peut que les objectifs du programme doivent changer au fil du temps afin de déterminer ce qui peut être réalisé lorsqu'un programme est nouveau et que les travailleurs de service ne sont pas aussi habiles ou les objectifs peuvent avoir besoin d'être adaptés à des contextes particuliers. Par exemple, dans des contextes où les rapports sexuels entre hommes sont criminalisés, le ratio de travailleurs de service pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes peuvent avoir besoin d'être ajusté de sorte qu'ils puissent rechercher des individus et de nouveaux sites, ces derniers changeant fréquemment.

- ▶ **OPPORTUN** – Pour mener l'augmentation, le choix du temps propice pour les objectifs devrait être énergique, avec des délais courts (trois mois), pour concentrer le regard de la gestion sur le court-terme. La synchronisation des objectifs peut être mappée avec des objectifs à court, moyen et long terme, et ajusté semestriellement.

Exemples d'objectifs :

- ▶ **Objectif 1 :** Pour s'assurer que la couverture de la prévention (ou la portée) du dénominateur de la population clé monte jusqu'à 100 % et que la couverture comporte le soutien des collègues et la distribution de préservatifs et de lubrifiant, ainsi que la distribution et l'utilisation des nouvelles seringues entre AIP au cours de la prochaine année.
 - Objectif à court terme : Entreprendre la planification du site de la gestion des pairs pour assurer que le ratio de travailleurs de service envers la population clé est efficace (1:50 est la recommandation générale).
 - Former les travailleurs pour la sensibilisation et les superviseurs de personnel sur des cibles et des outils pour la collecte et l'analyse des données.

- ▶ *Objectif 2* : Offrir de l'information à 80 % de la population clé énumérée pour accroître leur prise de conscience de l'état des ITS et du VIH, y compris le dépistage précoce des IST et du VIH et en recherchant et adhérant au traitement du VIH d'ici un an.
- ▶ *Objectif 3* : Réunir les principaux membres de la population avec une augmentation de la capacité d'organiser et de former des groupes et réseaux pour une meilleure capacité de négociation afin de réduire la violence, la stigmatisation et la discrimination.

Le tableau 1 résume certaines des principales activités entreprises au cours de chaque phase.

Ces objectifs SMART ?

- ▶ **SPÉCIFIQUE** - la population cible et l'information fournie sont définis.
- ▶ **MESURABLE** – Nous souhaitons atteindre 80 % de population dénombrée dans le site avec des informations de sensibilisation au VIH/ITS et une couverture de 100 % avec le soutien de la sensibilisation des pairs et des produits de base.
- ▶ **ASSIGNABLES** - Une personne, le coordonnateur de programme, est responsable de veiller à ce que l'objectif soit atteint.
- ▶ **RÉALISTE** - Il semble être réaliste étant donné le nombre de gens atteints et les délais.
- ▶ **OPPORTUN** - Il y a un temps spécifié pour que l'objectif soit accompli (un an).

2.3 PHASES DE L'INTERVENTION

Un programme de prévention, de traitement et de soins du VIH récemment établi pour les populations clés passe habituellement par les étapes suivantes comme il commence et mûrit :

1. Phase préparatoire
2. Mise en œuvre et incrémentation
3. Prestation de services intensifs et raffinement des services
4. Consolidation et transfert vers la propriété communautaire

TABLE 1 : Etapes de la mise en œuvre du programme de prévention, de soins et de traitement**PHASE I : PRÉPARATIFS****Validation des données de mappage**

- Liste de spots/hotspots pour la mise en œuvre du programme, y compris le nombre de personnes de la population clé à chaque endroit
- Une formation de base du personnel des ONG/organisations communautaires, y compris les superviseurs du personnel et les travailleurs de sensibilisation
- Recrutement du personnel selon la couverture nécessaire. Mise en place de systèmes, de l'infrastructure, et des systèmes de référence

PHASE II : MISE EN ŒUVRE ET INCRÉMENTATION**Mener des activités de diffusion externe par l'intermédiaire de travailleurs de service**

- Identification des personnes de la population clé à l'intérieur du point d'accès
- Enregistrement des individus de la population clé pour les services
- Prioriser les interventions structurelles nécessaires pour la population clé (par exemple, plaidoyer, les groupes d'aide autonome, l'alphabetisation juridique, etc.)
- Fournir des services
- Distribuer préservatifs, lubrifiant, seringues
- Services cliniques pour la population clé, tels que les tests de dépistage du VIH, des IST et le traitement (renvoi ou par l'intermédiaire de cliniques gérées par programme)
- Services anti-rétroviral (SAR)
- D'autres services de santé connexes (tuberculose [TB], hépatite B, hépatite C)

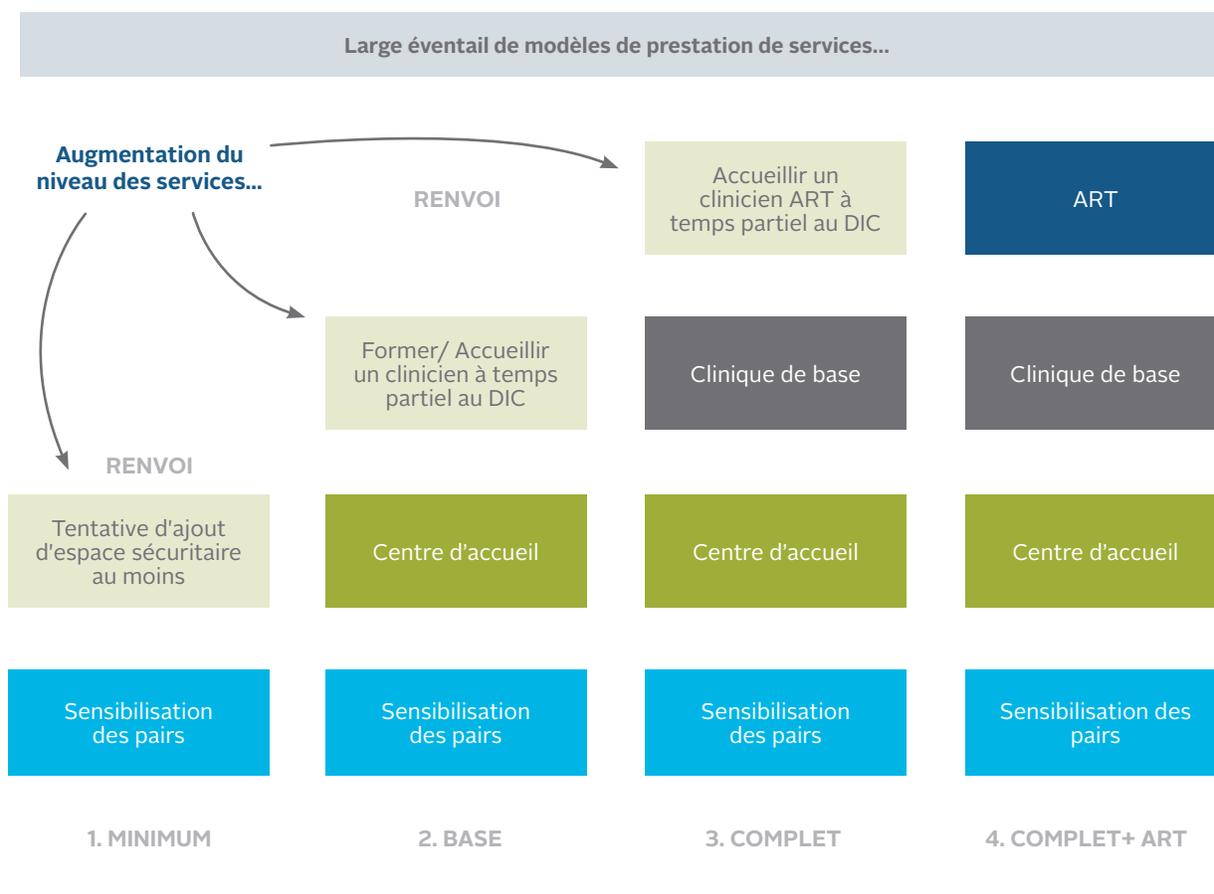
PHASE III : PRESTATION DE SERVICES INTENSIFS ET DE RAFFINEMENT DES SERVICES**Offrir tous les services à l'échelle du programme**

- Les populations clés reçoivent des préservatifs, du lubrifiant, et des seringues
- Communication pour le changement de comportements
- Services de santé, y compris les services de dépistage du VIH, des IST, la thérapie antirétrovirale (TAV), la prophylaxie avant l'exposition
- Traitement d'autres infections opportunistes
- Revalidation de cartographie et des estimations des populations clés

PHASE IV: CONSOLIDATION ET TRANSFERT VERS LA PROPRIÉTÉ COMMUNAUTAIRE**Soutenir les efforts des phases antérieures, y compris les activités suivantes :**

- Formation de groupes des membres de la population clé (e.g., les organismes communautaires et les groupes d'aide autonome)
- Les membres de la population clé mènent leurs propres initiatives
- Les membres de la population clé sont habilités à prendre et à faire fonctionner le programme eux-mêmes

FIGURE 4 : Les modèles de prestation de services par une intensité croissante



2.4 INDICES PRINCIPAUX DE SUIVI DE SORTIE

Le tableau 2 énumère les principaux indices de suivi de sortie qui sont recommandés pour le programme de prévention, de traitement, et de soins du VIH, et la phase du programme où la collecte des données pour cet indice commence (voir tableau 1). Cette liste peut être modifiée pour répondre aux besoins de votre programme; toutefois, il est important que toutes les ONG/organisations communautaires participant à votre programme recueillent des données pour une série d'indices minimum. Lorsque la surveillance des ONG/organisations communautaires est introduite, la surveillance et les comparaisons entre les sites sont nécessaires pour s'assurer que les indices et définitions soient conformes.

La collecte et l'analyse des données peuvent être effectuées sur les lieux, au niveau de l'ONG/CBO, et/ou au niveau du programme/ niveau national. Un personnel différent peut collecter des données à différents niveaux. La fréquence de la collecte des données varie également : les indices peuvent être recueillis sur une base unique au début du projet, hebdomadairement, mensuellement, semestriellement ou annuellement, selon les besoins du programme. En d'autres termes, ne soyez pas découragés par le nombre d'indices énumérés ici – les données pour de nombreux indices ne sont perçus qu'une seule fois ou quelques fois seulement au cours d'une année.

TABLE 2 : Liste d'indices pour le suivi du programme selon les secteurs de programme

Clé de couleur : Phase (tableau 1) au cours de laquelle la collecte des données débute pour cet indice.

PHASE I
 PHASE II
 PHASE III
 PHASE IV

1. Comprendre l'épidémie : Savoir où atteindre les populations clés

1	Mappage des spots
1.1	Nombre de sites mappés dans une zone géographique où les personnes clés de la population peuvent être atteintes
1.2	Nombre de sites mappés en priorité dans les zones géographiques où les individus de la population clés peuvent être atteints
2	Estimation de la taille de la population clé (types de population sont désagrégés)
2.1	Estimation des personnes de la population clé dans les zones géographiques prioritaires
2.2	Nombre de personnes clés de la population prévues pour la couverture comme convenu par le contrat pour une année

2. Etablir l'infrastructure, les capacités et le personnel du programme

3	Recrutement et la formation de l'équipe d'intervention
3.1	Nombre de superviseurs et de travailleurs pour la sensibilisation nécessaires (ratio des personnes de la population clé e couvrir par travailleur de service = nombre de travailleurs de service nécessaires)
3.2	Nombre de travailleurs de service actifs
3.3	Nombre de membres du personnel clinique (médecin, infirmière, conseiller, etc.)
3.4	Nombre de personnel de gestion (gestionnaire de programme, comptable, etc.)
3.5	Nombre de S&E et d'autres membres du personnel
3.6	Nombre de superviseurs/travailleurs pour la sensibilisation du ayant interrompu le travail durant le dernier mois
3.7	Nombre de travailleurs/superviseurs pour la sensibilisation/personnel clinique et personnel de la gestion du projet, etc. qui ont reçu la formation initiale
4	Création de bureaux et de services (direct ou par le biais de liens)
4.1	Nombre d'installations de santé financées par le projet fournissant des services de traitement des MST, des tests de dépistage et des soins du VIH, des services de planification de la famille, du compte de CD4, de la charge virale, du dépistage de la tuberculose
4.2	Nombre de centres d'accueil financés par le projet
4.3	Nombre de services de prévention et de soins où des liens officiels sont établis avec d'autres services comme la tuberculose, l'hépatite B et C, les services de planification familiale, la santé en matière de reproduction, etc.

3. Faire la sensibilisation intensive axée sur les pairs et des contacts réguliers, y compris l'inscription effective, le suivi et les renvois

5	Contact intensif régulier avec les personnes de la population clé
5.1	Nombre de personnes de la population clé enregistrées grâce à l'extension des services au cours du mois
5.2	Nombre des personnes de la population clé contactées au moins une fois dans le mois
5.3	Nombre de nouvelles personnes de la population clé contactées pour la première fois pour le projet pendant la période couverte par le rapport
6	Distribution de condoms, de lubrifiants, et de seringues selon le besoin
6.1	Nombre de personnes de la population clé ayant reçu des préservatifs pour hommes et femmes/lubrifiant/seringues directement du programme au cours de la période considérée des données distinctes seront disponibles au niveau de sensibilisation par les pairs)
6.2	Nombre de préservatifs mâle/femelle/lubrifiant/seringues distribués aux personnes de la population clé par le personnel de sensibilisation au cours de la période de déclaration
6.3	Nombre de préservatifs mâle/femelle/lubrifiant distribués par l'entremise de points de vente de préservatifs au cours de la période de déclaration
6.4	Nombre de seringues usagées rendues par l'AIP au programme au cours de la période de déclaration

4. Offrir des services de bonne qualité pour contrer les ITS, le VIH et d'autres services de santé

7	Renvoi/prestation de services de dépistage du VIH
7.1	Nombre de personnes de la population clé qui ont reçu une consultation sur la prévention des risques au moins une fois au cours de la période de déclaration
7.2	Nombre de personnes de la population clé testées pour le VIH et qui ont reçu leurs résultats au cours de la période de déclaration
7.3	Nombre de personnes de la population clé qui sont séropositives pendant le mois d'échantillonnage parmi ceux qui ont été testés et qui ont reçu des résultats
8	Renvoi/prestation de services de soins et de traitement du VIH
8.1	Nombre de personnes séropositives pour le VIH de la population clé inscrites aux soins cliniques pendant le mois de l'échantillonnage
8.2	Nombre de personnes de la population clé qui sont séropositives et ont reçu au moins l'une des options suivantes pendant la période visée : Une évaluation clinique (WHO staging) ou un compte CD4 ou une charge virale
8.3	Nombre de personnes clés de la population nouvellement initiée avec ART dans le mois
8.4	Nombre de la population clé qui reçoivent actuellement ART dans le mois
8.5	Nombre de personnes de la population clé testées pour une charge virale au cours du mois
8.6	Nombre de personnes de la population clé qui ont reçu la prophylaxie post-exposition (PPE)
9	Renvoi/prestation de services IST
9.1	Nombre de personnes de la population clé enregistrées dans la clinique dirigée par le programme au cours de la période de rapport
9.2	Nombre de personnes de la population clé qui ont visité une clinique faisant partie du programme pendant la période de rapport
9.3	Période Nombre de personnes de la population clé testées pour les ITS durant la période de rapport
9.4	Nombre de personnes de la population clé diagnostiqués avec une ITS au cours de la période de rapport
9.5	Période Nombre de personnes de la population clé traitées pour les ITS durant la période de rapport
10	Renvoi/fourniture d'autres services connexes (tuberculose, hépatite, santé génésique, surdose, blessures, etc.)
10.1	Nombre de personnes de la population clé examinées lors de tests de dépistage de la TB
10.2	Nombre de personnes de la population clé renvoyées aux centres de dépistage du TB
10.3	Nombre de personnes de la population féminine clé en âge de procréer (15-49 ans) ayant reçu des services de planification familiale
10.4	Nombre d'AIP traités pour les abcès pendant le mois de rapport (qui ont des plaies d'injection)
10.4	Nombre de personnes de la population clé examinées pour le dépistage du virus de l'hépatite B ou C
10.5	Nombre de personnes de la population clé traitées pour l'hépatite B ou C

5. Mobilisation communautaire, participation et création d'un environnement habitant

11	Prestation de services d'intervention pour violence
11.1	Nombre d'incidents de violence signalés à l'encontre de personnes de la population clé au cours du mois
11.2	Nombre d'incidents de violence abordés au cours du mois
11.3	Nombre de personnes de la population clé recevant des soins suite à la violence
12	Sensibilisation des structures de pouvoir et promotion
12.1	Nombre de rencontres/ateliers de plaidoyers menés auprès des principaux intervenants au cours de la période de rapport
12.2	Nombre de participants à la promotion des ateliers/réunions menées avec des intervenants clés au cours de la période de rapport
13	Liens aux prestations sociales
13.1	Nombre de personnes de la population clé avec les Identifiants valide, des comptes bancaires, etc.
14	Mobilisation des personnes de la population clé afin de former des groupes
14.1	Nombre de réunions de groupe/événements menés auprès des particuliers de la population clé au cours de la période de rapport
14.2	Nombre de personnes de la population clé qui ont participé aux réunions de groupe au cours de la période de rapport

2.5 ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ DE LA POPULATION CLÉ ET D'AUTRES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La conception et la gestion d'un programme avec les populations clés nécessite des informations sur l'emplacement du commerce du sexe, les sites de rencontre des transgenres et des MSM, ainsi que les emplacements où les usagers de drogues par injection se trouvent. L'emplacement, la taille de la collectivité, et les identificateurs personnels ne doivent jamais être divulgués par le programme ou le site. Les personnes, groupes ou organismes pourraient nuire à la population si l'emplacement, la taille de la population, ou les identités étaient divulgués. Pour suivre l'accès d'une personne au service, il est préférable d'attribuer un code d'identification unique (CIU) pour chaque personne d'une population clé au lieu d'utiliser leur nom dans des documents écrits. Le CIU peut être utilisé dans l'ensemble du programme national pour évaluer la couverture et éviter la duplication du comptage, particulièrement lorsqu'il existe plusieurs organisations de mise en œuvre. (Voir l'encadré à la page 23 sur la façon d'attribuer les codes d'identification uniques pour protéger l'identité de chaque individu.) Les données qui identifient les emplacements ou les personnes doivent être traitées avec la plus stricte confidentialité et protégées contre l'accès par toute personne qui n'a pas d'autorisation. Les données de cette nature, qu'elles soient sur ordinateurs ou écrites dans les journaux de bord, doivent être soigneusement stockées dans un endroit fermé à clé et/ou un emplacement protégé par un mot de passe.

La non-discrimination et la confidentialité sont la pierre angulaire des services de haute qualité de prévention, de soins et de traitement pour toute personne; elles font partie de toute formation médicale des fournisseurs comme caractérisée dans le serment d'Hippocrate. Tous les traitements, procédures, essais et services de consultation doivent être effectués selon les plus hautes normes professionnelles et éthiques. Dans tous les aspects, les droits fondamentaux de chaque client doivent être respectés et considérés comme ayant la plus grande importance. Pour appuyer une prestation de services non-discriminatoire :

- ▶ Tous les membres du personnel devraient recevoir une formation et une sensibilisation appropriées pour le travail effectué sur les populations clés.
- ▶ Le programme devrait avoir une politique d'anti-discrimination définie et un code de conduite.
- ▶ Le programme devrait rechercher régulièrement des commentaires anonymes provenant des clients.

Les interventions doivent avoir une politique de confidentialité définie qui est publicisée et vigoureusement soulignée par le biais de l'orientation du personnel et de séances de formation régulières. Les aspects de la politique comprennent :

- ▶ Dans toutes les circonstances, les informations contenues dans les dossiers des clients doivent être gardées confidentielles (c'est-à-dire, elles ne doivent pas être communiquées à des tiers).
- ▶ Les renseignements des clients seront divulgués seulement avec le consentement du client individuel. Sans le consentement de l'intéressé, aucun membre du personnel, ni d'autres personnes, même ceux qui sont directement impliqués dans la prestation des services et des conseils à l'individu, ne peuvent accéder aux données du client.
- ▶ Tous les dossiers des clients doivent être conservés dans un endroit sûr et seul le personnel de projet avec des responsabilités se rapportant directement au client aura accès aux enregistrements.
- ▶ Un système de responsabilisation confidentiel sera en place pour les clients pour signaler les cas de discrimination ou de mauvais traitements.
- ▶ Le programme devrait avoir une équipe d'intervention d'urgence prête pour le cas où l'identité d'un individu ou un groupe de membres de la population clé est obtenue par des étrangers de sorte qu'il aboutisse à un préjudice pour eux ou pour d'autres membres de la population clé.

Tous les membres du personnel de la clinique du programme sont tenus de lire et de signer un serment de confidentialité. Les serments signés doivent être conservés dans les dossiers personnels des membres du personnel. Un exemple d'un serment de confidentialité est présenté ci-dessous.

En plus de cela, un code de conduite pour les travailleurs de service et des superviseurs pour la sensibilisation du personnel peut être utilisé. Dans les cas où les jeunes ne sont pas alphabétisés, ce code de conduite peut être lu et accepté verbalement.

EXEMPLE DE CODE DE CONDUITE POUR LES TRAVAILLEURS CHARGÉS DE LA SENSIBILISATION

- Je maintiens la confidentialité des individus que je sers.
- Je travaille pour le nombre d'heures convenu par jour pour le programme.
- Je ne diverte pas les clients/n'ai aucun rapports sexuels avec des partenaires tout en travaillant pour le programme.
- Je ne suis pas en état d'ivresse ou sous l'influence de drogues pendant ma tenure au programme, et je n'ai aucun produit alcoolisé ni drogues en ma possession durant ma tenure au programme.
- Je ne m'implique pas dans une bagarre en raison de l'ivresse ou des drogues à un moment quelconque, que je travaille pour le programme ou non.
- Je respecte les opinions d'autrui et respecte les décisions relatives au programme.
- J'essaie fort de comprendre les autres et d'être amical avec eux.
- Je suis disposé à apprendre de nouvelles choses et à partager ce que j'ai appris avec d'autres.

SERMENT DE CONFIDENTIALITÉ

Je comprends que, dans l'exercice de mes fonctions dans ce service, je vais entrer en contact avec des informations privilégiées et privées sur des personnes qui accepteraient de faire partie de l'intervention. Je comprends que ces informations sont hautement confidentielles, et je m'engage à protéger la confidentialité de toutes les personnes présentes au service. Je vais protéger la confidentialité des patients en m'abstenant de discuter ou de divulguer des renseignements à leur sujet à une personne non autorisée, y compris le fait qu'elles ont assisté à ces services. Des personnes non autorisées peuvent inclure, mais ne sont pas limitées à, ma famille, des amis, des collègues et des dirigeants communautaires. Je comprends le préjudice potentiel social que pourraient subir les patients dont les informations personnelles et médicales sont divulguées aux personnes non autorisées.

Je comprends que la divulgation délibérée de toute information au sujet de tout membre de la population clé de ce programme pourrait entraîner la cessation de mon emploi ou donner suite à une action en justice contre moi.

Signature du membre du personnel :

Témoïn:

Date:

ÉLABORER DES CODES D'IDENTIFICATION UNIQUES POUR ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ

La confidentialité est une préoccupation importante lors de l'enregistrement de données concernant les populations clés. L'attribution d'un Code identificateur unique (CIU) à chaque personne, au lieu d'utiliser leur nom, est une bonne méthode pour assurer la confidentialité des enregistrements. Lorsqu'un individu d'une population clé est initialement enregistré, il reçoit un CIU comme un élément de ce système fiable et anonyme pour le suivi des populations clés par le biais de mesures de prévention, de traitement et de soins. Les systèmes avec CIU aident le programme à surveiller leur travail et les services offerts aux populations clés en :

- Créant un système de reconnaissance de service confidentielle qui identifie de façon unique chaque personne sans divulguer des renseignements personnels concernant l'individu
- Évitant les doublons lors du compte des populations clés en assistant les services
- Identifiant de nouveaux individus qui s'engagent avec la prévention et/ou des services de traitement
- Permettant l'analyse des cascades de traitement dans le continuum des données indicatrices des soins
- Évaluant la mobilité des populations clés grâce à des services de sensibilisation et d'établissements de santé
- Aidant à réorienter les services pour répondre aux besoins et aux habitudes de fréquentation des populations clés

Les programmes de prévention du VIH utilisent le CIU pour identifier les personnes sur leurs formulaires et systèmes de suivi, et plusieurs exemples de l'Inde (Avahan) et du Ghana (SHARPER) sont inclus ci-dessous :

Inde – Avahan/Karnataka en promotion croyance en la santé – CIU de 11 chiffres

- Les 2 premiers chiffres - District
- Les 2 chiffres suivants - Taluka (sous-district)
- Les 3 chiffres suivants – Cité/Ville/Village
- Les 4 chiffres suivants - Numéro de série du travailleur du sexe affecté en ordre parmi les locaux

Inde - Avahan/FHI 360 - Code CIU de 9 chiffres (si l'intervention fonctionne dans un seul district)

- Les 2 premiers chiffres - code ONG
- Les 2 chiffres suivants – Code du superviseur des travailleurs pour la sensibilisation
- Les 2 chiffres suivants - Code pour le co-travailleur pour la sensibilisation
- Les 3 chiffres suivants - Code de l'individu d'une population clé (à l'intérieur de l'aire du travailleur de sensibilisation/emplacement)

Ghana – SHARPER – Code CIU de 7 chiffres

- Premier chiffre - masculin ou féminin écrire 1 ou 2
- Deuxième et troisième chiffres - les deux derniers chiffres de l'année naissance
- Quatrième et cinquième chiffres - première lettre du prénom et du nom de famille
- Sixième et septième chiffres - les deux derniers chiffres du numéro de téléphone

Les clients ne sont pas tenus de se rappeler le CIU qui leur est attribué puisque le code peut être recréé sur la base des différents éléments qui le composent. Par exemple, si un particulier au Ghana connaît les deux derniers chiffres de l'année de sa naissance, la première lettre de son nom et prénom, et les deux derniers chiffres de son numéro de téléphone, son CIU peut alors être recréé en fonction des données offertes. Les identificateurs numériques créés par les applications de téléphone portable peuvent être un moyen plus efficace d'attribuer et de vérifier l'unicité des identifiants dans les systèmes nationaux.

Notez que certains programmes peuvent attribuer un identificateur de programme (AIP) au lieu d'un CIU. Pour obtenir des instructions sur la façon de générer ce code, voir l'annexe 3, les instructions de l'outil 6A.

VEÉRIFICATION DE LA VALIDITÉ DE L'CIU ET DE LA PERSONNE ASSOCIEE

Il est important de vérifier parfois la personne associée à un CIU et de vérifier que la personne est toujours sur le site et qu'elle reçoit des services. Par exemple, dans le cadre de l'évaluation de la qualité, le gestionnaire du programme et le personnel d'encadrement peuvent visiter le site et de rencontrer les individus de la population clé et leur demander leur opinion

des services qu'ils ont reçus. Cela confirme le CIU attribué à la personne et les services fournis à la personne. Ceci peut être fait pour 10 % des personnes qui reçoivent actuellement des services, qui seraient de 5 à 6 individus par emplacement. Si on peut vérifier 4-5 de ces PC sur les lieux (80%-90% des PC choisis au hasard), il pourrait être considéré comme valide.

ÉTUDE DE CAS DU CIU DE L'UKRAINE EN VERTU DU PROJET DU FONDS MONDIAL

Un programme de prévention du VIH en Ukraine a démontré l'expérience avec les CIU. Le programme a été mis en œuvre par alliance de l'Ukraine avec le Fonds mondial, et l'appui de l'AÉUDI depuis 2004, desservant les AIP et leurs partenaires sexuels, les MSM, les travailleurs du sexe et les jeunes vulnérables. Le programme atteint plus de 200 000 personnes annuellement avec les seringues et/ou des préservatifs, de l'information les matériaux, et des messages de prévention et permet d'accéder au dépistage du VIH et des ITS et le renvoi vers un traitement donné.

PROCESSUS D'ENREGISTREMENT DES DONNÉES DES PERSONNES PAR SYREX

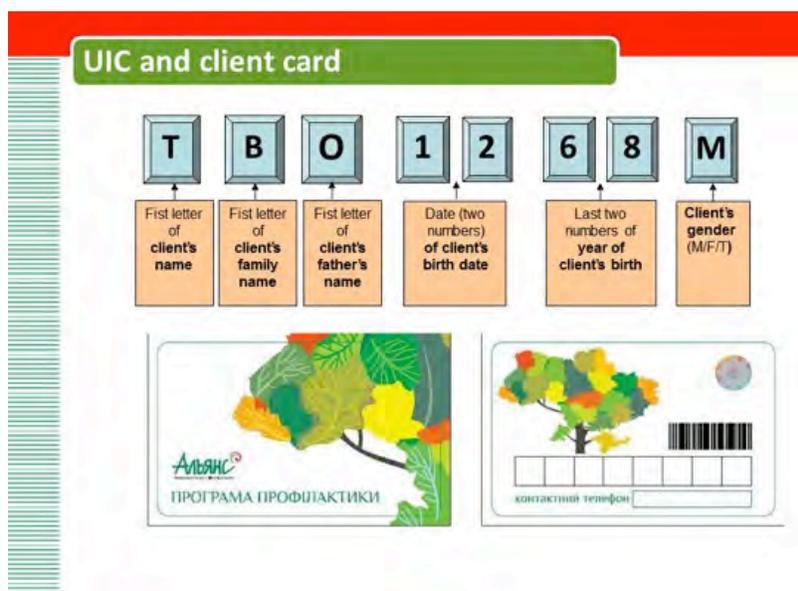
- Les données sur la fourniture de services sont enregistrées dans SyrEx – un outil de collecte de données pour le suivi et l'évaluation.
- SyrEx permet le suivi des données par client en employant le CIU, les codes à barres, ou les

biomédicaux pour tenir compte des personnes touchées avec services, et fournit au niveau individuel cascade de donnée pendant les tests, identification de cas, et inscription dans les soins et le traitement.

- SyrEx était initialement utilisé pour entrer uniquement dans les services Fournis par des ONG, mais le système a été élargi au fil du temps.
- Actuellement, les données des ONG de SyrEx intègre le Centre SIDA de données en ligne et fournit des liens pour prendre soin en plus d'être basé sur l'échange de données au niveau local.
- SyrEx est entrepris avec les normes d'éthiques sur Les lieux, assurant la confidentialité.

La figure 5 montre une carte client avec laquelle le CUI du client qui est écrit. Il montre aussi comment le CIU est généré. Le client utilise la carte d'identité sans avoir à s'identifier par son nom.

FIGURE 5 : Un exemple de CIU utilisé en Ukraine dans le cadre d'un Projet du fonds mondial





3. Outils communs pour la collecte de données dans les programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH pour les populations clés

Les données et les outils utilisés pour recueillir les données, peuvent être regroupés en trois catégories, en fonction du type de données et à la fréquence ils avec laquelle elles doivent être recueillies:

1. Outils spéciaux ou à utilisation unique
2. Outils de surveillance de routine
3. Autres outils

1. LES OUTILS SPÉCIAUX OU UTILISES UNE SEULE

FOIS incluent des outils qui peuvent être utilisés une seule fois pendant la durée d'un programme ou seulement à intervalles sporadiques, telles que le mappage initial du site et la validation, les estimations de la taille des populations clés, les sondages avec isolement, les évaluations de la qualité de communication pour les travailleurs de sensibilisation pairs, des évaluations de la qualité de service, etc. Bien qu'ils soient appelés «une seule fois», on peut avoir besoin de les reprendre annuellement ou selon les besoins, lorsqu'il y a des changements importants au site en termes de migration ou des changements dans des sites ou les endroits où des activités à risque élevé ont lieu.

2. LES OUTILS DE SURVEILLANCE DE ROUTINE

forment le noyau d'un solide système de collecte de données. La plupart des données de surveillance de routine sont recueillies et analysées sur une base quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle, en fonction de l'outil. Les données

de surveillance de routine sont utilisées afin d'informer et d'orienter la bonne incrémentation du programme et l'amélioration continue des programmes. Ces outils comprennent:

- ▶ **LES DOSSIERS ADMINISTRATIFS**, qui collecte les données sur le nombre de membres du personnel formés, le nouveau personnel, la disponibilité du service, les préservatifs distribués, le suivi des dépenses, etc.
- ▶ **LES DONNÉES DE TRANSACTION** (c'est-à-dire des données de chaque occasion où le programme « touche » une personne d'une population clé avec une sensibilisation ou des services), y compris les registres quotidiens des travailleurs de sensibilisation de pairs, les fiches de patient, les formulaires de renvoi, les registres des cliniques, et les registres de stocks.
- ▶ **LES RAPPORTS D'INCIDENT**, tel qu'un registre de gestion des crises.

Les informations de routine sur le suivi sont généralement recueillies et partagées entre plusieurs niveaux par le réalisateur du programme – du niveau du site jusqu'au niveau de l'ONG/CBO et au niveau national. Les données informent les gestionnaires du programme, les fondateurs et décideurs de façon un fréquente et opportune sur les résultats des tendances chez les bénéficiaires.

3. LES AUTRES OUTILS sont les formulaires d'inscription et d'enregistrement des données pour les personnes de la population clé. Ces données sont collectées au besoin ou lorsqu'une nouvelle personne de la population clé rejoint le programme. D'autres outils peuvent également inclure les données de la surveillance, des recherches universitaires, et d'autres sondages auprès des populations clés.

Le personnel du programme consacre la plus partie de son temps à la collecte et l'analyse des données pour les outils de surveillance de routine. Certaines données sont recueillies quotidiennement par les travailleurs de sensibilisation des pairs pour enregistrer les interactions avec leurs pairs, tandis que d'autres données de routine sont collectées et agrégées sur une base hebdomadaire ou mensuelle par une gamme

d'employés qui travaillent dans le programme.

Le reste de ce guide présente les outils de collecte de données couramment utilisés par les programmes qui travaillent avec les populations clés. Chaque section contient une brève description de l'outil et comment il est utilisé, suivi d'un exemple de l'outil ou la forme. Le tableau 3 donne la liste de tous les outils décrits dans le présent guide, avec la fréquence d'utilisation, de la personne responsable pour l'utilisation de l'outil, la population clé

pour laquelle il est approprié, et si l'outil est un élément essentiel du programme ou facultatif, en fonction de la quantité de temps et d'argent dont le programme dispose.

Pour plus de détails et des instructions étape par étape sur l'emploi de chaque outil, voir l'annexe III.

TABLE 3: Liste des outils contenus dans ce guide

Remarque : PM = Gestionnaire de programme ORW = Superviseur de sensibilisation du personnel

OUTIL #	NOM DE L'OUTIL	FRÉQUENCE	RESPONSABILITÉ	INTERVENTION	ESSENTIEL(E)/ FACULTATIF(O)
1	FORMULAIRE DE VALIDATION DE SITE DE RENCONTRE	Une fois et mis à jour régulièrement	M et E	Tous	E
1A	LISTE DE SITES DE RENCONTRE	Une fois et mis à jour régulièrement	M et E	Tous	E
1B	LISTE DE SITES DE RENCONTRE (PWID)	Une fois et mis à jour régulièrement	M et E	PWID	E
2	ÉTAT DE L'INFRASTRUCTURE	Une fois et mis à jour régulièrement	PM	Tous	E
3	REGISTRE DU PERSONNEL	Une fois et mis à jour régulièrement	PM	Tous	E
4	REGISTRE DES TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION	Une fois et mis à jour régulièrement	PM	Tous	E
5	REGISTRE DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS	Mise à jour régulièrement	PM	Tous	E
6A	FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE SENSIBILISATION (FSW/MSM)	Une fois et mis à jour régulièrement	M ET E/ORW	FSW/MSM	E
6B	FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE SENSIBILISATION (PWID)	Une fois et mis à jour régulièrement	M ET E/ORW	PWID	E
6C	REGISTRE MAITRE (FSW/MSM)	Une fois et mis à jour régulièrement	M ET E/ORW	FSW/MSM	E
6D	REGISTRE MAITRE (PWID)	Une fois et mis à jour régulièrement	M ET E/ORW	PWID	E

OUTIL #	NOM DE L'OUTIL	FRÉQUENCE	RESPONSABILITÉ	INTERVENTION	ESSENTIEL(E)/ FACULTATIF(O)
7A	FICHE DE SUIVI INDIVIDUEL/ CALANDRIER DES PAIRS (SENSIBILISATION)	Quotidiennement	Travailleurs de services	Tous	E
7B	FEUILLE DE COMPILATION DES TRAVAILLEURS DE SENSIBILISATION DES PAIRS	Quotidiennement	ORW	Tous	E
8A	REGISTRE DES POINTS DE DISTRIBUTION DE CONDOMS	Une fois et mis à jour régulièrement	M et E	Tous	E
8B	REGISTRE D'INVENTAIRE DE CONDOMS ET LUBRIFIANT	Mise à jour régulièrement	PM	PWID	E
8C	REGISTRE D'INVENTAIRE DE SERINGUES	Mise à jour régulièrement	PM	PWID	E
8D	INVENTAIRE DE BOUTIQUE DE COMDOM / LUBRIFIANT REGISTRE DE DISTRIBUTION	Mise à jour régulièrement	PM	Tous	E
8E	INVENTAIRE DE BOUTIQUE DE SERINGUE REGISTRE DE DISTRIBUTION	Mise à jour régulièrement	PM	Tous	E
9A	MSM/ FORMULAIRE D'INSCRIPTION CLINIQUE TG	Quotidiennement	Le personnel de la clinique	MSM	F
9B	FSW/ FORMULAIRE DE VISITE CLINIQUE MSM	Quotidiennement	Le personnel de la clinique	FSW	F
9C	FEUILLES DE RENVOI	Quotidiennement	Le personnel de la clinique	Tous	F
10	FORMULAIRE DE VISITE DE CLINIQUE FSW/MSM	Quotidiennement	Le personnel de la clinique	Tous	F
10A	FICHE DE SUIVI INDIVIDUEL DE PC POUR LES SERVICES CLINIQUES	Quotidiennement	Le personnel de la clinique	Tous	E
11	FICHE DE SUIVI DES PC PVVIH	Quotidiennement	Le personnel de la clinique	Tous	E
11A	GESTIONNAIRE DE CAS/ NAVIGATEUR DES PAIRS - FORMULAIRE INDIVIDUEL	Quotidiennement	Navigateur de pair	Tous	E
12	REGISTRE DE GESTION DE CRISE	Régulièrement	ORW	Tous	F
13	REGISTRE DE PLAIDOYER ET SENSIBILISATION	Régulièrement	ORW	Tous	E
14	REGISTRE DES RENVOIS (POUR LES SERVICES NON-MEDICAUX)	Régulièrement	PM	Tous	E
15	REGISTRE DE GROUPE DE SOUTIEN	Régulièrement	ORW	Tous	F
15A	FORMULAIRE INDIVIDUEL -GENDER_NORM -	Régulièrement	ORW	Tous	F
16	OUTIL D'ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION DES TRAVAILLEURS DE SENSIBILISATION DES PAIRS	Biannuel ou annuel	PM	Tous	F
17	EVALUATION DE POINT DE SERVICE RENVOI	Biannuel ou annuel	PM	Tous	F

4. Surveillance de la couverture du programme

4.1 SURVEILLANCE DE LA COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

Le mappage programmatique des populations clés est un exemple d'un exercice spécial de collecte de données - il s'effectue une fois au début du programme, puis périodiquement (tous les ans ou tous les deux ans) afin de mettre à jour les résultats. Le mappage est l'identification systématique des emplacements des sites publics où les populations clés se rassemblent et peuvent être atteintes avec des services. Il comporte habituellement une évaluation de la disponibilité des services à proximité de ces sites et fournit également des informations sur combien de personnes y sont, les sortes de personnes, et les moments où ils sont présents. Le terme « programmatique » est employé pour indiquer que le mappage est effectué afin d'améliorer la couverture du programme parmi les populations clés.

Le mappage est nécessaire pour donner au programme de prévention, de soins et de traitement une direction stratégique et pour établir des preuves solides pour l'affectation des ressources et la planification des interventions ciblées. Souvent les programmes ne disposent pas des ressources financières suffisantes pour couvrir toutes les populations clés du pays entier avec le même ensemble de services. Le mappage et les données d'estimation peuvent aider à déterminer quels types de services et de soutien peuvent être augmentés pour les emplacements géographiques avec d'importantes concentrations de populations clés. Les informations générées à partir de la cartographie contribuent à informer les planificateurs de programmes de façon plus précise sur quelle sorte de services et combien de services il faut mettre

dans quel endroit et quels effectifs et infrastructures (cliniques, centres d'accueil) sont nécessaires.

Contrairement à diverses méthodes d'estimation de taille qui offrent un nombre global des membres d'une population clé, le mappage programmatique produit des estimations au niveau d'un emplacement particulier ou d'un « endroit », modifie les nombres pour tenir compte du dédoublement entre les sites et à l'intérieur des sous-unités géographiques, et les inclut dans une estimation à l'échelle de la ville. La planification et le calcul de la couverture exige une compréhension de l'endroit où se trouvent les populations clés et une estimation des diverses sous-populations dans chacune de ces endroits. Ainsi, l'un des principaux points forts de cette approche ne réside pas seulement dans son élaboration des estimations, mais aussi en la production d'une distribution des membres de la population clé aux différents endroits. Pour la planification des services et la surveillance de la couverture par la suite, cette approche est l'une des meilleures possibles et s'est révélée très utile pour garantir des niveaux élevés de couverture à tous les niveaux - sites, zone d'intervention du programme, district, état/province, et national.

Le mappage programmatique est mis en œuvre au début du processus afin d'évaluer la couverture, d'établir les cibles de couverture, et d'estimer les ressources nécessaires pour atteindre ces cibles. Par la suite, les données de mappage programmatiques sont périodiquement mises à jour. Les informations de la première étude de mappage programmatique éclairent la planification au niveau national (plan macro) et au niveau local (plan micro). Chacun de ces éléments est décrit ci-dessous.

Le niveau national (le plan macro)

Au niveau de la planification nationale, des informations fiables sur l'emplacement et la taille des populations clés obtenues à partir du mappage programmatique initial constituent la base pour l'attribution des ressources pour l'augmentation des programmes, l'établissement des cibles de performance, l'évaluation de la couverture, et la détermination des exigences de financement national. Les programmes nationaux peuvent utiliser les données de mappages pour prioriser efficacement les géographies où des interventions doivent être élargies afin d'assurer la couverture la plus élevée possible dans les limites

des ressources disponibles. Généralement, les plans au niveau national devraient d'abord augmenter le programme chez population clés dans les comtés/ états membres avec les plus fortes concentrations de populations clés afin d'assurer une plus grande couverture. Saturer la couverture des populations clés dans les endroits à haute concentration est préférable à l'étalement de services sur une zone plus large (c'est-à-dire, il est préférable de saturer la couverture des populations clés avec le niveau de contact routinier nécessaire pour assurer le 90-90-90, plutôt que de disperser le financement et la gestion à travers des régions/endroits éparpillés loin les uns des autres).

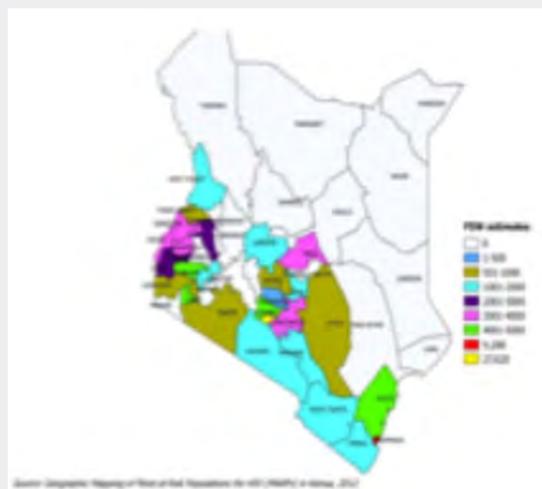
EXEMPLE : PLANIFICATION DE NIVEAU MACRO ET NIVEAU MICRO NIVEAU AU KENYA⁵

Niveau Macro

Depuis 2006, plusieurs petites études d'estimation de taille ont été menées pour comprendre la taille et la distribution des populations de travailleurs du sexe au Kenya. En 2012, un vaste exercice de mappage géographique/ programmatique a été menée par le Programme National de contrôle du sida et des ITS (PNCS) du Kenya, avec l'appui de la Banque mondiale, pour offrir des informations exactes sur la taille, les emplacements et les caractéristiques des populations de travailleurs du sexe, des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et des personnes qui s'injectent des drogues dans les principales zones urbaines et semi-urbaines. L'objectif était d'améliorer l'ampleur, la qualité et l'impact des programmes de prévention du VIH au sein de ces populations. Un total de 51 centres urbains ont été cartographiés, représentant 70 % des villes avec une population de 5 000 habitants ou plus dans chaque province. Ces données et les données d'autres études réalisées depuis 2006, ont ensuite été compilées pour finaliser les estimations nationales de 2013 concernant les populations de travailleurs du sexe, d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et de personnes qui s'injectent des drogues.

L'étude cartographique a estimé qu'il y a 133,700 femmes travailleuses du sexe au Kenya. Cette étude a servi de donnée de référence pour le PNCS afin d'analyser les lacunes de financement et de programmation et pour élaborer un plan d'augmentation pour atteindre les travailleuses du sexe (avec d'autres groupes à risque) dans le cadre du prochain plan stratégique national.

Les résultats de cette étude ont montré une distribution inégale des travailleuses du sexe à travers le pays. Certains comtés comme Nairobi et Mombasa ont des chiffres beaucoup plus élevés de travailleuses du sexe que d'autres. Par conséquent, la réponse au VIH visait l'agrandissement des services et la saturation de la couverture dans ces



5. Organisation mondiale de la santé, le Fonds des Nations Unies pour la population, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, le Réseau mondial des projets de travail du sexe, de la Banque mondiale. La mise en œuvre de programmes du VIH/ITS complet avec les professionnelles du sexe : des approches pratiques d'interventions menées en collaboration. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

comtés avec plus de travailleuses du sexe. Une analyse des lacunes dans la couverture a été ensuite conduite pour comprendre les besoins de financement supplémentaire et des plans ultérieurs ont été développés pour allouer les ressources pour obtenir la couverture de 90 % des travailleuses du sexe à l'échelle nationale.

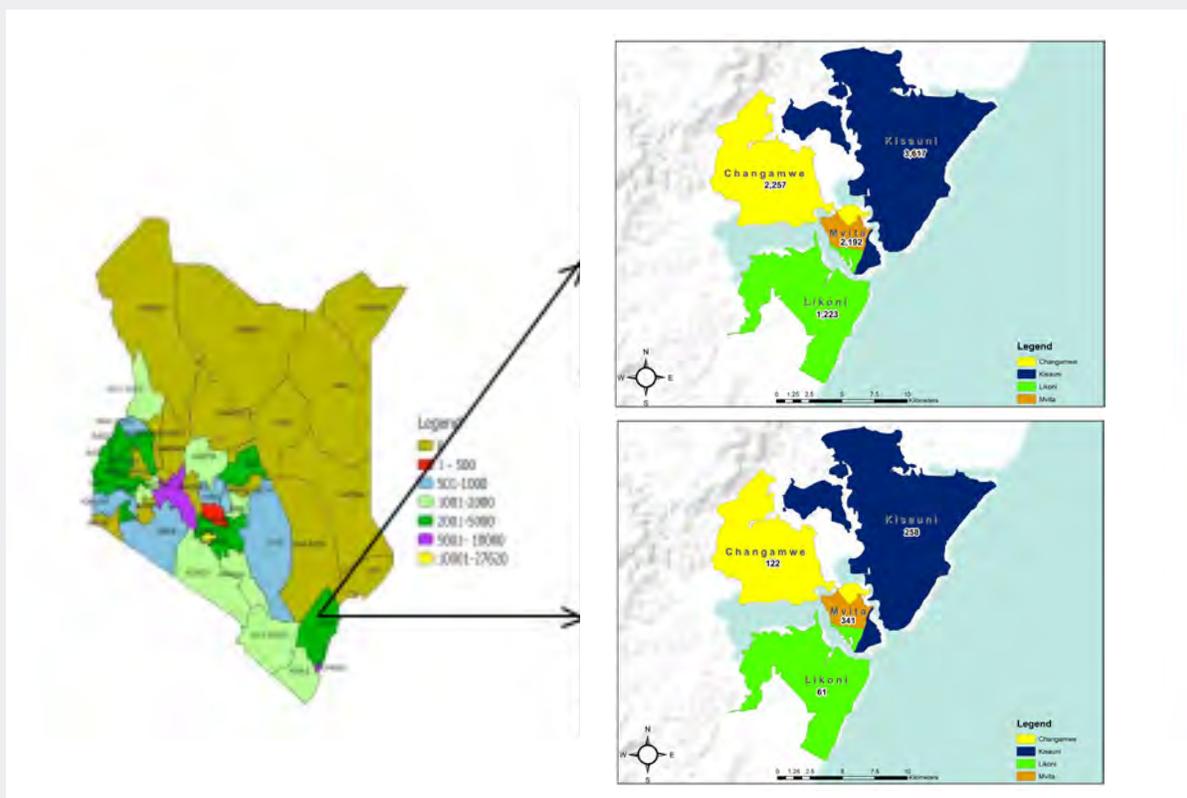
Niveau micro

Une logique similaire s'applique au niveau du comté. La cartographie et l'estimation de la taille ont aidé à prioriser les comtés où un nombre plus élevé de populations clés ont été cartographiés et priorisés pour saturer la couverture. Cet établissement de priorités a également contribué à la gestion efficace des ressources.

Comté de Mombasa, Kenya

L'exercice de cartographie et d'estimation mené par le PNCS en 2012 a indiqué qu'il y avait plus de 9 000 travailleuses du sexe et environ 800 hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans le comté de Mombasa. La stratification supplémentaire des données par district a montré que 70 % des travailleuses du sexe et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes étaient dans les circonscriptions de Mvita et de Kisauni. En se fondant sur cette preuve, les circonscriptions de Kisauni et de Mvita ont créé des objectifs qui donnent la priorité aux services pour atteindre au moins 70 % du montant estimé des travailleuses du sexe et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Au départ, il y avait une pénurie des ressources pour atteindre le nombre visé de travailleuses du sexe et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes; toutefois, les données cartographiques ont été utilisées pour mobiliser des ressources pour le comté de Mombasa, qui était manifestement mal desservi. Le pays utilise maintenant cet exemple pour étendre sa couverture à d'autres districts du Kenya.



Au niveau de la base (plan micro)

L'approche basée sur le mappage et l'estimation, réalisée dans l'ensemble du programme, crée un classement simple des sites et des caractéristiques détaillées sur chaque site pour guider la gestion de personnel et des ressources, tels que les dispensaires mobiles. À l'instar d'autres micro-outils de planification qui sont basées sur les méthodes d'estimation, la micro-planification/mappage génère une liste de tous les sites, attribue un éventail d'estimations pour les membres de la population clé à chaque site par sous-typologie, et décrit le moment optimal pour la prestation du programme. Cette information est un outil précieux pour la planification des services et des interventions. Cette sorte de mappage peut être confirmée par les travailleurs de sensibilisation des pairs qui peuvent produire leurs propres cartes picturales et enregistrer les détails de chaque site, y compris la typologie de chaque site (bar, rue, maison de prostitution, etc.), les jours où le site est actif (les jours de semaine ou les fins de semaine), le moment où le site est opérationnel (le soir, la nuit, toute la journée), et le nombre estimé de personnes de la population clé (par typologie) à chaque site (voir la figure 6 à la p.32). Le tableau 4 montre un exemple des informations générées par les exercices de mappage et d'estimation pour les sites au niveau micro à Mombasa.

Ces informations servent les besoins des planificateurs de la prestation des services et des fournisseurs au niveau de la mise en œuvre. Par exemple, les planificateurs de programmes dont besoin de granularité d'informations au niveau du site afin de:

- ▶ **Déterminer les besoins en ressources humaines:** Selon les lignes directrices nationales, pour fournir des services adéquats de sensibilisation, un travailleur de sensibilisation par les pairs devraient être disponible pour chaque groupe de 50-60 femmes travailleuses du sexe. En se basant sur l'exercice de mappage, les partenaires d'exécution peuvent déterminer combien de travailleurs de sensibilisation des pairs et les autres membres sont nécessaires et quel site ils devraient être sélectionnés. À titre d'exemple, pour un endroit avec environ 600 travailleuses du sexe, au moins 10-12 travailleurs de sensibilisation des pairs devraient être employés.
- ▶ **Cibler les endroits/sites pour la localisation des interventions:** Le mappage aide les partenaires chargés de la mise en œuvre à décider à quels sites il faut donner la priorité. Par exemple, à Karachi, au Pakistan, 75 % de près de 12 000 personnes qui s'injectent des drogues se rassemblent à 50 % des

TABLE 4: Exemple de mappage de données par circonscription

CIRCONSCRIPTION *	NOM DE*	TYPE D'ENDROIT	JOURS DE POINTE	NO. FSW
CIRCONSCRIPTION A	Site 1	Bar	mer, ven, sam	200
CIRCONSCRIPTION A	Site 2	Bar	ven, sam	200
CIRCONSCRIPTION A	Site 3	Bar	mer, ven, sam, dim	100
CIRCONSCRIPTION A	Site 4	Bar	ven, sam	100
CIRCONSCRIPTION A	Site 5	Bar	ven, sam	100
CIRCONSCRIPTION A	Site 6	Salon de massage	ven, sam	60
CIRCONSCRIPTION A	Site 7	Bar	ven, sam	50
CIRCONSCRIPTION A	Site 8	Rue	ven, sam	50
CIRCONSCRIPTION A	Site 9	Rue	ven, sam	50
CIRCONSCRIPTION A	Site 10	Bar avec hébergement	ven, sam	50

*Les noms ont été omis pour fin de confidentialité

sites. Ainsi, saturer la couverture dans la moitié des sites à Karachi couvrirait 75 % des personnes qui s'injectent des drogues.

- **Obtenir de l'information sur la dynamique opérationnelle des populations clés:** Ces renseignements servent à informer le plan initial d'intervention et comprennent la sous-typologie (bordel, rue, bar, club de nuit, travailleuses du sexe dans un salon de massage, le moment de fonctionnement de chaque endroit, et aussi les jours où la plupart des travailleuses du sexe de visitent ces sites. Si les travailleuses du sexe sont basées dans des bordels, le ratio des travailleurs de sensibilisation des pairs peut être supérieur et un plan parallèle doit être conçu pour faire un travail de plaidoyer auprès des propriétaires et des gestionnaires des maisons de prostitution. De même, si la plupart des travailleurs du sexe ont comme base la rue, l'intervention sera obligée d'investir des ressources et d'élaborer des plans afin d'empêcher et de répondre aux questions de la violence exercée par la police et les gens de la rue qui exploitent les populations clés.
- **Avoir les données de base et les dénominateurs au niveau local:** Les estimations concrètes et défendables des tailles qui sont fournies au niveau du site peuvent être utilisées pour estimer le nombre de préservatifs, de lubrifiant, des approvisionnements des essais pour la sensibilisation, et d'autres matériaux nécessaires. Au fur et à mesure que les sites ferment ou perdent de la popularité, les estimations peuvent être ajustées. Le mappage de données fournit aux programmes de prestation de services des dénominateurs⁶, qui sont cruciaux pour être en mesure de fixer des objectifs et établir des points de repère pour les principaux indices de résultats. Les indices clés associés à la couverture des programmes et à la fréquentation des programmes et des services par les populations cibles servent d'indices de la réussite du programme. Les lacunes

de la couverture au niveau du site peuvent être évaluées grâce au mappage de ces sites sur une base continue.

4.1.1 Mappage de validation participative au niveau micro

Bien que les partenaires d'exécution utilisent les données initiales de mappage et d'estimation pour la planification et l'établissement de rapports sur les sites, aussitôt que le programme identifie les individus de la population clé aux sites, ils peuvent aider à faire un exercice de validation participative pour valider le mappage antérieur. Alors que les programmes commencent à atteindre la population clé et à offrir des services de qualité, l'estimation de la taille de la population tend à croître (c'est-à-dire, la demande de services augmente).

Comment effectuer la validation d'un mappage avec les travailleurs chargés de la sensibilisation par les pairs

Au début d'un programme ou comme un élément de la formation des travailleurs de sensibilisation des pairs, ceux-ci sont invités à dessiner une carte pictoriale sur du papier d'affichage des zones où ils travaillent. La carte doit inclure les rues, les bâtiments, et principales caractéristiques telles que les parcs, les arrêts de bus, les cinémas, etc. Le travailleur de sensibilisation des pairs devrait également identifier le nombre et la localisation habituelle des personnes de la population clés au sein de l'endroit. Ils devraient également prendre note des typologies des individus, aussi bien que le niveau de risque de chaque personne. Ces cartes sont souvent affichées sur les murs du centre d'accueil ou du bureau de l'ONG où le personnel et les travailleurs chargés de la sensibilisation des pairs se réunissent régulièrement. Les travailleurs d'approche des pairs peuvent mettre à jour ces cartes périodiquement (tous les six mois) pour suivre les changements tels que de nouvelles personnes de la population clé ou celles qui ont déménagé. Dans des endroits à grande mobilité, il se peut que ces doivent être révisées plus souvent.

6. Dénominateur » désigne le nombre total de personnes de la population clé qui sont censés avoir les services du projet et sont comptés avec la mappage et le processus d'estimation de la population. Cela devrait être le nombre maximum de personnes que le programme peut atteindre.

FIGURE 6: Exemple de mappage d'endroits



L'exemple ci-dessus est une carte dessinée par un travailleur de sensibilisation des pairs pour sa zone de sensibilisation des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. La carte met en évidence les points de repère, des points de drague et la localisation des points de vente de préservatifs. La carte répertorie également le nombre et les types des personnes de la population clé qui visitent l'endroit.

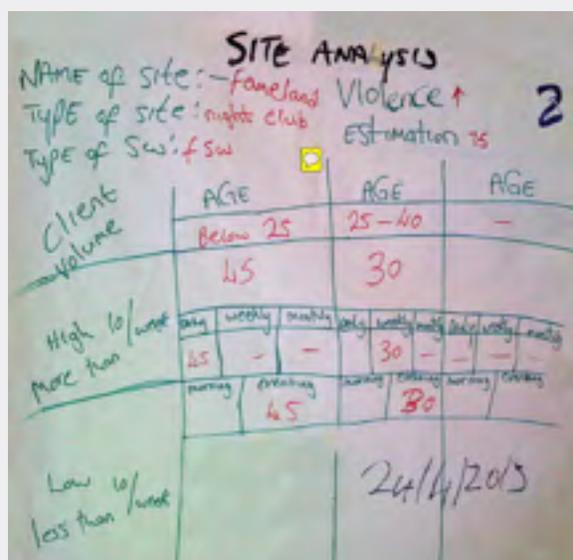
EXEMPLE DE MAPPAGE DE VALIDATION PARTICIPATIVE AU KENYA

Les membres de la population clé identifiés par le Centre international de santé reproductive à Mombasa ont effectué leurs propres exercices de cartographie avec les travailleurs chargés de la sensibilisation par les pairs pour valider l'exercice cartographique initial, et ils ont trouvé une variation d'environ 10 à 15 % dans le nombre des personnes clés de la population identifiées. Comme un avantage supplémentaire de ce mappage, cet exercice de validation a permis à l'organisation et la communauté de « s'approprier » les données de mappage et de les utiliser dans la programmation.

Validation du mappage du site - Exemple de Mombasa



Analyse du site - Exemple de Mombasa



Étude : Le mappage des emplacements à haut risque pour développer les programmes de prévention du VIH à Karnataka, en Inde

En 2003, un exercice de mappage rapide a été mené au Karnataka, en Inde, pour évaluer les endroits et les sites dans les zones urbaines où les activités qui augmentent le risque de transmission du VIH ont lieu. L'exercice fut entrepris afin d'éclairer le développement des programmes ciblés de prévention du VIH. En utilisant cette approche, les localisations, les estimations de la population, et les typologies opérationnelles de groupes à risque plus élevé pour l'infection par le VIH ont été identifiées. Les sous-groupes de la population clé considérés étaient les travailleuses du sexe, les hommes à risque élevé qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les personnes qui s'injectent des drogues.

Les réalisateurs du programme ont utilisé les informations de mappage pour hiérarchiser les villes et les sites pour établir les interventions de prévention du VIH au Karnataka. Les informations de mappage ont également aidé à identifier les endroits et les sites pour la mobilisation communautaire et l'établissement des rapports. L'identification de typologies des travailleuses du sexe a fourni des informations qui ont été utilisées pour la conception la plus appropriée des interventions ciblées dans le contexte donné. Aussitôt que le programme a construit une relation avec la communauté et établi des services cliniques et de sensibilisation de base, les personnes de la population clé ont aidé à effectuer des exercices de validation du site pour valider la taille de la population estimée par le mappage. Les estimations validées se distinguaient de la première estimation répertoriée de seulement 5 à 10 %.

Questions éthiques avec le mappage

Comme avec toutes les données sur les populations clés, les données de mappage ainsi que les activités de mappage doivent être sensibles aux questions de confidentialité et d'éthique des populations clés. On doit se rappeler les problèmes énumérés ci-dessous pendant tout exercice de collecte de données avec des populations clés. Il faut y ajouter toute question supplémentaire que les membres de la communauté de la population clé identifient comme importante:

- ▶ Un engagement significatif des populations clés est important. Cela veut dire qu'il faut décider si la situation sécuritaire permet la collecte de données ou la conception, et déterminer des protections adéquates lors de la collecte, du stockage et de l'utilisation des données.
- ▶ En plus de la consultation des communautés de la population clé, une évaluation des risques et des avantages de la cartographie programmatique devrait être effectuée. Si la décision est prise d'aller de l'avant, une stratégie écrite devrait être négociée pour décrire les protections appropriées et raisonnables développées en collaboration avec les populations clés et les organismes nationaux ou d'autres personnes qui utiliseront les données.
- ▶ Une Procédure opératoire normalisée (PON) devrait être écrite pour décrire l'exercice de mappage, sa fonction au sein du programme, comment les données seront stockées, et qui aura accès aux données. (Voir l'annexe IV pour une description complète d'un PON pour le mappage et d'autres considérations comme le consentement.)
- ▶ Une procédure pour l'obtention du consentement éclairé pour la participation devrait figurer dans tous les protocoles de collecte de données, quelle que soit la nature de l'étude officielle, de l'exercice de surveillance, ou de la méthode de planification de programme.

Il faut traiter les données cartographiques avec soin, surtout lorsque les personnes et lieux sont identifiés.

Des estimations de la taille, surtout les informations sur la localisation, devraient être protégées et non pas accordées aux médias, ni dans certaines situations aux instances gouvernementales, puisque la diffusion ou la publication de chiffres peuvent entraîner des effets politiques ou des mesures d'application de la loi. Cela poussera les populations clés une fois de plus vers la clandestinité et augmentera leur vulnérabilité au VIH. Ces estimations devraient plutôt être partagées à des instances appropriées pour l'élaboration des politiques et des activités de plaidoyer.

Limitations avec le mappage

Comme c'est le cas chez chaque étude de recherches, le mappage présentent certaines limitations:

- ▶ Le mappage est extrêmement exigeant en main-d'œuvre et en temps. Dans une grande ville, des milliers d'informateurs communautaires peuvent être interviewés en vue d'obtenir une liste complète des sites.
- ▶ Les données peuvent sous-estimer la taille de la population. Là où un grand nombre de membres de la population clé ne visitent pas les sites publics ou les endroits géographiques, les informations sur la taille de ces populations clés peuvent être sous-estimées.

Des données sont nécessaires pour améliorer la programmation, mais ne devraient pas faire obstacle à la prestation des services. L'objectif du programme sur le VIH doit être de construire un accès immédiat aux services pour les populations clés basé sur des sites connus, et le mappage peut ultérieurement améliorer ces efforts. Une fois que les programmes sont établis, les équipes locales doivent poursuivre avec diligence des renseignements sur d'autres sites de travail sexuel et les réseaux de leur voisinage pour surmonter les difficultés associées à la détermination de tous les types de paramètres du travail sexuel.⁷ Le mappage ne peut pas découvrir toutes les populations clés, mais un processus itératif de la mise en œuvre du programme et de mappage est nécessaire au fil du temps pour identifier et atteindre les populations.

7. Blanchard JF, Bhattacharjee P, Kumaran S, Ramesh BM, Kumar NS, Washington RG, et al. Concepts et stratégies pour intensifier la prévention ciblée pour les travailleuses du sexe en Inde. *Sex Transm Infect.* Oct 2008; 84 Suppl 2:ii19-23

4.1.2 Mesurer la disponibilité et la couverture des interventions des endroits/sites

Mappage programmatique

Le mappage programmatique fournit des données détaillées qui peuvent indiquer où les populations clés peuvent être trouvées et les zones géographiques où le programme doit concentrer les services. Pour offrir des services de manière efficace, le programme doit se concentrer sur les domaines présentant le plus grand nombre de sites (quartiers avec des bars, bordels, rues ou endroits de sollicitation, zones de fraternisation, maisons de piquages), et développer des endroits (agglomérations de sites) avec une installation clinique placée à l'intérieur d'une distance rapprochée.

Le mappage programmatique sert non seulement à identifier où il faut situer les services mais aussi à identifier et cartographier les structures et les partenaires (cliniques, hôpitaux, postes sanitaires, services de clinique mobile, dispensaires, centres d'accueil, etc.) dans les sites ciblés qui pourraient jouer un rôle clé dans la prestation de services.

Avec une compréhension raisonnable de la région et des populations clés qui y travaillent et habitent, les planificateurs de programmes devraient être en mesure de déterminer où il faut situer les ressources, le personnel et les mécanismes de prestation de services pour optimiser la prestation des services.

LES POPULATIONS CLES MENANT LA REPONSE AU VIH

Les communications et services du VIH ciblés pour les populations clés sont guidés par des travailleurs de sensibilisation pour les pairs et les populations clés qu'ils mobilisent et habilite par le soutien comportemental et des initiatives visant à créer des réseaux communautaires et à réduire la vulnérabilité des populations clés au VIH, à la violence et à la stigmatisation et à promouvoir d'autres priorités importantes dans la communauté.

Pour que les programmes soient efficaces et responsables, le système de diffusion doit avoir des objectifs définis pour ceux qui sont directement atteints grâce à une approche par les pairs et les cibles pour renvoyer les personnes ou les amener aux différents services. Les travailleurs de sensibilisation des pairs se voient désigner des zones géographiques et une cohorte de membres de la communauté de la population clé qu'ils connaissent et à qui ils offrent la sensibilisation et le renvoi pour les services. Les travailleurs de sensibilisation des pairs disposent d'un nombre défini de pairs à visiter chaque semaine, un certain nombre de sites, des heures de travail définies, et un moyen d'enregistrer qui ils voyaient et quels services l'individu a obtenus. Chaque travailleur de sensibilisation des pairs devrait être encadré par un superviseur de sensibilisation du personnel qui observe les travailleurs de sensibilisation des pairs sur les lieux et convoque des groupes de travailleurs de sensibilisation des pairs (au moins une fois toutes les deux semaines) au bureau de l'ONG ou dans un centre d'accueil pour revoir des données, discuter des goulets d'étranglement et les solutions aux problèmes, et acquérir les idées des travailleurs de sensibilisation des pairs sur la façon d'améliorer le programme.

Optimisation de la couverture

Une fois que les planificateurs de programmes ont utilisé les données de cartographie pour déterminer les endroits à couvrir, ils pourront concevoir le système de sensibilisation afin d'assurer que le bon nombre de travailleurs de sensibilisation des pairs soit disponible pour assurer une couverture complète. Une surveillance régulière de la couverture au niveau du site peut être utilisée pour confirmer que les objectifs soient atteints et que le programme soit au bon endroit.

Validation du site

Il est important que les gestionnaires du programme fassent bien attention aux nouveaux endroits émergents ainsi qu'aux endroits qui ont été fermés pour des raisons diverses telles que des attaques, des démolitions, du travail de développement, un changement dans les lois, etc. Pour garder une liste mise à jour des endroits, un exercice de validation du site devrait être réalisé sur une base régulière (de préférence tous les six mois) pour valider l'existence des sites pour l'intervention. L'Outil #1: Formulaire de validation de site de rencontre ci-dessous peut être utilisé (voir annexe III pour plus d'informations sur la façon de remplir le formulaire).

OUTIL 1: FORMULAIRE DE VALIDATION DE SITE DE RENCONTRE

Nom de l'ONG/OSC/IA:		Nom du travailleur de sensibilisation des pairs:	
Nom du site de rencontre		Type de site de rencontre*	
Code du site de rencontre		Localisation	
Département		Commune	
Type de PC	1=FSW, 2=MSM, 3=TG, 4=AIP	Répondant	1=PC, 2=autres, 3=aucun
Nature du site de rencontre	1=Actif, 2=inactif		
Date de visite 1 (JJ/MM/AA): ____ / ____ / ____		Date de visite 2 (JJ/MM/AA) : ____ / ____ / ____	

No. SI	PROFIL DU SITE DE RENCONTRE	
1	Pour une journée typique/habituelle combien de PCs travaillent à/ visitent ce site de rencontre?	Min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Max <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	À ce site de rencontre, à quelle heure de la journée trouvons-nous le nombre maximum d'IPK (heure de pointe)? ENCERCLER CEUX QUI S'APPLIQUENT	MATIN A APRES-MIDI B SOIR C NUIT D TOUTES LES 24 HEURES E
3	À cet endroit, pendant quel(s) jour(s) de la semaine le numéro de PC est plus élevé que d'habitude (plus haute journée)? ENCERCLER CEUX QUI S'APPLIQUENT	LUNDI A MARDI B MERCREDI C JEUDI D VENDREDI E SAMEDI F DIMANCHE G
4	Pendant l'un des jours de pointe de la semaine/du mois, combien de PCs travaillent à/visitent ce site de rencontre (min - max)?	Min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Max <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

No. SI	RENSEIGNEMENTS SUR D'AUTRES ENDROITS	
5	Connaissez-vous un autre endroit de ce genre dans cette ville/village/ commune où les PC travaillent/visitent?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
S.N	NOM DU SITE DE RENCONTRE/ADRESSE	TYPE DE SITE DE RENCONTRE*
A		
B		

*Les codes pour type de point d'accès: **1**=Bar avec hébergement, **2**=Bar sans hébergement, **3**=sexe den/bordel, **4**=strip club, **5**=rues/ routes, **6**=Domicile, **7**=Casino, **8**=plage, **9**=pension/maison de repos/hôtel/auberge, **10**=salon de massages, **11**=Parcs, **12**=taverne, **13**=toilettes publiques, **14**=autres (Précisez)

La validation des lieux devra continuer afin de préserver toutes les options au cours de l'exercice pour identifier les sites qui sont apparus depuis le dernier exercice de validation de site en raison d'un boom économique dans le pays, ou d'un afflux en raison de leur migration saisonnière, de festivals, ou d'autres facteurs extrinsèques.

L'un des principaux indices de tableau de bord que programme doit surveiller fréquemment pour

optimiser la couverture est le nombre de sites, y compris le type de populations clés et le nombre de personnes de la population clé à chaque site. L'outil suivant **#1A : Liste de site de rencontre** peut être utilisé pour enregistrer ces informations. Cet outil fournit une estimation des personnes d'une population clé disponibles à chacun des sites pour l'intervention.

OUTIL N° 1A : LISTE DE SITES DE RENCONTRE

<Employer le nom du partenaire> _____

Type de PC: FSW MSM TG

NOM DU SITE DE RENCONTRE	CODE DU SITE DE RENCONTRE	LOCALISATION	NOM DE LA CIRCONSCRIPTION	TYPE DE SITE DE RENCONTRE*	EST. NO. DE PC (MOY.)	JOURS DE POINTE	JOURS DE POINTE	TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION DES PAIRS RESPONSABLE
1	2	3	4	5	6	7	8	9

*Les codes pour type de point d'accès : **1**=Bar avec hébergement, **2**=Bar sans hébergement, **3**=Le sexe den/bordel, **4**=strip club, **5**=rues/ routes, **6**=Domicile, **7**=Casino, **8**=plage, **9**=pension/maison de repos/hôtel/auberge, **10**=salon de massages, **11**=Parcs, **12**=taverne, **13**=toilettes publiques, **14**=autres (Précisez)

4.2.2 Measuring intervention coverage of key populations at the spot level

Utiliser les données des estimations de la population pour planifier la couverture

Aussitôt que le programme sait le nombre, la localisation et les types de populations clés (par le mappage), le programme devrait planifier les infrastructures nécessaires pour atteindre les objectifs avec un but de saturation dans une période fixe. D'importantes décisions concernant les infrastructures

comprennent : le nombre des centres d'accueil nécessaires, le nombre et la nature de services cliniques, le nombre et la nature de personnel de sensibilisation et le nombre et la nature de personnel de gestion. Ce processus sera répété, de sorte que l'efficacité et les coûts de livraison soient informés par les données de surveillance et les observations du personnel et des pairs. Lors de la planification de l'infrastructure requise, on peut utiliser les données de l'estimation de la taille calculer et planifier la couverture du plan, comme dans l'exemple du tableau 5.

8. Les indices du tableau de bord sont le sous-ensemble d'indices clés qui sont surveillés régulièrement pour comprendre l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme. Typiquement, ce sont six ou sept indices qui couvrent tous les domaines importants de l'intervention.

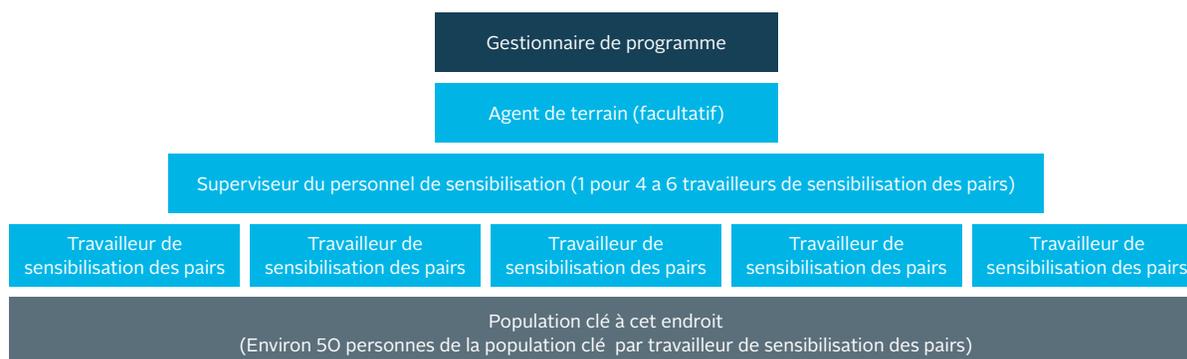
TABLE 5: Comment planifier l'intervention basée sur les numéros cartographiés dans un district

DOMAINE	TAILLE ESTIMÉE				TOTAL DE PC DELA SECTION DE LA CIRCONSCRIPTION CERNEE	NOMBRE DE SITES NECESSAIRES (1000 PCS PAR SITE)
	FSW	MSM	TG	PWID		
district 1	1,500	1,800	1,000	500	4,800	5
district 2	1,800	1,000	500	250	3,550	4
district 3	2,500	1,200	500	1,000	5,200	5
district 4	500	250	500	250	1,500	2
district 5	3,500	1,500	250	1,000	6,250	6
district 6	1,000	1,800	750	1,000	4,550	5
district 7	1,200	500	500	1,500	3,700	4
district 8	1,000	3,500	1,000	1,500	7,000	7
Total	13,000	11,550	5,000	7,000	36,550	38

Le calcul ci-dessus montre que le programme aura besoin de 38 équipes au niveau du site réparties dans huit circonscriptions pour une couverture complète de 36 550 membres de la population clé dans tout le programme. Dans l'ensemble du niveau du programme, certains gestionnaires peuvent travailler sur plusieurs sites ou tous les sites. Le calcul ci-dessus est fondé sur l'hypothèse que de la gestion pour être efficace et efficiente, un site pourrait couvrir 1 000 personnes de la population clé. Toutefois, il est important de noter que la répartition géographique de ces populations à travers les sites et la disponibilité d'installations doivent être considérées lors de la définition de l'unité de gestion. Si les tâches sont largement dispersés, là où quatre endroits avec 500 personnes de la population clé exigent de fréquentes déplacements et

une coordination avec des installations afin d'atteindre les objectifs, la couverture pourrait être inférieure à 1 000 individus par site de population clé. De même, dans les zones urbaines densément peuplées, si les sites sont groupés les uns près des autres, les collectivités sont en quelque sorte mobilisées, et les installations sont expérimentées dans la prestation de services aux populations clés, le fardeau de la gestion peut autoriser un site à inclure plus d'un millier de personnes de la population clé par site.

Le programme doit également décider d'une structure organisationnelle. La figure 7 ci-dessous indique comment les ressources humaines pourraient être déployées pour s'assurer que tous les domaines opérationnels reçoivent le niveau le plus élevé de couverture.

FIGURE 7: Sample Organization Chart

Source: *La micro-planification en programmes de sensibilisation par les pairs : Un manuel fondé sur l'expérience de l'initiative Avahan contre le SIDA en Inde.*

Mesurer la couverture des interventions des populations clés, au niveau du site

Une fois que le plan a été élaboré pour couvrir les endroits dans la zone de programme, la prochaine étape consiste à mesurer la couverture et à planifier la couverture au niveau du site. Chaque endroit doit répertorier tous les sites dans l'endroit, le nombre de

personnes de la population clé estimée par type dans chaque site, et affecter une diversité de personnel de sensibilisation qui s'occuperont de chaque individu du site (voir tableau 6). Cela permettra de s'assurer que toutes les personnes de la population clé dans l'estimation sont inscrites au programme et reçoivent les services dont ils ont besoin.

TABLE 6: Coverage Calculation by Spot

COMTE	NOM DE L'ENDROIT	TYPE D'ENDROIT	NO. DES TRAVAILLEURS DU SEXE	NOMBRE DE PERSONNES INSCRITES DANS LE PROGRAMME (JUSQU'A PRESENT)	% PERSONNES INSCRITES CONTRE ESTIMEES
District A	Spot 1	Bar	200	148	74%
District A	Spot 2	Bar	200	125	63%
District A	Spot 3	Bar	100	90	90%
District A	Spot 4	Bar	100	95	95%
District A	Spot 5	Bar	100	80	80%
District A	Spot 6	Salon de massage	60	75	125%
District A	Spot 7	Bar	50	25	50%
District A	Spot 8	Rue	50	30	60%
District A	Spot 9	Rue	50	60	120%
District A	Spot 10	Bar avec hébergement	50	50	100%
		Total	960	778	81%

Le gestionnaire du programme devrait procéder à cet exercice tous les mois avec les ajustements apportés pour ajouter des travailleurs de sensibilisation des pairs, affecter des travailleurs de sensibilisation des pairs à de nouveaux sites, ou à prendre des sites et des personnes supplémentaires au fur et à mesure qu'il/elle augmente ses capacités, jusqu'à ce que la saturation, telle que définie par les cibles du programme, soit atteinte. Dans l'idéal, l'objectif du programme devrait être une saturation de 100% de la population clé estimée. Le programme devrait être assez souple pour planifier ses activités de façon

progressive pendant les trois premières années pour atteindre la cible. Cela devrait être surveillé sur une base régulière pour prendre des mesures correctives le cas échéant.

Le tableau 6 ci-dessus montre que des 10 sites, six ont atteint la saturation, définie comme l'enregistrement de 80 % ou plus du nombre estimé de personnes; parmi eux, deux sites ont dépassé le nombre estimé en matière d'inscription. Ce calcul montre également aux gestionnaires de programme que quatre de ces sites ont du mal à atteindre la saturation, et les

gestionnaires peuvent enquêter davantage pour déterminer pourquoi ces sites n'ont pas atteint la cible de 80 %. En outre, il est important que les gestionnaires comprennent pourquoi deux sites ont pu atteindre plus que le maximum estimé de travailleuses de sexe (supérieure à 100 %). Parmi les explications possibles, mentionnons l'afflux soudain

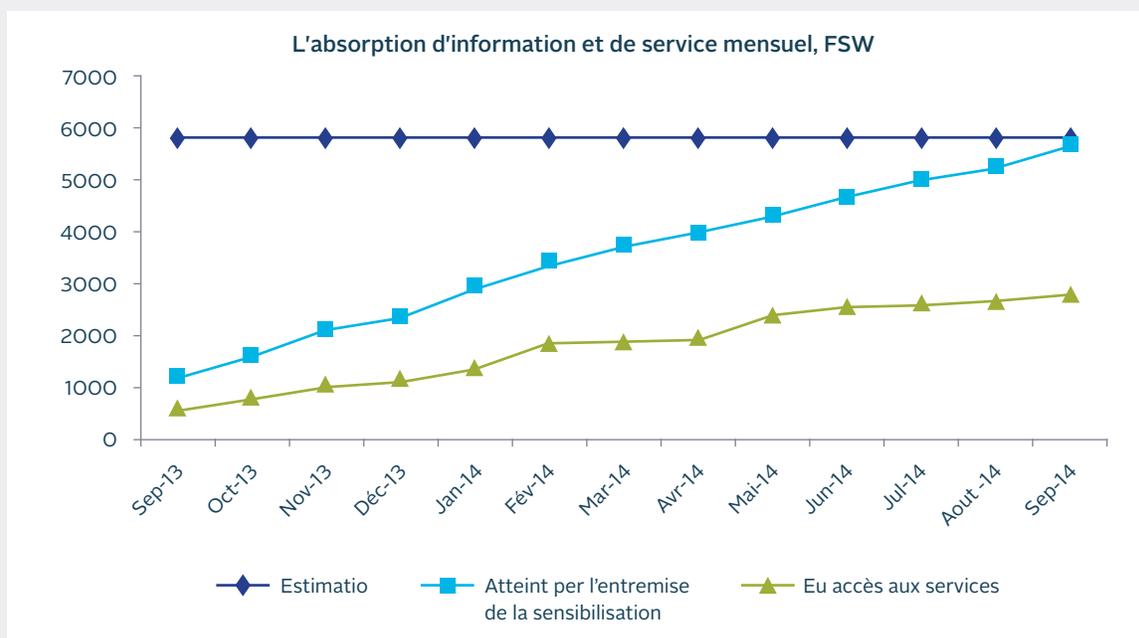
de nouveaux travailleurs du sexe, ou la possibilité que d'anciens travailleuses du sexe qui font actuellement partie de l'intervention ne sont pas comptées comme une partie du dénominateur. La révision de ce calcul de couverture permettra également à l'intervention de comprendre le taux de renouvellement des travailleuses du sexe dans la région.

SUIVI DE LA COUVERTURE:

Exemple 1 : Le site d'apprentissage PNCS de Mombasa, au Kenya

Sur le site d'apprentissage PNCS à Mombasa, au Kenya, le mappage des estimations montre qu'il y a 5 900 travailleuses du sexe à Mombasa. Après validation, le programme a utilisé 5 900 comme dénominateur ou cible des travailleuses du sexe que le site cherchait à atteindre par le site. Le site atteint les travailleuses du sexe à travers un robuste programme d'entraide impliquant des travailleurs de sensibilisation des pairs et offre des services de santé par le biais de cliniques de sensibilisation fixes. Sur une base mensuelle, le site analyse la couverture de sensibilisation et les services cliniques en comparant la portée cumulative des travailleuses du sexe contre l'estimation ou le dénominateur. Le graphique ci-dessous montre que le site a mis presque un an pour atteindre (contacte d'individu à individu ou d'individu à groupe) plus de 95 % des travailleuses du sexe grâce à des activités de sensibilisation. À la fin de l'année, seulement 48 % (2 769) des travailleuses de sexe féminin ont été rejointes par les services cliniques (voir la figure 8).

Figure 8: L'absorption d'information sur le service et la sensibilisation mensuelle



Exemple 2: Réussir une augmentation rapide de couverture : FHI 360/Aastha, expérience en Inde

FHI 360 a mis en œuvre le projet Aastha avec les travailleurs du sexe dans le cadre du programme d'initiatives Avahan de lutte contre le SIDA dans deux circonscriptions de l'État du Maharashtra en Inde. Dans les deux circonscriptions, 38 500 travailleurs du sexe avaient été répertoriés, ce qui a été utilisé comme dénominateur de la couverture pour le projet afin d'inscrire chaque professionnel(le)s du sexe à des fins de vulgarisation. Dans un délai d'un an de l'ouverture de l'enquête, en utilisant les données du projet sur la couverture, le projet a pu démontrer qu'il a atteint 97 % d'inscription des travailleurs du sexe pour des services de prévention du VIH grâce à une approche intensive par les pairs.

Le graphique ci-dessous montre la vitesse à laquelle le projet a été en mesure d'atteindre l'objectif désiré de couverture à plus grande échelle des travailleurs du sexe dans un délai de 12 mois.

Figure 9: L'augmentation des travailleurs sexuels enregistrés pendant la sensibilisation

Source: Indice clé de données - Projet Aastha

Indices	Mar-05	Avr-05	Mai-05	Jun-05	Jui-05	Août 05	Sep-05
Estimation du nombre de travailleurs du sexe	38,500	38,500	38,500	38,500	38,500	38,500	38,500
No. cumulatif de FS enregistré pendant la sensibilisation	4,278	5,321	7,380	9,052	11,246	16,744	19,140
Pourcentage enregistré	11%	14%	19%	24%	29%	43%	50%

Indices	Oct-05	Nov-05	Déc-05	Jan 06	Fév-06	Mar-06	Avr-06
Estimation du nombre de travailleurs du sexe	38,500	38,500	38,500	38,500	38,500	38,500	38,500
No. cumulatif de FS enregistré pendant la sensibilisation	21,657	23,275	27,984	34,849	35,560	36,428	37,309
Pourcentage enregistré	56%	60%	73%	91%	92%	95%	97%

4.3 SURVEILLANCE DE L'INFRASTRUCTURE, DU PERSONNEL ET DU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DU PROGRAMME

4.3.1 Infrastructure du programme

Une fois que le programme comprend l'épidémie et a élaboré un plan pour le ciblage et la prestation de l'intervention, c'est le moment de se concentrer sur la qualité. Cette étape décrit comment un programme peut évaluer la capacité nécessaire pour le site, le personnel, les structures et les infrastructures nécessaires pour couvrir les personnes à travers tous les endroits. En outre, la gestion devrait également connaître la disponibilité des fonds pour mettre en œuvre ce genre de programme.

L'infrastructure de base nécessaire est :

- ▶ Les bureaux du projet dans l'ensemble du site
- ▶ Les établissements de santé - des cliniques, des hôpitaux, des postes sanitaires, des services de la clinique mobile, des dispensaires, l'appui technique dans les établissements de santé (publics et privés)
- ▶ Cliniques de sensibilisation
- ▶ Les centres d'accueil et d'autres structures de sensibilisation

Le gestionnaire du programme peut utiliser **'Outil n° 2: L'état de l'infrastructure'** pour déterminer ce qui est nécessaire et quelles ressources sont disponibles. Si un certain établissement n'est pas disponible, alors il est important de signaler cette question pour trouver un lien vers une ressource appropriée.

OUTIL N° 2: ÉTAT DE L'INFRASTRUCTURE

SL. NO.	TYPE D'INFRASTRUCTURE	DESCRIPTION DE L'INFRASTRUCTURE	PROJET-APPROPRIÉ/ POINT DE RENVOI	DATE DE CRÉATION	COORDONNÉES	REMARQUES

4.3.2 Personnel du programme

Aussitôt que le plan d'infrastructure est établi, il est important d'établir un plan du personnel. Il est extrêmement important de concevoir une dotation selon un programme qui gère jusqu'à l'individu travailleur de sensibilisation des pairs au site, avec l'accent sur le suivi mensuel des objectifs et l'autonomisation des travailleurs de sensibilisation des pairs de première ligne qui effectue le programme. L'équipe de gestion doit déterminer le nombre d'employés requis et disponible pour travailler dans les différentes parties du programme, quelles sont leurs compétences actuelles et leurs formations, et suivre le nombre et la nature du personnel qui ont quitté le programme.

Le projet devrait suivre le nombre de tout le personnel du projet impliqué dans les interventions, y compris:

- ▶ Les travailleurs rémunérés et non rémunérés dans le programme (à être listés séparément)
- ▶ Les fournisseurs de soins de santé - médecins, infirmières, cliniciens
- ▶ Le personnel du projet - les gestionnaires, coordinateurs
- ▶ Les superviseurs de personnel de sensibilisation
- ▶ Les travailleurs chargés de la sensibilisation par les pairs

4.3.3 Renforcement des capacités/formation du personnel du programme

Lorsque le personnel a été recruté, le programme a besoin d'un plan de formation systématique pour s'assurer qu'ils possèdent les compétences dont ils ont besoin. En plus de connaissances techniques, tout le personnel doit être conscient des problèmes de genre et de diversité sexuelle, et de stigmatisation et discrimination auxquels sont confrontées les

populations clés, et des défis que les individus des populations clés peuvent trouver pour avoir accès aux services et se faire acceptés par l'ensemble de la communauté. Il est également important que le programme recueille des données afin de refléter le niveau de formation du personnel nécessaire pour offrir une approche et des services de qualité. **L'Outil #5: Le registre de renforcement des capacités** documente le niveau de la formation reçue par le personnel, y compris les formations internes et externes.

OUTIL NO. 5: REGISTRE DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

(À remplir par l'administrateur de programme/gestionnaire de programme)

SL. NO.	DATE		ORGANISÉ PA	FORMATION NOM	TYPE ET NOMBRE DE PARTICIPANTS					
	DE	Â			PAIR TRAVAILLEUR	NO.	PERS	NO.	AUTRES	NO.
1. Objectifs de la formation										
2. Méthodologie de formation utilisée										
3. Programme de formation et matériaux utilisés										
4. Processus de formation (résumé de chaque journée de formation).										

LISTE DES PARTICIPANTS				
SL. NO.	NOM	ROLE DANS LE PROJET DE	ÂGE	SEXE

4.4 SURVEILLANCE DES INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES

Un programme d'intervention devrait enregistrer les personnes de la population clé au site et leur fournir les services offerts par le programme (renvois à la clinique, condoms, conseils sur le changement de comportement, etc.). Les travailleurs de sensibilisation peuvent recueillir cet enregistrement individuel et les données de suivi, qui peuvent être utilisés pour enregistrer combien de personnes de la population clé le programme rejoint, les besoins de

préservatifs, le risque et la vulnérabilité de chaque personne d'une population clé, quels services chaque personne a reçus, quels services l'individu est censé recevoir, la localisation de l'individu, etc.

L'outil suivant #6A : Formulaire d'inscription de sensibilisation enregistre les informations démographiques de la personne et des informations sur leurs comportements et sur leurs pratiques sexuelles actuels, ce qui permet au travailleur de sensibilisation des pairs d'évaluer le risque de cette personne de contracter le VIH.

OUTIL N° 6A : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE SENSIBILISATION (FSW/MSM)

(À remplir par le superviseur du personnel de sensibilisation ou de travailleur de sensibilisation des pairs)

1. Nom de partenaire d'exécution :			
2. Date d'inscription			
3. Nom du district/Département			
4. Nom du lieu :			
5. Nom de point de rencontre :			
6. Nom du superviseur de sensibilisation du personnel :			
7. Nom du travailleur de sensibilisation des pairs :			
8. Jour/Mois/Année d'inscription :			
9. Nom/alias de la personne de la population clé :			
10. Adresse :			
11. Sexe		Mâle/Femelle/Transgenre	
12. Nationalité :			
13. Date de naissance (JJ/MM/AA) :			
14. ID de programme:			
15. Numéro de téléphone :			
16. Où avez-vous PRINCIPALEMENT opéré/mené votre travail sexuel/ rencontré vos clients ou partenaires?		Nom du site de rencontre(s) :	
ENTOUREZ TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENNENT		1. Bar avec hébergement	2. Bar sans hébergement
		3. Sexe Den (bordel)	4. Strip Club
		5. Rues et routes	6. Maison
		7. Casino	8. Plage
		9. Hébergement/Gîte/Maison de repos/hôtels	10. Les salons de massage
		11. Parcs	12. Taverne
		13. Toilettés publiques	14. Autres
		17. Avez-vous été déjà contacté(e) par un travailleur de sensibilisation des pairs du programme de prévention du VIH?	
18. Avez-vous déjà visité toute DIC/Clinique/centre de bien-être pour tous les services dans les 6 derniers mois?		Oui	Non
19. Si oui, lequel? Avez-vous rendu visite au DIC			
UNIQUEMENT POUR FSWS		SEULEMENT POUR LES HRSH/TG	
20. Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé votre travail sexuel?		À quel âge avez-vous d'abord fait le sexe anal ?	
21. Quel âge avez-vous lorsque vous avez fait l'expérience du sexe anal? DERNIER JOUR? _____ LA SEMAINE DERNIERE? _____		Combien d'actes sexuels anaux réceptifs avez-vous eus durant le DERNIER JOUR? _____ LA SEMAINE DERNIERE? _____	
		Combien d'actes sexuels anaux réceptifs avez-vous eus durant le DERNIER JOUR? _____ LA SEMAINE DERNIERE? _____	
22. Avez-vous utilisé un condom lors de votre dernière action de pénétration?		Oui	Non
		Avez-vous utilisé un condom lors de votre dernière action de pénétration anale ?	
Signature: _____		Signature: _____	
Les superviseurs de personnel de sensibilisation		Travailleurs de sensibilisation des pairs	

Registre Maître PC

Le registre Maître PC est une liste maîtresse de toutes les personnes de la population clé desservies par le site.

OUTIL #6C: Registre maître (FSW/MSM) ci-dessous fournit un exemple du type de renseignements qui devraient être enregistrés (et maintenus à jour) pour chaque individu de la Population clé, tels que les noms

des personnes de la population clé et des travailleurs de sensibilisation des pairs, le type de travailleur du sexe, l'âge, le sexe, l'endroit, la date d'enregistrement, etc. Chaque programme devrait déterminer les données spécifiques qui devraient être conservés sur le registre maître pour chaque personne d'une population clé.

OUTIL NO. 6C: REGISTRE MAITRE (FSW/ MSM)

(À remplir par l'agent de suivi et d'évaluation)

NO.	NOM DE PARTENAIRE D'EXÉCUTION	NOM DE LA CIRCONSCRIPTION	NOM DU LIEU	NOM DU SITE DE RENCONTRE	NOM DU SUPERVISEUR DE SENSIBILISATION DU PERSONNEL	NOM DU TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION	DATE D'ENRÔLEMENT	NOM DE PC	SEXE	ÂGE	ÂGE AU DÉBUT DE SW/ PREMIÈRE SEXE ANAL	PROGRAM ID	PHONE NUMBER	TYPOLOGY OF KP
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	

4.4.2 Suivi intensif basé sur les pairs et les contacts réguliers

La sensibilisation intensive basée sur les pairs est la pierre angulaire des programmes efficaces auprès de populations clé. C'est le moyen principal avec lequel le programme établit le contact, la confiance et une communication constante, éduque les membres de la population clé sur les services offerts et les inscrit dans le programme. Les activités clés de sensibilisation comprennent:

- ▶ Connaissances IST/VIH - transmission, risques, nature, méthodes de prévention
- ▶ Promotion de préservatif – démonstration de condoms, pourquoi ils devraient être utilisés, et où ils sont disponibles
- ▶ Disposition des produits: condoms, lubrifiants et seringues
- ▶ quels services de Santé/IST/VIH sont disponibles pour les populations clés et où
- ▶ Mobilisation et responsabilisation communautaires
- ▶ Discuter du programme dans son ensemble, et expliquer les différents services de sensibilisation et de référence aux tests, aux soins et au traitement

Cela peut prendre du temps et plusieurs contacts avant qu'une personne ait confiance complète en le programme et s'y enregistre. Une fois qu'elle est inscrite, il est important que le programme suive les efforts de sensibilisation afin de voir si le programme atteint

efficacement la population cible.

Les outils de suivis individuels suivants peuvent être utilisés pour suivre les services de sensibilisation que chaque personne d'une population clé reçoit:

- ▶ **FICHE DE SUIVI INDIVIDUEL (OUTIL NO. 7A)** (FSW/MSM/AIP TG ET): Le travailleur de sensibilisation des pairs remplit ce formulaire sur une base hebdomadaire et enregistre toutes les interactions avec ses pairs sur un formulaire. Dans de nombreux programmes, les travailleurs de sensibilisation des pairs transportent une certaine forme de « journal quotidien » pour enregistrer les interactions quotidiennes avec chaque personne d'une population clé. À la fin de chaque semaine, le travailleur de sensibilisation des pairs peut transférer ces informations de son journal quotidien à la Fiche de suivi individuel. À la fin du mois, le travailleur de sensibilisation des pairs rend la Fiche de suivi individuel au superviseur de personnel, qui combine toutes les données provenant de toutes les feuilles de suivi des travailleurs de sensibilisation sur les feuilles de compilation (Outil no 7A).

FEUILLE DE COMPILATION DU TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION (OUTIL n° 7B): Le supérieur du personnel de sensibilisation prend toutes les fiches de suivi individuel (Outil no 7) des travailleurs de sensibilisation des pairs et regroupe les données sur un rapport sommaire.

4.4.4 Distribution de seringues

Inventaire/Registre de distribution de préservatifs et de lubrifiant (Outil n° 8d) enregistre des mouvements de l'offre des préservatifs sur les lieux. Cela aide dans le suivi et la planification des activités de promotion du préservatif sur les lieux.

OUTIL N° 8C : REGISTRE D'INVENTAIRE DE SERINGUES

<partenaire de mise en œuvre>

DATE	QUANTITÉ DE SERINGUES À		NUMÉRO REÇU				NOMBRE DE COPIES DISTRIBUÉES								QUANTITÉ DE CLÔTURE	
			MINISTÈRE/ DONATEUR		D'AUTRES SOURCES		PAIRE-TRAVAILLEUSE DE PROXIMITÉ		DIC		L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.		OTHERS			
	KIT 1	KIT 2	KIT 1	KIT 2	KIT 1	KIT 2	KIT 1	KIT 2	KIT 1	KIT 2	KIT 1	KIT 2	KIT 1	KIT 2	KIT 1	KIT 2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

4.5 LA SURVEILLANCE DES INTERVENTIONS BIOMÉDICALES

4.5.1 Renvoi vers les services de santé

Après qu'un travailleur de sensibilisation des paires inscrit une nouvelle personne de la population clé et commence de fournir des services de sensibilisation, il y a deux types de renvoi primaire dont une personne d'une population clé peut avoir besoin:

1. Renvoi de la sensibilisation vers le dépistage du VIH et des IST
2. Renvoi du dépistage du VIH et des IST vers le traitement et les soins du VIH et d'autres services de santé treatment and care and other health services

Le programme devrait élaborer des lignes directrices claires en matière de procédures de renvoi et de former tous les employés sur la façon de renvoyer les personnes particulières pour ces services. Plusieurs programmes auprès des populations clé ont élaboré des méthodes pour le suivi de ces renvois. (Veuillez voir la section 5 pour plus d'informations sur l'évaluation de la qualité de ces points de renvoi). Voir l'exemple suivant d'un programme au Ghana pour savoir comment ils renvoient les individus pour des services supplémentaires et pour suivre ces renvois.

EXEMPLE DE PROCESSUS DE RENVOI ET DE SUIVI

Ghana – SHARPER

Le Ghana – Le programme SHARPER utilise des bordereaux de renvoi officiels (**Outil #9C**) qui sont remplis chaque fois qu'un travailleur de sensibilisation des pairs désigne une personne inscrite pour tout service. Notez que le seul identificateur sur le bordereau de renvoi est le CIU de la personne clé de la population.

Renvoi de la sensibilisation vers le dépistage du VIH et des ITS

1. Lors de l'initialisation d'un renvoi de la sensibilisation vers le dépistage du VIH et des ITS, le travailleur de sensibilisation des pairs écrit toutes les informations nécessaires sur le bordereau de renvoi (voir l'exemple d'un bordereau de renvoi à l'annexe III, Outil n° 9C) et indique les services auxquels le client est renvoyé.
2. Le travailleur de sensibilisation des pairs donne ensuite le formulaire au client et le travailleur de sensibilisation des pairs conserve un carbone pour les dossiers du programme.
3. Le client prend ensuite le feuillet de renvoi au service de référence (e.g., centre de dépistage du VIH).
4. Après que le client a reçu tous les services, le personnel du programme va à chaque clinique de sensibilisation périodiquement pour récupérer tous les formulaires de renvoi.
5. La clinique émet alors et signe les formulaires de renvoi au programme.
6. Si le CIU sur le formulaire papier publié par la clinique correspond à un CIU sur un formulaire carbone détenu par le programme, cela indique que le renvoi par sensibilisation par l'entremise d'essai a réussi.
7. Si un CIU sur un formulaire papier publié par la clinique ne correspond pas au CIU sur un formulaire carbone détenu par le programme, cela indique que le renvoi n'a pas été pas complété.
8. Le nombre total de renvois donnés par les travailleurs chargés de la sensibilisation par les pairs et le nombre total de renvois réussis sont enregistrés dans le système de surveillance du site. Par exemple, les travailleurs chargés de la sensibilisation par les pairs font 100 soumissions durant un mois, et 85 personnes sont réellement allées à l'établissement de services, ce qui équivaut à un taux de réussite de 85 % pour les renvois.

Renvoi du dépistage du VIH et des IST vers le traitement, les soins et le soutien

9. Si un client a des résultats positifs pour le VIH ou d'autres ITS, la clinique remplit un formulaire de renvoi pour renvoyer le client vers le dépistage et les soins.
10. La clinique envoie le carbone au programme tout en donnant la copie papier de la formule de renvoi au client.
11. Le client apporte ensuite la copie papier du formulaire de renvoi à l'installation d'ART, de traitement et de soins.
12. Après que le client a été inscrit dans un traitement et des soins à long terme, le personnel du programme visite chaque clinique ou une installation périodiquement pour récupérer tous les formulaires d'orientation.
13. Si le CIU sur le formulaire papier publié par la clinique correspond à un CIU sur un formulaire carbone détenu par le programme, cela indique que le renvoi des services de dépistage vers le traitement, les soins et le soutien a été couronné de succès.
14. Si un CIU sur un formulaire papier publié par la clinique ne correspond pas au CIU sur un formulaire carbone détenu par le programme, cela indique que le renvoi n'a pas été complété.
15. Le nombre total de renvois données par les cliniques et le nombre total de renvois réussis vers le traitement et les soins sont enregistrés dans le système de surveillance du site.

4.5.2 Enregistrement de la population clé aux cliniques

Il est important que chaque personne d'une population clé qui vient dans la clinique soit inscrit à la clinique avec des indices spécifiques de santé et de risque de sorte qu'elle reçoive les services basés sur le diagnostic. Voir l'annexe III pour des exemples de formulaires d'enregistrement suivants pour des populations clés (en raison de la longueur des formulaires, ils ne sont pas montrés ici):

- ▶ **Outil n° 9A : Formulaire MSM/TG d'inscription à la clinique**
- ▶ **Outil n° 9B : Formulaire FSW d'inscription à la clinique**

4.5.3 Prestation de services cliniques de haute qualité

Chaque programme devrait prendre des mesures pour s'assurer que les populations clé reçoivent le dépistage, le traitement et les soins de qualité. Les services suivants sont le minimum qu'un programme devrait offrir au sein de la zone du programme:

Dépistage

- ▶ Les tests de dépistage du VIH
- ▶ Tests de dépistage des ITS (gonorrhée, chlamydiae, syphilis)

Traitement et soins

- ▶ les traitements correspondants pour les personnes qui ont obtenu des résultats positifs pour les ITS
- ▶ traitement antirétroviral (ou renvoi vers un traitement antirétroviral) pour des personnes VIH-positives et qui sont admissibles à l'ART
- ▶ Les soins en milieu communautaire et clinique pour les personnes pré-ART vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH)
- ▶ Conseils
 - Donnés avant et après le dépistage
 - Donnés avant l'inscription dans un programme de traitement et en continu pendant toute la durée du traitement
- ▶ Soutien pour l'adhérence à l'ART de soutien à

Toutefois, ce sont les services minimum qu'un programme doit fournir - un ensemble plus complet

est idéal pour les populations clés s'il est disponible. Ces services de dépistage, de traitement et de soins sont des services essentiels, que le programme devrait suivre. Les formulaires suivants indiquent les différents types d'informations que le programme devrait recueillir sur la qualité des services.

Voir l'annexe III pour l'enregistrement de tous les services mentionnés ci-dessus dans les formulaires suivants de plusieurs pages (non illustrés ici à cause de la longueur):

- ▶ **Outil n° 10 : Formulaire FSW/MSM de visite à la clinique**
- ▶ **Outil #10A : Fiche de suivi individuel pour les services cliniques PC**

4.5.4 Contrôle de la population clé PVVIH qui reçoit des services

Lorsqu'un individu d'une population clé commence à recevoir des services de prévention nécessaires, il est important d'enregistrer et de suivre les progrès de l'individu à travers la cascade de services liés au VIH. La Fiche de suivi PC PVVIH (**Outil #11**) permet au programme d'enregistrer les données de service pour chaque individu d'une population clé dans un seul endroit, ce qui donne une vue d'ensemble des services que la personne a reçus. L'outil peut être utilisé par chaque site afin de maintenir ce dossier. Cela aidera à garantir que chaque individu de la population clé ne néglige pas certains des services essentiels qu'il devrait recevoir.

Ce registre prend en charge la collecte des informations nécessaires pour indice de PEPFAR CARE_NEW, soins_CURR, CARE_com-M, TX_NEW, TX_CURR, TX_RET, indices personnalisés (suppression virale et tests).

4.6 SURVEILLANCE DES INTERVENTIONS STRUCTURELLES

4.6.1 Prévention de la violence et réponse

Les populations clés font l'objet de harcèlement, de violence et de coercition qui ont un impact direct sur leur pouvoir de négociation pour les préservatifs et leurs capacités de mettre en pratique les comportements favorisant la santé. La stigmatisation et la discrimination sont des facteurs causatifs qui cumule les difficultés et influent sur leurs capacités de demander de l'aide. Les efforts de prévention de

la violence aident à créer un milieu sûr de soutien, contribuant à la réduction de la vulnérabilité et aux pratiques sexuelles à moindre risque parmi les populations clés en fournissant le soutien en cas de crise dans les plus brefs délais. **L'Outil n° 12 : Registre de gestion de crise** (p.56) peut être utilisé pour enregistrer toute violence ou crise qui s'est passée dans la région. Ces données peuvent aider les gestionnaires de programme à planifier les activités de plaidoyer et de sensibilisation avec divers intervenants afin de réduire la violence et à suivre les tendances de la violence au sein de la communauté.



OUTIL N° 12 : REGISTRE DE GESTION DE CRISE

(À remplir par le superviseur du personnel de sensibilisation avec l'appui des travailleurs auprès des pairs)

Lorsqu'un incident de harcèlement a lieu pour un membre particulier des PC, donnez les détails suivants :
(Utiliser un formulaire pour chaque incident)

1. Nom de la personne qui a connu la crise:		
2. Âge :	3. Sexe :	
4. Numéro d'ID de programme :	5. Site de rencontre :	
6. Nom de paire-travailleuse de proximité :		
7. Nom du superviseur du personnel de sensibilisation :		
8. KP affectées: <input type="checkbox"/> FSW <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> PWID		
9. Date de l'incident :		
10. Nombre de membres de la population clé touchés par l'incident :		
11. Type d'incident: <input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Violence sexuelle <input type="checkbox"/> Discrimination <input type="checkbox"/> Autre (précisez):		
12. Une brève description de l'incident (pas plus de 200 mots) :		
13. Qui a commis l'incident? (Cochez s'il y a lieu)		
<input type="checkbox"/> Groupes de pression communautaires	<input type="checkbox"/> Les gangs locaux	<input type="checkbox"/> Les groupes religieux
<input type="checkbox"/> Les dirigeants locaux	<input type="checkbox"/> Compagnon de travail	<input type="checkbox"/> Partenaire régulier
<input type="checkbox"/> La police	<input type="checkbox"/> Magistrat/Justice	<input type="checkbox"/> Clients
<input type="checkbox"/> Militaire	<input type="checkbox"/> Fonctionnaires gouvernementaux	<input type="checkbox"/> Fournisseur de soins de santé
<input type="checkbox"/> Femmes/proxénètes/Bar	<input type="checkbox"/> Communauté générale	<input type="checkbox"/> Employeur
<input type="checkbox"/> Bar des gérants et propriétaires	<input type="checkbox"/> Les membres de la famille	<input type="checkbox"/> Autres (précisez)
14. L'incident a été rapporté dans les 24 heures? Oui /Non		
15. L'individu a reçu, après la violence des soins dans les 24 heures? Oui /Non		
16. Sorte de service post-violence fourni?		
<input type="checkbox"/> Un test de dépistage rapide du VIH avec renvoi vers les soins et le traitement appropriés	<input type="checkbox"/> La contraception d'urgence	<input type="checkbox"/> Déclaration de plainte au commissariat de police
<input type="checkbox"/> La prophylaxie post-exposition (PPE)	<input type="checkbox"/> L'aide psychosociale	<input type="checkbox"/> Les services de protection de l'enfance
<input type="checkbox"/> Le dépistage des ITS et le traitement	<input type="checkbox"/> Soutien juridique	
17. Rôle de l'équipe de gestion de crise du projet dans l'examen de la question (veuillez décrire en 200 mots):		
18. Mesures de suivi prévues (Décrire en 200 mots):		

4.6.2 Plaidoyer auprès des structures de pouvoir

Les programmes devraient sensibiliser les portiers et les intervenants dans la communauté tout en travaillant avec Les populations clés, en particulier les travailleurs du sexe. À court terme, cela crée et permet d'assurer des possibilités d'accès continu aux services par les populations clés. Les avantages à long terme comprennent la création d'un milieu favorable dans lequel les populations clés peuvent

accéder aux services eux-mêmes. De cette manière, les populations clés sont en mesure d'adopter des comportements sains, d'utiliser les services de santé, de jouir de leurs droits fondamentaux, et d'avoir accès aux services sans la stigmatisation et la discrimination associées à leur identité ou leur profession. **L'Outil n° 13 : Registre de Plaidoyer/ sensibilisation** peut être utilisé pour suivre et documenter les activités de plaidoyer d'un programme.

OUTIL N° 13 : REGISTRE DE PLAIDOYER ET SENSIBILISATION

(À remplir par le superviseur du personnel de sensibilisation)

Partenaire de mise en oeuvre :		Séance no :
1. Date :		
2. L'activité qui a lieu au site d'accueil :	Endroit/domaine :	Ville / Province :
3. Quelle était la question discutée?		
4. Comment a-t-on défini la question?		
5. Quelle a été l'objectif du plaidoyer ? (Qu'est-ce que vous voulez accomplir ?)		
6. Vous avez fait le plaidoyer avec qui ?		
<input type="checkbox"/> Les groupes de pression de la communauté <input type="checkbox"/> Les dirigeants locaux <input type="checkbox"/> La police <input type="checkbox"/> Militaires <input type="checkbox"/> Femmes/proxénètes/Bar <input type="checkbox"/> Bar des gérants et propriétaires	<input type="checkbox"/> Les gangs locaux <input type="checkbox"/> Compagnon de travail <input type="checkbox"/> Magistrat/Justice <input type="checkbox"/> Fonctionnaires gouvernementaux <input type="checkbox"/> Communauté générale <input type="checkbox"/> Les membres de la famille	<input type="checkbox"/> Les groupes religieux <input type="checkbox"/> Partenaire régulier <input type="checkbox"/> Clients <input type="checkbox"/> Fournisseur de soins de santé <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Autres (précisez)
7. Nombre de participants :		
8. Qui sont les autres partenaires/alliés que vous avez impliqués dans l'activité ?		
9. Quelles méthodes utilisez-vous ? (par exemple, conférence/présentation, réunion individuelle, réunion du groupe, services de santé, expositions, théâtre de rue, autres)		
10. Quelles difficultés avez-vous affrontés en répondant à la question?		

11. Mesures de suivi après l'activité:

POINTS DE SUIVI	PERSONNE RESPONSABLE	CHRONOLOGIE

Nom de la personne qui a effectué le plaidoyer:

Signature: _____

4.6.3 Suivi de renvois pour les services non médicaux, y compris les droits

Les réseaux et les liens sont des éléments essentiels de toute intervention avec les populations clés pour garantir qu'ils aient accès à tous les services auxquels ils sont admissibles, sans la stigmatisation et la discrimination qui les empêchent souvent de jouir de tous leurs droits. Ces types de services comprennent notamment l'obtention d'une carte d'identité gouvernemental et de cartes de rationnement, l'assurance et les comptes bancaires,

et l'accès aux régimes et programmes de prestations auxquelles ils sont admissibles.

Le programme doit maintenir **L'Outil suivant #14: Registre de renvois pour les services non médicaux** pour documenter les activités dans ce domaine. Ces registres enregistrent les types de droits et de liens que les individus de la population clé ont reçus au cours de la période d'enregistrement actuel et où ils les ont reçus.

OUTIL N° 14 : REGISTRE DE RENVOIS

(pour les services non médicaux) (À remplir par le superviseur du personnel de sensibilisation)

NOM DE L'INSTITUTION	NUMÉRO D'ID DE PROGRAMME	DATE DE RENVOI	SERVICES VISÉS	PERSONNE À CONTACTER CHEZ LES SERVICES NOMMÉS	SUITE DU RENVOI

4.6.4 Formation de groupes et mobilisation de la communauté

Les populations clés devraient avoir une voix, et les activités du programme devraient promouvoir un environnement favorable. Cela permet aux populations clés à participer activement à la mise en oeuvre du programme de prévention. En conséquence, de nombreuses personnes de la population clé peuvent au fil du temps devenir partisans officiels du programme envers d'autres pairs. Des individus peuvent vouloir devenir des travailleurs de

sensibilisation de pairs ou créer des groupes pour le soutien mutuel, ou pour lutter contre

la stigmatisation et préconiser une augmentation des droits des populations clés. Il est important de surveiller ces activités, telles que la formation de groupes par les populations clés, et de suivre leurs progrès en matière de leurs activités d'appui de celles de l'intervention.

L'Outil n° 15 : Registre de groupe de soutien et **L'outil #15A: Formulaire individuel Gend_NORM** peut aider le programme à enregistrer ces activités.

OUTIL N° 15 : REGISTRE DE GROUPE DE SOUTIEN

(À remplir par le superviseur du personnel de sensibilisation)

SECTION I**Les détails du groupe**

- Nom de groupe de soutien _____
- Date de la création du groupe de soutien _____

SECTION II**Comité exécutif du Groupe de soutien (le cas échéant)**

Comité à compter du (date) ____ / ____ / _____

1. NOM DE L'OFFICIER	2. POSTE	3. DATE D'ELECTION COMME OFFICIER
	Président	
	Secrétaire	
	Trésorier	
	Membre	
	Membre	

→ Ajouter des lignes si nécessaire

SECTION III**Les détails de l'adhésion**

1. NO	2. NUMÉRO D'ID DE PROGRAMME	3. NOM DE MEMBRE	4. ÂGE	5. SEXE	6. TYPE DE PC	7. DATE ET ANNÉE D'ADHESION/REJOINDRE	8. DATE ET ANNÉE D'ABANDON

→ Ajouter des lignes si nécessaire

SECTION IV**Le procès-verbal des réunions tenues par le groupe de support**

Participation Résumé

1. NO.	2. NO D'ID DE PROGRAMME	3. NOM DE MEMBRE	4. ÂGE	5. SEXE	6. TYPE DE PC	7. DATE DE RÉUNIONN	8. SIGNATURE

→ Ajouter des lignes si nécessaire

REGISTRE DU PROCES-VERBAL DE LA REUNION

1. Date de la réunion	
2. Site/lieu	
3. Réunion no.	
4. Heure de la séance	Heure de début: heure de fin: heures totales:
5. Nombre de membres présents à la réunion	
6. Sommaire des sujets discutés/activités	
<p>Les normes sexospécifiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprendre et interroger les normes sexospécifiques actuels 2. Impact des normes sexospécifiques sur la vie des populations clés 3. Lien entre les normes sexospécifiques et la prévention, le traitement, les soins ou le soutien du VIH 4. Normes qui encouragent la violence et la stigmatisation à l'égard des PC 5. Autres (à préciser) <p>Soins et soutien aux PVVIH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appui pour la conservation de clients pré-ART et ART 2. Soutien à l'observance si subissant le traitement 3. Des évaluations de base des clients avec la documentation des besoins cliniques et psychosociaux et liens/renvoi à d'autres services, le cas échéant 4. Liens et renvoi aux établissements de santé offrant une gamme complète de soins du VIH 5. Distribution des produits tels que les préservatifs, remplissage d'ART ou de médicaments de base tels que le cotrimoxazole 6. Autres (à préciser) 	
7. Le curriculum utilisé :	
<p>Liens curriculum Stepping Stones Yaari Dosti Programme H Teulimishane One Man Can Men as Partners Autres (à préciser)</p>	
8. Comment est-ce que la séance a été organisée, y compris la méthodologie?	
9. Résultat ou de décisions de la réunion :	

5. Contrôle intermittent des résultats et de la qualité

Les programmes de prévention du VIH fixent des objectifs pour réduire l'incidence et la prévalence du VIH et la prévalence des IST chez les populations clés. Les résultats de comportement devraient être mesurés fréquemment afin de savoir si les programmes sont efficaces et mis en oeuvre de façon appropriée.

5.1 SONDAGE D'ISOLOIR

Les sondages à grande échelle aident à comprendre les changements de comportement, mais ils exigent une longue période de temps et d'importantes ressources, qui sont limitées dans la plupart des programmes de prévention du VIH. En outre, puisque les interviews face-à-face et les analyses prennent beaucoup de temps, les résultats de ces enquêtes arrivent souvent trop tard pour être utiles dans l'évaluation des résultats des programmes et l'amélioration des interventions. De plus, les réponses aux questions dans les interviews face-à-face au sujet de comportements personnels et intimes sont fréquemment influencés par un biais de désirabilité sociale (c'est-à-dire, donner des réponses que l'intimé croit être considérées favorablement par d'autres), ce qui tend à fausser les résultats.

Le sondage d'isoloir est une approche rapide, simple et facile à gérer pour obtenir des résultats au sujet du comportement de façon régulière. Il s'agit également d'une méthode appropriée pour recueillir de l'information sur la santé sexuelle de l'individu d'une manière anonyme et confidentielle. Contrairement à un sondage ou une interview en profondeur ou discussions de groupe, les réponses aux questions dans un sondage d'isoloir sont dissociées (un répondant n'est pas lié à la réponse), de sorte

que le répondant demeure anonyme. La méthode renforce ainsi le sentiment de confidentialité chez les répondants, ce qui peut réduire les biais dans les rapports d'informations sensibles et personnelles.

Domaines généraux de renseignements généraux recherchés dans les sondages d'isoloir

Les questions dans les sondages d'isoloir couvrent d'habitude les 10 aspects suivants du comportement:

1. L'utilisation du préservatif dans le dernier rapport sexuel avec :
 - a. Les clients (payant, nouveaux ou occasionnels)
 - b. Clients réguliers (clients payants réguliers)
 - c. Amants (amants non payants, qui ne cohabitent pas)
 - d. Mari ou partenaire cohabitant (non-payant, conjoint ou partenaire de cohabitation)
2. Rapports sexuels sans condom
3. Rupture du condom
4. Les obstacles à l'utilisation du condom
 - a. Choix du partenaire
 - b. Influence de l'alcool
 - c. Indisponibilité des préservatifs
 - d. Plus d'argent pour avoir des relations sexuelles sans condom
5. Le sexe anal
6. La perception du risque
7. L'expérience de la violence

8. Dépistage du VIH**9. Les connaissances sur l'ART****10. Expérience de la violence sexuelle pendant l'année écoulée****Matériel requis**

Les matériaux suivants sont nécessaires pour effectuer des sondages d'isoloir. Il faut les réunir avant le sondage:

- ▶ du carton ou des diviseurs de confidentialité pour établir le milieu de l'isoloir
- ▶ des boîtes colorées (trois types de cases sont utilisés : par exemple, verte, rouge et blanche)
- ▶ une pile de cartes (chaque carte a un numéro de série correspondant à une question du sondage - une carte pour chaque question et une pile de cartes pour chaque participant)
- ▶ une salle suffisamment grande pour loger les participants afin que leurs réponses aux questions ne puissent pas être vues par d'autres participants
- ▶ un établissement voisin (les participants, particulièrement les populations clés, refusent souvent parcourir de longues distances à partir de leur lieu d'invitation/recrutement)

Méthode

- ▶ Un groupe homogène d'environ 8-15 participants choisis au hasard est mené jusqu'à l'établissement d'isoloirs choisis (une grande salle ou un grand espace).
- ▶ Les participants sont séparés les uns des autres dans un milieu d'isoloir par du carton ou d'autres diviseurs de confidentialité.
- ▶ Chaque participant reçoit une pile de cartes, empilées dans l'ordre séquentiel correspondant aux numéros des questions.
- ▶ L'animateur/chercheur/modérateur lit les questions à voix haute une par une.

- ▶ Une carte avec le numéro correspondant à la question posée est mise dans la boîte verte si la réponse à la question est OUI
- ▶ une carte est mise dans la boîte rouge si la réponse est NON.
- ▶ une carte est mise dans la boîte blanche si la question n'est PAS APPLICABLE.
- ▶ une carte est gardée à l'extérieur de ces boîtes si le participant ne veut pas répondre à cette question.

FIGURE 8: Organisation d'un sondage d'isoloir



FIGURE 9: exemple d'une séance d'isoloirs

L'échantillonnage des répondants

Le nombre de séances de sondage d'isoloir dans chaque domaine (district/ville/village) est déterminé en tenant compte de la taille de l'échantillon requis et du nombre moyen de participants par session. Si des sous-régions sont incluses dans le domaine sélectionné, la taille de l'échantillon peut être répartie proportionnellement en se basant sur le nombre de personnes de la population clé estimées/contactées dans les sous-régions.

On peut employer diverses approches pour recruter 8-15 répondants pour chaque séance de sondage d'isoloirs. Une liste d'individus exposés à l'intervention existe souvent chez l'organisme de mise en oeuvre et peut être utilisée comme cadre d'échantillonnage. Il faut considérer le nombre potentiel de non-réponses et augmenter la grandeur de l'échantillon pour s'y adapter. Il est recommandé de choisir 10-15% plus de personnes de la population clé de la liste après leur stratification selon les caractéristiques (âge/typologie, etc.) et les organiser en différents lots de taille égale afin que chaque lot puisse être un groupe de participants pour chaque séance d'isoloir. Lorsqu'ils sont organisés pour chaque séance, il faut partager la liste avec l'équipe de recherche/agence de mise en oeuvre pour les mobiliser pour les séances respectives de sondage d'isoloirs.

Fréquence de sondages d'isoloirs

Les comportements ne changent pas souvent au cours d'une période très brève; il est donc Recommandé de faire des sondages d'isoloirs à des intervalles raisonnables, comme une fois par an.

Couverture/domaine

Le domaine du sondage est défini en tenant compte du niveau auquel les comportements sont contrôlés. Plus le domaine est petit et meilleure est la conception puisque les comportements peuvent être surveillés pour de plus petites unités géographiques. D'habitude, un district/une ville peut être considéré(e) comme un domaine, et les tailles des échantillons sont calculées pour fournir les résultats à la puissance désirée et avec la confiance voulue.

Analyse

À la fin de chaque séance de sondage d'isoloirs, les réponses à chaque question sont tabulées selon le nombre total de cartes que l'on trouve dans les boîtes rouge, verte et blanche. Le nombre de participants qui ont répondu OUI, NON à chaque question est enregistré sur le Formulaire de sondage d'isoloirs. Les non-réponses (ces cartes sont conservés à l'extérieur des boîtes) ainsi que les réponses NON APPLICABLE sont également compilées sur le même formulaire.

Les données totalisées sont saisies sur l'ordinateur afin d'effectuer l'analyse (généralement Microsoft Excel ou Access) pour évaluer les comportements.

5.2 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA COMMUNICATION AVEC LES PAIRS

L'objectif de cet outil est d'évaluer et d'améliorer la qualité des sessions de communication entre les travailleurs de sensibilisation des pairs et les pairs. Afin d'assurer la qualité des sessions de communication, le superviseur du personnel de sensibilisation peut utiliser **L'outil #16 : Outil d'évaluation de la communication par les travailleurs de sensibilisation des pairs** de façon régulière pour identifier les lacunes et élaborer des plans pour renforcer les capacités.

Cet outil mesure la qualité des sessions de communication dans plusieurs domaines spécifiques et fournit des informations sur les domaines de communication qui doivent être améliorés. Il mesure aussi comment les travailleurs de sensibilisation des pairs communiquent avec leurs pairs. Dans un projet mature, cet outil est utilisé sur une base trimestrielle par les superviseurs de personnel de sensibilisation pour les travailleurs de sensibilisation des pairs sous leur supervision.

Il s'agit d'un outil participatif avec des scores à remplir en consultation avec le travailleur de sensibilisation des pairs, qui génère des appréciations positives pour l'amélioration de la sensibilisation. L'outil permet d'obtenir des informations sur cinq domaines précis:

- ▶ **ACCUEIL, RAPPORT ET ETABLISSEMENT DE MOTIFS DE DIALOGUE :** Dans une session de communication de qualité, le travailleur de sensibilisation des pairs dit bonjour et se présente à la personne de la population clé, établit un rapport avec elle, et crée des motifs de dialogue. Il est important de ne pas sous-estimer l'importance de trouver un espace et une heure appropriés pour la conduite de la session, et d'utiliser un langage approprié en vue d'assurer la conservation et la bonne compréhension.

- ▶ **COMMUNICATION A DEUX SENS POUR ASSURER LA COMPRÉHENSION:** Dans une session de communication de qualité, le travailleur de sensibilisation des pairs doit écouter activement les soucis de l'individu en employant les appropriées, tout en assurant une communication bidirectionnelle pour l'identification et la réduction des risques d'ITS et du VIH, et le traitement du partenaire.
- ▶ **ATTITUDE QUI NE PORTE PAS DE JUGEMENT:** Pour une bonne session de communication, le travailleur de sensibilisation des pairs doit faire preuve d'empathie sans porter de jugement vers le mode de vie et les pratiques sexuelles de l'individu.
- ▶ **CONCLUSION/REMERCIEMENTS/ PROCHAINE VISITE:** Pour garantir la compréhension, à la fin de la session, le travailleur de sensibilisation des pairs devrait conclure la séance en résumant les principaux messages communiqués, remerciant l'individu de la population clé pour son temps, fixant une date et un lieu pour la prochaine session.
- ▶ **TENUE DE DOSSIERS:** La dernière étape dans le processus de réalisation d'une bonne session de communication est d'enregistrer les informations de la session avec précision sur les formulaires appropriés.

Les résultats sont rassemblés et analysés et partagés avec le travailleur de sensibilisation des pairs pour évaluer son activité ainsi que l'activité globale des programmes. Cette analyse peut révéler des tendances d'amélioration avec les travailleurs individuels chargés de la sensibilisation ainsi qu'au niveau organisationnel.

Pour recueillir des informations pour ce formulaire, le superviseur du personnel de sensibilisation doit observer le travailleur de sensibilisation des pairs pendant une session de communication avec un pair. Le superviseur du personnel de sensibilisation devrait observer les points suivants et donner une note sur une échelle 0-5 (0 - Non terminé, 1 - Besoin d'amélioration, 2 - Moyenne, 3 - Bon, 4 - Très bon 5 - Excellent).

OUTIL N° 16 : OUTIL D'ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION PAR LES TRAVAILLEURS DE SENSIBILISATION DES PAIRS

(individu à individu, individu à groupe, réunion de groupe)

Date: _____ Partenaire de mise en oeuvre: _____

Site: _____ Nom du travailleur de sensibilisation des pairs: _____

NO	INDICES DE QUALITÉ	NOTE (0-5)	OBSERVATIONS / COMMENTAIRES
Un	Accueil, Rapport, & Etablissement de motifs de dialogue		
1	Le travailleur accueille la personne PC avec un sourire et affiche une attitude amicale et agréable grâce à un langage corporel approprié.		
2	Le travailleur montre un rapport de confiance avec la personne PC et construit le fondement de façon appropriée avant de commencer la session.		
3	Le travailleur trouve un espace suffisant pour l'exécution de la session.		
4	Le travailleur a choisi un moment convenable pour la personne PC pour la session.		
5	Le travailleur garantit une bonne visibilité et l'audibilité pendant la session.		
6	Le travailleur emploie un langage approprié avec la personne PC pour gagner son attention et sa compréhension.		
B	La communication à deux sens/Assurer la compréhension		
1	Le travailleur pose des questions appropriées et sans limites à la personne PC pour établir un dialogue et d'obtenir sa participation.		
2	Le travailleur encourage la personne PC de parler - pose des questions, partage des opinions - pour s'assurer de sa compréhension et lui donne assez de temps pour répondre.		
3	Le travailleur écoute la personne PC activement et laisse des silences appropriés pour qu'elle parle.		
4	Le travailleur est capable de mener la session d'une manière et dans un ton de voix qui soutiennent l'intérêt de la personne PC.		
C	Attitude qui ne porte pas de jugement		
1	Le travailleur n'est pas critique envers le mode de vie et les pratiques sexuelles de la personne PC.		
2	Le travailleur fait preuve d'empathie avec la situation et l'expression des sentiments de la personne PC.		
D	Conclusion/Remerciements/prochaine visite		
1	Le travailleur résume la séance brièvement en mettant l'accent sur les leçons tirées du matériel en question.		
2	Le travailleur conclut en fixant une date, une heure et un lieu pour la prochaine session et remercie la personne PC) avant de partir..		
E	Tenue des dossiers		
1	Le travailleur enregistre la session et la méthode employée selon les formats SIG prescrits.		

5.3 OUTIL D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES POUR LES POINTS DE SERVICE DE RENVOI

Quand on renvoie des individus de populations clés pour des services, il est important que ces services soient fournis d'une manière amicale et de qualité. Les gestionnaires de programme peuvent prendre les mesures suivantes afin de s'assurer que les services sont sympathiques et de haute qualité:

- Mener un travail continu de plaidoyer le gestionnaire de l'établissement de service

- Orienter et sensibiliser le personnel de l'installation de services sur les besoins des populations clés
- Évaluer la qualité des services offerts au centre à un intervalle régulier

Outil n° 17 : Évaluation du point de renvoi aux services peut être utilisé pour recueillir des renseignements de base du centre de renvoi pour évaluer la qualité des services que les membres de la population clé reçoivent lorsqu'ils sont renvoyés vers l'installation. Cette opération doit être répétée une fois tous les six mois.

OUTL N° 17 : ÉVALUATION DU POINT DE RENVOI

NO	OBSERVATION	OUI	NON	NOTES
1	Médecin qualifié en place			
2	Médecin formé sur ARV, STI, la prise en charge syndromique (SCM) conformément aux normes du pays			
3	Infirmière en place			
4	Infirmière formée sur les responsabilités de son emploi			
5	Conseiller en place			
6	Conseiller formé pour le suivi			
7	Le personnel est amical, chaleureux, et sans jugement			
8	Prise adéquate des antécédents et bon examen clinique à l'installation			
9	Un traitement supervisé est fourni			
10	Le personnel explique l'observance des drogues, les préservatifs, la recherche des contacts et le suivi du contact de retraçage et suivi			
11	Le personnel explique l'observance médicamenteuse envers les ARV et les ITS après la consultation			
12	Le personnel préserve la confidentialité et la bonne documentation des dossiers des clients			
13	Le personnel explique le choix éclairé pour le dépistage du VIH (explique les bénéfices et les risques du dépistage du VIH)			
	Score = Nbre total de (Oui) /13			

6. Utilisation des données de surveillance pour la prise de décision

Ce guide montre comment recueillir des données et établir un système de surveillance qui fournit des données sur le nombre de personnes de la population clé desservies et les types et la qualité des services et des produits qu'ils reçoivent du programme. L'analyse de ces données de surveillance permet au personnel de programme et aux travailleurs d'approche des pairs de déterminer si le programme fonctionne bien et la façon d'améliorer le programme.

Cette section divise l'analyse des données du suivi en deux niveaux. Le premier niveau d'analyse est effectuée à l'endroit ou au niveau micro, où les travailleurs chargés de la sensibilisation par les pairs (avec l'aide de superviseurs du personnel de sensibilisation) peuvent voir dans quelle mesure ils atteignent leurs pairs avec les services d'approche et utiliser ces données pour planifier leurs prochaines activités de sensibilisation (p. ex., quels pairs ils n'ont pas vus le mois dernier, quels pairs doivent faire les tests de dépistage du VIH, combien de pairs ils ont renvoyé au dépistage ou au traitement le mois précédent, etc.). Le second niveau d'analyse est au niveau macro - au niveau du site, régional, ou national - afin de voir comment le programme fonctionne et où des améliorations sont nécessaires.

6.1 UTILISATION DES DONNÉES DE SURVEILLANCE AU NIVEAU MICRO PAR LES TRAVAILLEURS DE LA SENSIBILISATION DES PAIRS

Il y a toujours un sentiment que "beaucoup de gens" sont aidés par le programme et que les travailleurs d'approche

des pairs travaillent dur pour atteindre les groupes de population. Mais comment définir ce qui constitue "beaucoup de gens"? Et comment en être certain?

Par exemple:

- ▶ Le site A du programme a fait de la sensibilisation auprès de 10 000 personnes de la population clé le mois dernier.
- ▶ Le site B du programme a fait de la sensibilisation auprès de 500 personnes de la population clé le mois dernier.

Quel programme vous semble fonctionner mieux ? 10 000 personnes sont certainement beaucoup plus que 500. Mais que faire si:

- ▶ Le site A du programme a 50 000 personnes de la population clé qui pourraient être atteints par le programme.
- ▶ Le site B du programme a 500 personnes de la population clé qui pourraient être atteints par le programme.

Lorsque le concept du dénominateur est considéré, la réponse complète de qui est plus performante est différente. Par l'utilisation de pourcentages, le programme peut mieux évaluer la question: *Nous tendons la main à beaucoup de gens, mais tendons-nous la main à tous ceux à qui nous pourrions le faire?* Dans l'exemple ci-dessus, le site B atteint 100 % de la population cible, tandis que le site A atteint seulement 20 %. L'emploi d'estimations de la taille de la population dans la région du site du programme est

un puissant moyen de déterminer si le programme parvient à atteindre à tous ceux qu'il pourrait.

Supposons maintenant que le programme a recueilli des données sur quelques indices de base comme

une partie de la surveillance par les travailleurs d'approche des pairs. Le tableau suivant explique comment les données recueillies au niveau du site pourraient être analysées.

NO	SITES	TYPE DE PC	NOM DU TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION PAR LES PAIRS	TOTAL PC ENREGISTRÉ	SESSION DE COMMUNICATION (1-1, 1-G)	RENOI AUX SERVICES DE SANTÉ						REÇU DES PRODUITS DE BASE (NO. ET TAPEZ DE PRÉSERVATIF)			TOUTE CRISE/ INCIDENT RENCONTRÉ	CRISES/ INCIDENTS RÉSOLUS
						ITS	DÉPIS-TAGE DU VIH	ART	PF	TB	AUTRES*	PRÉSERVATIFS	FEMME PRÉSERVATIFS	LUBRI-FIANT		
1	UN	FSW	AA	35	30	5	5	1	1	1		1000	50		5	5
2	B	FSW	AB	22	20	4	8	5	4			550	60		1	
3	C	FSW	AC	45	35	20	12	3				1500	5		2	2
4	D	FSW	AD	40	30	10	15	2	7			2000	4		5	5
5	E	FSW	AF	20	12	7	10	1		4		500			1	1
6	F	FSW	AG	25	22	3	5	6				700			6	1
7	G	FSW	AH	50	34	4	8	4	5	3		1500	100		10	4
TOTAL				237	183	53	63	22	17	8	0	7750	219	0	30	18

NO.	SITES	TYPE DE PC	NOM DU TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION PAR LES PAIRS	TOTAL PC ENREGISTRÉ	SESSION DE COMMUNICATION (1-1, 1-G)	RENOI AUX SERVICES DE SANTÉ						REÇU DES PRODUITS DE BASE (NO. ET TAPEZ DE PRÉSERVATIF)			TOUTE CRISE/ INCIDENT RENCONTRÉ	CRISES/ INCIDENTS RÉSOLUS
						ITS	DÉPIS-TAGE DU VIH	ART	PF	TB	AUTRES*	PRÉSERVATIFS	FEMME PRÉSERVATIFS	LA LUBRI-FICATION		
1	A	FSW	AA	35	86%	14%	14%	3%	3%	3%		1000	50		14%	100%
2	B	FSW	AB	22	91%	18%	36%	23%	18%	0%		550	60		5%	0%
3	C	FSW	AC	45	78%	44%	27%	7%	0%	0%		1500	5		4%	100%
4	D	FSW	AD	40	75%	25%	38%	5%	18%	0%		2000	4		13%	100%
5	E	FSW	AF	20	60%	35%	50%	5%	0%	20%		500			5%	100%
6	F	FSW	AG	25	88%	12%	20%	24%	0%	0%		700			24%	17%
7	G	FSW	AH	50	68%	8%	16%	8%	10%	6%		1500	100		20%	40%
TOTAL				237	77%	22%	27%	9%	7%	3%	0	7750	219	0	13%	60%

L'exemple ci-dessus montre comment suivre les performances des travailleurs chargés de la sensibilisation des pairs en ce qui a trait à certains indices importants qui pourraient avoir une incidence sur l'ensemble du programme. Dans le tableau ci-dessus, la performance du site A est faible dans de nombreux indices (en vert) qui devrait être améliorés. Certains sites peuvent avoir des problèmes spécifiques, tels que le site G, qui a contrôlé seulement 8 % de ses individus de la population clés inscrits pour les ITS, ce qui est bien au-dessous de la marque prévue.

Ce niveau d'analyse fournit des renseignements au niveau du terrain pour que les travailleurs d'approche puissent comprendre et résoudre les problèmes dans le domaine. Cela aidera ensuite à atteindre les objectifs de mise à l'échelle rapide. Cela donne aussi la possibilité d'identifier les sites où il y a des problèmes graves dans la mise en oeuvre du programme, surtout si les mêmes problèmes se manifestent de façon répétée sur une longue période.

6.2 UTILISATION DES DONNEES DE SURVEILLANCE AU NIVEAU DE LA GESTION DU PROGRAMME

Il est important que le gestionnaire de programme et l'équipe de la haute direction aient une analyse de programme au niveau macro. Un tableau de bord est un important outil pour suivre les progrès vers les objectifs du programme.

Il affiche les indices clés qui montrent les progrès des activités dans divers domaines du projet. Cela aide les directeurs de programme à élaborer des stratégies et à modifier les activités le cas échéant.

Le tableau de bord peut être divisé en deux parties. La première peut être utilisée à des fins de gestion, comme illustré ci-dessous:

INDICE DU TABLEAU	CALCUL	NIVEAUX ATTENDUS
Ratio superviseur du personnel de sensibilisation/travailleurs de sensibilisation des pairs	Total des travailleurs d'approche des pairs/ Total des superviseurs du personnel de sensibilisation	5:1
Ratio travailleurs d'approche des pairs / pairs	Nombre de personnes de la population clé enregistrés / N° de travailleurs d'approche des pairs dans le programme	50:1
Proportion de postes de personnel remplis/vacant	N° du personnel/personnel total à nommer	100%
Proportion de membres du personnel formés au curriculum de formation prescrit	No de personnel formé/nombre total d'employés	100%
Nombre de centres d'accueil établis par rapport au plan		Oui
Nombre d'installations de santé appartenant au projet ouvertes par rapport au plan		Oui
Nombre de services liés à des services de prévention et de soins par rapport au plan		Oui

La deuxième section du tableau de bord peut être pour le suivi du programme, comme l'exemple suivant:

(Se reporter à l'annexe I pour le calcul et la source des données)

INDICES	NIVEAUX ATTENDUS	NIVEAU D'ANALYSE
La couverture du programme		
Proportion de personnes de la population clé enregistrées (cumulative) dans l'intervention grâce à des activités de sensibilisation par rapport à l'estimation de population clés	90-100%	Niveau du site, du partenaire et du programme
Proportion de personnes des populations clés recevant régulièrement des services de sensibilisation pour le VIH tous les trois mois	80-90%	Niveau du site, du partenaire et du programme
Les tests de dépistage du VIH par PC		
Proportion de PC testés et ayant reçu des résultats pour le VIH	>90%	Niveau du site, du partenaire et du programme
Les soins pour le VIH pour PCs		
Proportion de PC qui sont séropositives pour le VIH qui sont inscrits pour des soins	>90%	Niveau du site, du partenaire et du programme
Proportion de PCs qui reçoivent des ARV parmi ceux enregistrés pour les soins	>90%	Niveau du site, du partenaire et du programme
Le plaidoyer et la violence sexiste entre PCs		
Nombre de PC qui ont fait face à la violence le mois précédent	Tendance mensuelle à surveiller	Niveau du site, du partenaire et du programme
Proportion des cas de violence traités dans un délai de 24 heures	>90%	Niveau du site, du partenaire et du programme
Nombre moyen de participants par atelier de sensibilisation et des rencontres avec les intervenants clés	25-30	Niveau du site, du partenaire et du programme

En plus de cela, les gestionnaires de programme sont encouragés à consulter les rapports d'enquête pertinents qui sont disponibles dans les domaines

ainsi qu'au niveau national. Les informations seront un soutien supplémentaire au-delà de ce qui est recueilli dans le cadre des activités du programme.

Annexes

ANNEXE I: Calcul des indices de tableau de bord pour le suivi du programme

ANNEXE II: Sources de données pour les principaux indices PEPFAR

ANNEXE III: Boîte à outils pour le suivi et mode d'emploi

ANNEXE IV: Exemple d'une Étude de la portée des travaux pour la validation et l'estimation du nombre de personnes de la population clé au niveau de site



ANNEXE I

Calcul d'indicateurs du tableau de bord pour le suivi du programme

INDICES	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR	NIVEAUX PRÉVUS	OUTIL MP	NIVEAU D'ANALYSE
COUVERTURE DU PROGRAMME					
Proportion de personnes de population clé inscrites (cumulatif) dans l'intervention grâce à des activités de sensibilisation par rapport à l'estimation de la population clé	Total inscrit au programme (jusqu'au présent)	Montant total estimé de personnes de population clé (mappées)	90-100%	numérateur - 6C/6D dénominateur - 1A/1B	Niveau du site, du partenaire, et du programme
Proportion de personnes de la population clé régulièrement des services pour le VIH	Total de personnes de population clé vus régulièrement pour des services liés au VIH (PEPFAR defn)	Total inscrit et actif aujourd'hui	80-90 %	numérateur - 7B dénominateur - 6C/6D	Niveau du site, du partenaire, et du programme
DEPISTAGE DU VIH PAR PERSONNES PC					
Proportion de population clé testée et ayant reçu les résultats pour le VIH	Total personnes de population clé testées pour le VIH dans les trois derniers mois et ayant reçu les résultats	Total inscrit et actif aujourd'hui	>90 %	numérateur - 10Un dénominateur - 6C/6D	Niveau du site, du partenaire, et du programme
SOINS DU VIH POUR PERSONNES PC					
Proportion de personnes de population clé qui sont séropositives pour le VIH et inscrits pour les soins	Nombre total de personnes de population clés inscrits pour les soins	Total personnes de population clé personnes testées positives et ayant reçu les résultats	>90 %	numérateur - 11 dénominateur - 10A	Niveau du site, du partenaire, et du programme
Proportion de personnes de population clé qui reçoivent des ARV parmi ceux inscrits pour les soins	Nombre de personnes de de population clé qui reçoivent l'ART	Total personnes de population clé qui sont inscrites pour les soins	>90 %	numérateur - 11 dénominateur - 11	Niveau du site, du partenaire, et du programme
PLAIDOYER ET VIOLENCE LIEE EXISTE PARMIS LES PERSONNES PC					
Nombre de personnes de population clé ayant fait face à la violence le mois précédent			tendance mensuelle à surveiller	7B, 10A, 12	Niveau du site, du partenaire, et du programme
Proportion de cas de violence traités dans un délai de 24 heures	Nombre de personnes de la population ayant reçu des soins GBV dans les 24 heures le mois dernier	Nombre de personnes de population clé ayant fait face à la violence	>90%	numérateur - 7B, 10A dénominateur	Niveau du site, du partenaire, et du programme
Nombre moyen de participants par atelier de plaidoyer et réunion avec des intervenants clés	Nombre total de participants	Total de réunions de plaidoyer	25-30	13	Niveau du site et du programme
Nombre moyen de participants par atelier de plaidoyer et réunion avec des intervenants clés	Nombre total de participants	Total de réunions de plaidoyer	25-30		

ANNEXURE II

Sources de données pour les principaux indices PEPFAR

INDICE PEPFAR OU SPECIFIQUE	DESCRIPTION DE L'INDICE	OUTIL DE SURVEILLANCE #	
		N	D
ATTEINDRE POPULATIONS CLÉS			
PC_prev	Nombre de PCs atteints par des interventions de prévention du VIH par individus/petits groupes	7B	
PC_prev	Pourcentage de PC atteint par des interventions de prévention du VIH par individus/petits groupes fondées sur des données probantes et qui répondent aux normes juridiques minima requises	7B	
PC_prev	Nombre de PCs atteints par des interventions de prévention du VIH par individus/petits groupes	7B	
FPINT_SITE	Pourcentage de points de prestation de services VIH appuyés par le PEPFAR qui fournissent directement des services intégrés de planification volontaire de la famille		
GEND_GBV	Nombre de personnes recevant le minimum des services cliniques post-violence sexiste (VGB)	7B & 10	
TESTER LES POPULATIONS CLÉS			
HTC_TST	Nombre de PCs qui ont reçu des services HTC et ont reçu les résultats de test	10 & 10A	
Indice spécifique	Proportion de PC testée pour le VIH parmi ceux qui sont atteints par le programme	10A	1A/1B ou 6C/6D*
DIAGNOSTIQUER LES PVVIH ET LES INSCRIRE POUR LES SOINS			
SOINS_NOUVEAUX	Nombre de PCs séropositifs nouvellement inscrits dans les soins cliniques qui ont reçu l'évaluation clinique (staging OMS/nombre de CD4/ charge virale)	11	
SOINS_CUR.	Nombre de PCs séropositifs KPs ayant reçu une évaluation clinique (staging OMS/nombre de CD4/ charge virale)	11	
SOINS_COMM	Nombre de PCs séropositifs KPs recevant des soins et du soutien à l'extérieur de l'établissement de santé	11A	
SOINS_SITE	Pourcentage de sites de soins cliniques PEPFAR où au moins 80% des PVVIH ont reçu 1) évaluation clinique (staging OMS/CD4/charge virale, 2) le dépistage de la tuberculose, et 3) si la demande est admissible, le cotrimoxazole		
Indice spécifique	Proportion PCs séropositifs actuellement inscrits dans les soins parmi ceux qui ont été testés positifs	11	10A
LANCER L'ART			
TX_NOUVEAU	Nombre de PCs nouvellement inscrits pour l'ART	11	
MAINTENIR À L'ART			
TX_DEV.	Nombre de PCs qui reçoivent actuellement de l'ART	11	
TX_PVLS	Pourcentage de patients de l'ART avec un résultat de charge virale résultat documenté dans le dossier médical et/ou les systèmes d'information de laboratoire (SIL) au cours des 12 derniers mois avec un décalage de charge virale (<1000 copies/ml)	11	11^
TX_RET	Pourcentage de PCs atteints du VIH toujours en vie et sous traitement 12 mois après l'initiation de l'ART	11	

N=numérateur d=dénominateur

* Utilisez l'outil 1A/1B si le dénominateur est l'ensemble de la population estimée de membres PC ; sinon utilisez l'outil 6C/6D (total membres PC inscrits à ce programme)

^ le numérateur et le dénominateur sont prises à partir du même registre

ANNEXE III

Boîtes à outils pour le suivi et mode d'emploi

OUTIL 1: FORMULAIRE DE VALIDATION DE SITE DE RENCONTRE

Nom de l'ONG/OSC/IA:			Nom du travailleur de proximité:		
Nom de site				Type de site*	
Code du site				Localisation	
Département				Commune	
Type de PC	1=FSW, 2=MSM, 3=TG, 4=PWID			Répondant	1=PC, 2=autres, 3=aucun
Nature de hotspot	1=Activé, 2=inactif				
Date de visite 1 (JJ/MM/AA): ____ / ____ / ____				Date de visite 2 (JJ/MM/AA) : ____ / ____ / ____	

No.	PROFIL DE SITE	
1	Pendant une journée typique/normale combien de PCs travaillent à/ visitent ce site?	Min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Max <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	À ce site, à quelle heure trouve-t-on le nombre maximum de PCs (heure de pointe)? Encercler COMME APPLICABLE	MATIN A L'APRES-MIDI B SOIRÉE C NUIT D TOUTES LES 24 HEURES E
3	À endroit, quel(s) jour(s) de la semaine est-ce que le nombre de PCs est plus grand que d'habitude (jour de pointe)? Cercle COMME APPLICABLE	LUNDI A MARDI B MERCREDI C JEUDI D VENDREDI E SAMEDI F DIMANCHE G
4	Un jour de la semaine/mois d'affluence, combien de PCs travaillent à/visitent ce site (min - max)?	Faible <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Haut <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

No. SI	RENSEIGNEMENTS SUR D'AUTRES SPOTS	
5	Connaissez-vous un autre endroit de ce genre dans cette ville/village/ commune où des PCs travaillent/visitent?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
S.N	NOM/ADRESSE DU SITE	CONTACTEZ
A		
B		

*Les codes pour type de point d'accès: **1**=Bar avec hébergement, **2**= Bar sans hébergement, **3**=Le sexe den/Bordel, **4**=strip club, **5**=rues/routes, **6**=Domicile, **7**=Casino, **8**=plage, **9**=pension/maison de repos/hôtel/hébergement, **10**=salon de massages, **11**=Parcs, **12**=taverne bière, **13**=Des toilettes publiques, **14**=autres (Précisez)

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 1 : FORMULAIRE DE VALIDATION DE SITE DE RENCONTRE
Qui devrait le remplir	Les travailleurs chargés de la sensibilisation par les pairs
Quand il faut le remplir	Lors de la validation du site existant/mappé/nouvellement identifié
À quelle fréquence	Périodiquement (au début de chaque année)

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 1 : FORMULAIRE DE VALIDATION DE SITE DE RENCONTRE est utilisé pour valider les sites de rencontre identifiés par cartographie programmatique/disponible.

Dans chaque site nommé, un formulaire de validation est rempli, en interrogeant soit un informateur clé primaire (PC) soit un informateur clé secondaire (quelqu'un au site qui le connaît bien). Si un site n'est pas identifié ou est un doublon d'un des sites déjà énumérés, la première partie du formulaire (identification) est remplie, donnant la raison comme inactif ou doublon respectivement.

La première partie du formulaire, l'identification des détails, est utilisée pour identifier chaque site de rencontre par sa localisation géographique.

NOM DE L'ONG/OSC/IA: Nom du programme responsable de la mise en oeuvre

NOM DU TRAVAILLEUR D'APPROCHE DES PAIRS: Écrire le nom du travailleur de proximité qui valide le site. Si l'un des travailleurs d'approche des pairs est du site ou du voisinage, il devraient être affecté pour valider le site.

NOM DU SITE DE RENCONTRE: Écrire clairement le nom et l'adresse du site qui est en cours de validation. Un site de rencontre est une structure ou lieu où une ou plusieurs PC sollicitent leurs clients et/ou s'engagent dans des comportements à risque.

TYPE DU SITE: Écrire la nature du site de rencontre ici. Utilisez uniquement le code donné dans le format (comme indiqué ci-dessous). Par exemple, si le site est un bar avec hébergement, le code "1", s'il est un bar sans hébergement, le code "2", pour le sexe den/bordel code "3", etc. Les différentes sortes de sites telles que définies par le pays sont utilisées. À titre d'exemple, les éléments suivants sont la liste des sites de rencontre : 1=Bar avec hébergement, 2=Bar sans hébergement, 3=Le sexe den/Bordel, 4=strip club, 5=rues/routes, 6=Domicile, 7=Casino, 8=plage, 9=pension/maison de repos/hôtel/hébergement, 10=salon de massages, 11=Parcs, 12=taverne, 13=toilette publique, 14=d'autres.

CODE DU SITE: Utiliser un code unique pour le site. Habituellement, c'est unique au niveau de l'ONG/OSC/IA niveau. Le code doit être pris de la liste originale de sites de rencontre (Outil 1A). Si un nouveau site est identifié au cours de la validation, utilisez un nouveau code au-delà de ceux qui sont déjà affectés aux sites. Le gestionnaire de programme et le gestionnaire M&E/agent de NGO/ CSO/ IA attribuent ces codes uniques.

LOCALISATION: Écrire la localisation du site. Cette localisation est une vaste zone où le site est situé et peut être identifié facilement.

DEPARTEMENT: Inscrire le nom du département ou du district.

COMMUNE/PROVINCE/ÉTAT: Écrire le nom de la commune et la province/état.

TYPE DE KP: Écrire le type de PCs qui font du racolage/participent aux activités à risque au site. S'il est nommé un site FSW spot dans la liste, utiliser le code 1, si MSM utiliser le code 2, si TG utiliser 3 et si PWID utiliser 4. Remplir un formulaire pour chaque type de PC. Si de différents types de PC se livrent à des comportements à risque au site, utiliser d'autres formes de validation pour chaque sorte de PC.

REPOUNDANT: écrire qui est l'intimé pour la validation. Si un ou plusieurs PCs sont interviewés au site pour valider, utiliser le code 1, si une autre personne que des PCs sont interviewés, utiliser le code 2. Si personne n'est interviewé, utiliser le code 3.

NATURE DU SITE: ce champ est rempli à la fin de la validation. Si des PCs se livrent à des comportements à risque au site, comme le dit le(s) répondant(s), utiliser le code 1 (site actif). Si aucun PC ne se livre à des comportements à risque au site tel que rapporté par le répondant/s, utiliser le code 2 (site inactif).

DATE DE VISITE 1 : Écrire la date de validation. La visite au site pour la première fois pour le valider est visée ici. Utiliser un format normal, JJ/MM/AAAA.

DATE DE VISITE 2 : Écrire la date de la deuxième visite faite au site pour valider, si elle était faite. Cela est généralement utilisée si lors de la première visite le travailleur sensibilisation des pairs n'a pas pu identifier un PC ou d'autres personnes à interviewer pour valider le site : une deuxième visite est effectuée et la date est enregistrée ici dans le même format (JJ/MM/AAAA). Parfois, le travailleur de sensibilisation des pairs peut avoir besoin de faire plus de 2 visites ; si plus de visites sont effectuées, enregistrer la dernière date de visite ici.

Profil du site

NO 1: Pendant une journée typique, combien de PCs travaillent à /visitent ce site ? Cette question enregistre le nombre de PCs qui visitent le site lors d'une journée moyenne ou typique. Une journée moyenne ou typique désigne un jour où le nombre maximum de PCs ne visitent pas le site mais ceux qui viennent régulièrement et se livrent à des comportements à risque. Deux cases, correspondant à bas et haut, sont données pour enregistrer la gamme de nombres faibles et élevés de personnes qui visitent le site pendant journée typique, si le répondant donne une gamme. Si le répondant sait le nombre exact de KPs visitant le site, enregistrer le même numéro dans les deux cases de bas et haut. Si le répondant donne une gamme, p. ex., 10 à 12, mettre 10 comme bas et 12 comme haut.

NO 2: A ce site, à quelle heure de la journée trouve-t-on le nombre maximum de PCs (heure de pointe) ? Encercler le moment où le plus grand nombre de PCs visitez le site lors d'une journée typique. Il peut y avoir plus d'une seule heure de pointe, dans ce cas, encercler tous les codes pertinents.

NO 3: A ce site, quel(s) jour(s) de la semaine est-ce que le nombre de PCs est plus élevé que d'habitude (les jours de pointe) ? Demander au répondant quel jour est le jour de pointe dans une semaine. Le jour de pointe veut dire un jour où un nombre plus élevé de PCs visitent le site que les autres jours. Un site peut recevoir le plus grand nombre de PCs plus d'un seul jour de la semaine ; dans ce cas, encercler

tous les jours concernés. Par exemple, si le samedi et le dimanche sont les jours où le plus grand nombre de PCs visitent le site, encercler G et A. Si le jour de pointe est un seul jour, encercler le code correspondant à ce jour.

NO 4: Lors d'un jour de pointe de la semaine/du mois, combien de PCs travaillent à/visitent ce site (min - max) ? Cette question cherche à comprendre le nombre estimé de PCs qui visitent le site et s'engagent dans des comportements à risque/recherchent des partenaires ou s'injectent des drogues un jour de pointe. Par exemple, si dans Q3 le jour de pointe est le samedi, Q4 désigne le nombre de PCs qui visitent le site le samedi. Enregistrer la gamme comme signalée par le répondant. Si le répondant sait le nombre exact de PCs visitant le site, enregistrer le même numéro dans les deux cases de bas et haut. Si le répondant donne une gamme, par exemple 12 à 15, enregistrer 12 comme bas et 15 comme haut.

Renseignements sur d'autres sites

Les informations du tableau servent à identifier un nouveau site de rencontre, si un site a été oublié lors du mappage des données ou si un nouveau site a émergé depuis l'élaboration de la liste.

N° 5: Connaissez-vous d'autres site pareils dans la(le) ville/village/commune, où des PCs travaillent/ sollicitent/ visitent ? Demandez aux répondants s'ils connaissent d'autres sites à par celui où ils sont interrogés. S'ils connaissent d'autres sites, cocher la case " Oui ", sinon, cocher " Non " et remercier le répondant.

Si le répondant connaît d'autres sites dans la ville/village d'entrevue, écrire tous les sites que le répondant connaît. Lorsque tous les sites sont répertoriés, demander s'il connaît une personne de contact au site. L'obtention de contacts dans un nouveau sites aide parfois les validations.

Quand la validation est terminée, vérifier le nom des sites signalés par les répondants contre la liste de sites utilisée pour la validation. Si le site qui vient d'être nommé est répertorié, c'est un site déjà existant/déjà identifié. Si le site n'est pas répertorié à la liste, il faut ajouter le nom du site à la liste et visiter et valider le site dans un nouveau formulaire de validation de "site de rencontre."

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

Dénominateur pour PC prev

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 1A : LISTE DE SITE DE RENCONTRE
Qui devrait le remplir	Gestionnaire de programme/agent M&E
Quand il faut le remplir	Préalablement à la configuration de l'intervention
À quelle fréquence	La première liste de sites de rencontre est la liste de mappage programmatique. Après la validation, la liste est raffinée, et par la suite mise à jour après chaque validation périodique (début de chaque année)

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 1A : LISTE DE SITES DE RENCONTRE est utilisé pour afficher la liste de tous les sites de rencontre FPPF/MSM/TG. Il fournit une liste complète des sites de rencontre où les interventions peuvent être établies. Une liste distincte est établie pour chaque sorte de PC. Si la même ONG/OSC met en oeuvre des programmes dans de multiples endroits (ville/district), une seule liste de sites de rencontre est développée l'organisation de mise en oeuvre, et de toute unité de sous-liste est extraite de la liste complète.

Voici les critères pour élaborer et compléter la liste de sites de rencontre.

PARTENAIRE DE MISE EN OEUVRE : Ecrire le nom de l' ONG/OSC/partenaire de mise en oeuvre en haut du formulaire.

MOIS/ANNEE : Écrire le mois et l'année où la liste est préparée. Cela veut dire le moment où la cartographie/ validation ont été effectuées. On peut y faire référence pour décider quand il faut faire une seconde validation et élaborer une nouvelle liste de sites de rencontre.

SORTE DE PC : Cela veut dire la sorte de PC dont les sites sont répertoriés. Si la liste de sites est de FSWs, cocher la case FSW, si elle est MSMs cocher MSMs, si TG alors cocher TG et si elle est PWID, cochez la case PWID. Quelle que soit la case est cochée, tous les sites de la liste doivent être de cette sorte de PC. Ne mélangez pas de différentes sortes de PC dans une seule liste.

NOM DU SITE : Ecrire le nom et l'adresse du site ici. Commencer avec nom du site, puis écrire l'adresse. L'adresse doit être rédigée clairement afin que le site puisse être retrouvé facilement en utilisant le nom et l'adresse du site.

CODE DU SITE : Le code unique rend chaque site distinct des autres. Le code devrait être pris de la liste de sites de rencontre (Outil 1).

LOCALISATION : Ecrire la localisation du site. La localisation s'écrit comme indiqué dans le formulaire de validation de sites ; c'est une vaste zone où le site est se trouve et où il peut être identifié facilement.

NOM DU DISTRICT : Ecrire le nom du district ici. Dans les endroits où l'intervention est conçue au niveau de la ville/village, utiliser la ville/village, suivie du district. Dans des endroits où d'autres divisions administratives que des districts sont utilisées, utiliser le type approprié d'unité administrative.

SORTE DE POINT DE RENCONTRE : Indiquer la sorte de site ici. Utiliser uniquement les codes fournis :

1=Bar avec hébergement, 2=Bar sans hébergement, 3=Le sexe den/ Bordel, 4=strip club, 5=rues/routes, 6=Domicile, 7=Casino, 8=plage, 9=pension/maison de repos/hôtels/hébergements, 10=salon de massages, 11=Parcs, 12=taverne, 13=Des toilettes publiques, 14=autres

NOMBRE ESTIME DE PCS (MOY) : Il s'agit du nombre estimé de PCs au site et est utilisé pour la micro-planification, le suivi et les évaluations. Utiliser la moyenne des estimations basse et haute de jours de pointe du formulaire de validation de sites (outil 1).

JOUR(S) DE POINTE : Ecrire le(s) jour(s) de pointe ici. Les jours de pointe sont ceux où un nombre élevé de PCs visitent le site la place par rapport aux autres jours. Un site peut accueillir le maximum de PCs plus d'un seul jour de la semaine, par conséquent écrire tous les jours de pointe. Utiliser les mêmes codes que ceux utilisés dans l'Outil 1, c'est-à-dire "An" pour lundi, "B" pour mardi, etc.

HEURES DE POINTE : Ecrire la période de pointe du site, le moment où le plus grand nombre de PCs visitent le site par rapport à d'autres moments du même jour. Le moment de pointe peut arriver plusieurs fois, par conséquent écrire toutes les heures pertinentes. Encore une fois, employer les codes indiqués sur le formulaire de validation de site.

(Outil 1), c'est-à-dire, "A" pour le matin, "B" pour l'après-midi, "C" pour le soir, "D" pour la nuit et "E" pour 24 heures.

TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION DES PAIRS

RESPONSABLE : Ecrire le nom du travailleur de proximité qui est affecté à la prestation de services du programme au site. Si le site est grand et de nombreux PCs le visitent, et plus d'un seul travailleur de sensibilisation des pairs y est affecté, écrire le nom de tous les travailleurs d'approche des pairs responsables au site.

Outil contribuant à indice de PEPFAR

Dénominateur pour PC_PREV

Indice spécifique : Proportion de PCs testés pour le VIH parmi ceux qui sont atteints



NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 1B : LISTE DE SITES DE RENCONTRE (PWID)
Qui devrait le remplir	Gestionnaire de programme/M&E agent
Quand il faut le remplir	Préalablement à la configuration de l'intervention
À quelle fréquence	La première liste de sites de rencontre est la liste de mappage programmatique. Après la validation, la liste est raffinée, et par la suite mise à jour après chaque validation périodique (au début de chaque année)

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 1B : LISTE DE SITES DE RENCONTRE

(PWID) est utilisé pour répertorier tous les sites de rencontre PWID.

La méthode de remplir l'outil 1B est similaire à l'outil 1A, sauf que la typologie du site et les PWID estimés au site s'écrivent différemment.

La sorte de site pour PWID utilise les codes : 1=rue/marché, 2=den d'injection, 3=bâtiment inhabité, 4=parcs, 5=maisons, 6=plage, 7=casino.

NOMBRE ESTIME : Écrire la moyenne des estimations basses et hautes des CDI mâles et les mêmes informations pour les CDI femelles qui visitent le site un jour de pointe ici.

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

Dénominateur pour PC_PREV

Indice spécifique : Proportion de PCs testés pour le VIH parmi ceux qui sont touchés par le programm



NOM DE L'OUTIL	OUTIL 2 : L'ÉTAT DE L'INFRASTRUCTURE
Qui devrait le remplir	Gestionnaire du programme
Quand il faut le remplir	Au début du programme et chaque fois qu'une nouvelle infrastructure est configurée ou qu'un élément d'infrastructure existante est arrêté.
À quelle fréquence	Chaque fois qu'un nouvel élément d'infrastructure est établi ou que le statut d'un élément d'infrastructure existante change (ferme).

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 2 : L'ÉTAT DE L'INFRASTRUCTURE

répertorie l'ensemble de l'infrastructure disponible avec le programme. Il donne également la sorte d'infrastructure, sa date de création, les informations de contact, et l'infrastructure qui n'est pas active maintenant pour diverses raisons.

NO. : Il s'agit du numéro de série, cela commence par 1,2,3, etc.

SORTE D'INFRASTRUCTURE : Il s'agit du type de l'infrastructure établie. Le type peut être des bureaux de projet, des cliniques, des centres d'accueil (DIC), etc. Toute infrastructure établie à l'aide des fonds de projet ou comme renvoi mis en place pour établir une liaison pour les PCs à divers services du VIH/ITS est incluse ici.

DESCRIPTION DE L'INFRASTRUCTURE DU PROJET

: Ecrire la description de l'infrastructure, y compris l'adresse de l'établissement.

APPARTENANT AU PROJET/POINT DE RENVOI:

Indiquez si l'infrastructure appartient au projet ou si elle est utilisée comme un point de renvoi pour

renvoyer les PCs aux services. Les infrastructures qui appartiennent au projet sont des infrastructures établies avec les fonds du projet.

DATE DE CRÉATION : Ecrire la date où l'infrastructure est établie, selon le format JJ/MM/AA.

COORDONNEES/DETAILS DE CONTACT : Écrire la personne-ressource principale pour le projet. Ce n'est pas forcément le chef de l'établissement, mais c'est la personne avec qui l'équipe de projet est en constante interaction dans le cadre du programme. Si l'établissement appartient au projet, écrire le chef de l'établissement.

REMARQUES : s'emploient pour écrire d'autres renseignements concernant l'établissement. Par exemple, si l'établissement n'est pas actif et fermé, alors écrivez " fermé " et la date à laquelle l'établissement devient inactif

Outil peut contribuer aux indices (non PEPFAR) de suivi élaboré par le programme de pays

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 3 : REGISTRE DU PERSONNEL
Qui devrait le remplir	Administrateur/Directeur de programme
Quand il faut le remplir	Au début du programme.
À quelle fréquence	Lorsque de nouveaux employés sont inscrits ou lorsque des employés quittent le programme.

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 3 : REGISTRE DU PERSONNEL fournit le numéro du personnel du programme et leur poste, l'âge, sexe, date de l'adhésion, catégorie et nombre d'heures que chacun d'entre eux travaille pour le programme.

NO. : Il s'agit du numéro de série, cela commence par 1,2,3, etc.

NOM : Écrire le nom du personnel. Écrire le prénom suivi du second prénom et du troisième nom.

POSTE : Ecrire le poste du personnel du programme. Si c'est le gestionnaire du projet, écrire "gestionnaire du projet ", s'il/elle est agent S&E, écrire "agent S&E", etc.

ÂGE : Ecrire l'âge en années complétées. Si la personne a 24 ans et 5 mois, écrire 24 ans. De même, si elle a 24 ans et 11 mois, écrire de nouveau 24 ans. Écrire en années complètes uniquement.

SEXE : Ecrire le sexe de la personne. Si la personne est mâle, écrire "M", pour les femmes "F" et pour transgenre écrire "TG".

DATE DE NOMINATION POUR LE PROJET : Écrire la date d'adhésion au programme (date de nomination) ici. Utiliser le format JJ/MM/AA pour écrire la date d'entrée au programme.

CATEGORIE DE PERSONNEL : Écrire la catégorie générale de son poste dans le programme. Si il/elle est gestionnaire du programme, écrire "Gestionnaire". Si la personne est membre du personnel clinique, écrire "personnel clinique", s'il/elle est agent S&E, écrire "agent", etc.

NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL : Il s'agit du nombre d'heures de travail du personnel pour le programme par semaine. Si la personne travaille 3 heures, écrire 3. Utiliser des heures entières seulement, c'est-à-dire, si la personne travaille 3,5 heures, écrire 3 uniquement.

REMARQUES : Ecrire ici toute autre information pertinente à propos du personnel. Cette case peut être utilisée si le fonctionnaire démissionne de ce programme. Dans ce cas, écrire "personnel a démissionné " et inscrire "Date de départ" dans le format DD/MM/YY format.

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

Indice de HRH

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 4 : REGISTRE DES TRAVAILLEURS DE SENSIBILISATION DES PAIRS
Qui devrait le remplir	Administrateur du programme/gestionnaire/superviseur du personnel de sensibilisation
Quand il faut le remplir	Au début du programme, lorsque les travailleurs d'approche des pairs sont recrutés.
À quelle fréquence	Chaque fois qu'un travailleur de sensibilisation des pairs rejoint ou quitte le projet.

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 4 : REGISTRE DES TRAVAILLEURS DE SENSIBILISATION DES PAIRS : Fournit le nombre de travailleurs d'approche des pairs dans le programme et le nombre total de travailleurs d'approche des pairs recrutés qui ont depuis quitté le projet.

NO. : Il s'agit du numéro de série et cela commence par 1,2,3, etc.

NOM : Ecrire le nom du travailleur (prénom suivi du second prénom et du troisième nom).

ADRESSE : Ecrire l'adresse du travailleur. Écrire l'adresse complète et le numéro de téléphone portable.

ÂGE : Ecrire l'âge en années terminées. Si le travailleur a 24 ans et 5 mois, écrire de 24 ans. De même, s'il/elle a 24 ans et 11 mois, écrire de nouveau 24 ans.

SEXE : Ecrire le sexe du travailleur. Si le travailleur est mâle, écrire "M", pour les femmes "F" et pour les transgenre "TG".

SORTE DE PC : Ecrire la sorte de PC du travailleur de sensibilisation des pairs. Si le travailleur est de sexe féminin, écrire "FSW", si HSH écrire "SM" et si une personne qui s'injecte des drogues, écrire "PWID".

ÉDUCATION : Le niveau d'éducation du travailleur de proximité est enregistré ici. Ecrire le nombre d'années d'études terminées. Si le travailleur de sensibilisation des pairs a terminé 7 années d'études écrire "7". Si le travailleur de sensibilisation des pairs est diplômé, écrire "15", etc.

DATE D'ENTRÉE AU PROJET : Ecrire la date à laquelle le travailleur de sensibilisation des pairs s'est associé au programme (date de nomination), selon le format JJ/MM/AA.

DATE D'INTERRUPTION : Si le travailleur a quitté le projet, écrire la date où il l'a quitté, en utilisant le format JJ/MM/AA.

MOTIF DE L'ARRÊT : Ecrire le motif principal du départ du projet. Si le travailleur de sensibilisation des pairs a abandonné parce qu'il/elle ne fait plus de comportements à risque, écrire "n'est plus un PC". Si le travailleur a abandonné parce qu'il/elle est en train de migrer, écrire "a migré", etc.

Outil contribuant à indice de PEPFAR

Indice de HRH

OUTIL N° 5 : REGISTRE DE RENFORCEMENT DES CAPACITES

(À remplir par l'administrateur du projet / gestionnaire du projet)

SL. NO.	DATE		ORGANISÉ PAR	NOM DE FORMATION	SORTE ET NOMBRE DE PARTICIPANTS					
	DU	JUSQU'AU			TRAVAILLEUR/ PAIRS	NO.	PERSONNEL	NO.	AUTRES	NO.
1. Objectifs de la formation										
2. Méthodologie de formation utilisée										
3. Programme de formation et matériel utilisé										
4. Processus de formation (résumé de chaque journée de formation).										
5. Commentaires des participants ::										

LISTE DES PARTICIPANTS				
SL. NO.	NOM	ROLE DANS LE PROJET DE	ÂGE	SEXE

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 5 : REGISTRE DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS S'INSCRIRE
Qui devrait le remplir	L'administrateur de projet / gestionnaire de projet
Quand il faut le remplir	À la fin de chaque session de formation effectuée par l' administrateur/gestionnaire
À quelle fréquence	Périodiquement, chaque fois que le renforcement des capacités du personnel se fait

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 5 : REGISTRE DE RENFORCEMENT DES CAPACITES aide le gestionnaire du programme à tenir compte du nombre de sessions de formation organisées dans un mois donné, des sujets discutés, de la méthodologie adoptée (matériel de formation utilisé), et du nombre de membres du personnel formés par leur type. Ce formulaire doit aussi être remplie si l'ONG n'a pas organisé la formation elle-même mais le personnel a assisté à des séances de formation organisées par d'autres ONG/organisations.

NO. : Il s'agit du numéro de série de la formation pour le renforcement des capacités menée pendant un mois donné

DATE (DU/JUSQU'AU) : La date ou la période où la formation était organisée par l'ONG ou offerte au personnel. Mentionner la date de début et date de fin de la formation dans le format JJ/MM/AA.

ORGANISE PAR : Le nom de l'organisme qui a fourni la formation.

NOM DE LA FORMATION : Il s'agit de la sorte de formation menée par l'ONG ou donnée au personnel pendant le mois. Cela peut inclure la formation d'initiation, la formation pour l'acquisition de compétences, de formation ou de perfectionnement.

SORTE ET NOMBRE DE PARTICIPANTS : Donner le nombre total de membres du personnel qui ont assisté à la formation par leur type.

OBJECTIFS DE LA FORMATION : Ecrire une brève description des objectifs de la formation.

Les formations se divisent généralement tombent dans trois grandes catégories : gestion de programme (sensibilisation, élément informatique, MIS, etc.); gestion financière (vérification, préparation de SOE (Déclaration des dépenses), etc.); et la gestion clinique (formation de médecins, suivi psychologique, symptômes d'IST, etc.)

METHODOLOGIE EMPLOYÉE : Décrire la méthodologie employée pour la formation. La méthodologie employée dans la formation peut être la formation structurée, la formation participative ou sous la forme de visites d'exposition.

PROGRAMME DE FORMATION ET MATÉRIEL UTILISÉ : Nommer le contenu de la formation, les sujets abordés et les matériaux utilisés lors de la création de capacités.

PROCESSUS DE FORMATION (RÉSUMÉ DE CHAQUE JOURNÉE DE LA FORMATION) : Décrire le processus de formation, y compris le processus adopté pour l'organisation de la formation, l'ordre du jour de chaque jour, et les connaissances acquises.

LES RÉACTIONS DES PARTICIPANTS : Résumer les réactions des participants. Il faut inclure des commentaires sur le type de formation, la méthodologie utilisée, le contenu et le processus.

LISTE DES PARTICIPANTS : Elle enregistre les détails des participants qui ont assisté au renforcement des capacités, y compris le nom et la désignation, à savoir, le poste du personnel qui participe à la formation, leur âge et leur sexe

OUTIL N° 6A : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE SENSIBILISATION (FSW/MSM)

(À remplir par superviseur du personnel de sensibilisation ou des travailleurs de sensibilisation des pairs)

1. Nom de partenaire de mise en oeuvre :			
2. Date d'inscription			
3. Nom du district/département			
4. Nom du lieu :			
5. Nom de site de rencontre :			
6. Nom du travailleur chargé de la sensibilisation :			
7. Nom du travailleur de sensibilisation des pairs :			
8. Jour/Mois/Année d'adhésion :			
9. Nom/alias de la personne de la population clé :			
10. Adresse :			
11. Sexe	Mâle/Femelle/Transgenre		
12. Nationalité :			
13. Date de naissance (JJ/MM/AA) :			
14. ID de programme:			
15. Numéro de téléphone :			
16. Quel est l'endroit PRINCIPAL où vous /travaillez/faites du travail sexuel/trouvez vos clients ou vos partenaires? Entourez TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	Nom du site de rencontre(s) :		
	1. Bar avec hébergement	2. Bar sans hébergement	
	3. Sexe Den (maisons closes)	4. Strip Club	
	5. Rues et routes	6. Maison	
	7. Casino	8. Plage	
	9. Hébergement/Pension/ Maison de repos/ Hôtel	10. Salons de massage	
	11. Parcs	12. Taverne	
	13. Toilettes publiques	14. Autres	
	17. Avez-vous jamais été contacté par un travailleur de sensibilisation des pairs du programme de prévention du VIH?	Oui	Non
	18. Avez-vous déjà visité un DIC/Clinique/centre de bien-être pour tous les services dans les 6 derniers mois?	Oui	Non
19. Si oui, quel DIC avez-vous visité			

UNIQUEMENT POUR LES FSWS			UNIQUEMENT POUR LES MSM		
20. Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé le travail sexuel ?			À quel âge avez-vous d'abord fait le sexe anal ?		
21. Combien d'actes de pénétration (anale/vaginale) avez-vous faits ? DERNIER JOUR? _____ LA SEMAINE DERNIERE? _____			Combien d'actes sexuels anal réceptif avez-vous faits LE JOUR DERNIER? _____ LA SEMAINE DERNIERE? _____		
			Combien d'actes sexuels anaux pénétratifs avez-vous faits dans le LE JOUR DERNIER? _____ LA SEMAINE DERNIERE? _____		
22. Avez-vous utilisé un condom lors de votre dernier acte pénétratif ?		Oui	Non	Avez-vous utilisé un condom lors de votre dernière action de pénétration anale ?	
				Oui	Non
Signature: _____ <i>Superviseur de sensibilisation du personnel</i>			Signature: _____ <i>Travailleur de sensibilisation des pairs</i>		

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 6A: FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE SENSIBILISATION (FSW/MSM/TG)
Qui devrait le remplir	Le superviseur de sensibilisation du personnel/travailleur de sensibilisation des pairs
Quand il faut le remplir	Pour chaque FSW/MSM une fois durant la période du projet
À quelle fréquence	Chaque fois qu'un nouveau membre PC est identifié pour inclusion dans le programme

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 6A: FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE SENSIBILISATION (FSW/MSM/TG) s'emploie pour l'inscription du nouveau membre PC dans le programme. Ce formulaire contient des informations sur le profil de base du membre PC et son comportement à risque. Cela sert de titre authentique du membre PC qui s'est inscrit dans le programme pour avoir accès à des services.

NOM DU PARTENAIRE DE MISE EN ŒUVRE :

C'est le nom du partenaire d'exécution/NGO contracté pour mettre en oeuvre les interventions de prévention du VIH dans une région donnée ou un arrondissement. L'équipe nationale « Linkages » (« Liens ») attribuera un code pour identifier de manière unique chaque partenaire d'exécution, et cela peut aussi être saisi ici.

DATE D'INSCRIPTION: Donnez la date où le nouveau PC s'est inscrit au programme en utilisant le format JJ/MM/AA.

NOM DU DISTRICT/DÉPARTEMENT : Il s'agit du nom du district/département où le PC travaille/sollicite généralement. Utiliser un code numérique à deux chiffres pour identifier de façon unique le district et inscrivez-le ici. (Là où plus d'un partenaire de mise en oeuvre fonctionnent dans un seul district/département, « Linkages » attribue à chaque partenaire son code unique.)

NOM DE LIEU : C'est le nom de la région/ localisation où le PC fait du racolage. Utiliser le même nom de lieu comme mentionné dans le format de validation de site de rencontre. Attribuer un code numérique à trois chiffres pour identifier sans ambiguïté la localisation à l'intérieur d'un district.

NOM DU SITE DE RENCONTRE : Désigne le nom du point d'invitation/drague exacte à l'intérieur d'une zone comme identifié lors du processus de mappage. Écrire le nom et l'adresse du site de rencontre, de sorte qu'il

puisse être facilement identifié. Utiliser le code de trois chiffres tiré de la liste des sites de rencontre (l'Outil 1A) pour identifier de manière unique le site.

NOM DU SUPERVISEUR DE SENSIBILISATION DU

PERSONNEL : Écrire le nom du superviseur de sensibilisation du personnel qui inscrit le PC dans un site de rencontre. Attribuer un code numérique à deux chiffres pour identifier le superviseur de sensibilisation du personnel

NOM DU TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION DES

PAIRS: Écrire le nom du travailleur de sensibilisation qui contactera le PC enregistré pendant les interventions. Attribuer un code numérique à trois chiffres pour identifier de façon unique le travailleur de sensibilisation des pairs

JOUR/MOIS/ANNÉE D'INSCRIPTION : La date d'inscription est la date de la première fois que le PC a été contacté par quelqu'un provenant du programme et a commencé à remplir le formulaire d'inscription de sensibilisation.

NOM/ALIAS DU PC : Écrire le nom complet du PC en caractères d'imprimerie. Le nom du PC doit figurer de la même façon sur toutes les autres fiches.

ADRESSE : Écrire l'adresse actuelle du PC où il/elle réside. Également inclure tout autre point de repère ou de l'information pertinente à l'adresse de contact comme un code PIN.

SEXE : Écrire le sexe du PC comme indiqué au moment de l'inscription. Ce devrait être un dossier qui ne porte pas de jugement, c'est-à-dire, le superviseur de sensibilisation du personnel ou le travailleur de sensibilisation des pairs doit noter le sexe exactement comme indiqué par le PC. Encercler "Mâle", "femelle", ou "transgenre " comme il convient.

NATIONALITÉ : La nationalité du PC comme indiqué au moment de l'inscription.

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) : Donner la date de naissance du PC dans le format JJ/MM/AAAA. Dans la mesure du possible, confirmer la date de naissance déclarée par le biais de tout document d'appui/preuves d'identité. Mettre "pas disponible" si le PC ne sait pas ou ne se rappelle pas sa date de naissance.

IDENTIFICATEUR DU PROGRAMME (PID) : Le PID est un code à 14 chiffres pour identifier de manière unique chaque PC au sein du programme. Il est utilisé dans les cas où un programme n'utilise pas le code d'identificateur unique (CIU). Le PID est la combinaison du code du district code, du code du partenaire de mise en œuvre, du code de l'endroit, du code du site de rencontre et du code de la catégorie du site le code et le code, suivie d'un numéro de série à quatre chiffres pour le PC.

Le PID de chaque PC est généré par l'agent de S&E au niveau de l'ONG lors de la saisie des données dans le registre maître. Après que le PID est généré, il est donné au superviseur de sensibilisation du personnel et au travailleur de sensibilisation des pairs pour tous les autres emplois.

Un PID peut être généré comme ci-dessous:

CODE DE DISTRICT		CODE DE PARTENAIRE		CODE DE LOCALITÉ			CODE DE SITE			CODE DE CATÉGORIE	CODE PC UNIQUE			
0	1	0	1	0	1	2	0	1	1	F	0	1	1	2
0	1	0	3	0	2	2	0	0	1	T	0	1	2	4

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : Ecrire le numéro de téléphone portable/fixe où le PC peut être contacté.

QUEL EST L'ENDROIT PRINCIPAL OU VOUS TRAVAILLEZ/FAITES DU TRAVAILSEXUEL/TROUVEZ VOS CLIENTS OU VOS PARTENAIRE ? ENCERCLEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI SONT APPLICABLES : Il s'agit du type principal de site que les PCs visitent pour faire du travail sexuel/rencontrer leurs clients/se livrer à des comportements à risque. 14 sortes de sites sont nommés dans l'outil. Le travailleur de sensibilisation des

pairs doit écrire le "Nom de site(s) de rencontre" que le PC visite le plus souvent, et cocher la catégorie la plus appropriée pour l'endroit selon les réponses du PC. Ci-dessous sont les exemples de type de site:

1=Bar avec hébergement, 2=Bar sans hébergement, 3=Sexe den/ Bordel, 4=Strip club, 5=Rues/routes, 6=Domicile, 7=Casino, 8=plage, 9=Pension/Maison de repos/Hôtel/ Hébergement, 10=Salons de massage, 11=Parcs, 12=Taverne, 13=Toilettes publiques, 14=d'autres.

Si le PC nomme plus d'un seul site, noter tous les sites et encercler le(s) type(s) de site.

AVEZ-VOUS JAMAIS ÉTÉ CONTACTÉ PAR UN TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION DES PAIRS DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DU VIH ?

Si le PC a jamais été contacté par un travailleur de sensibilisation des pairs d'un programme de prévention du VIH, encercler le code "1- Oui" ; sinon encercler le code "2- Non".

AVEZ-VOUS JAMAIS VISITÉ UN DIC/CLINIQUE/ CENTRE DE BIEN-ÊTRE POUR N'IMPORTE QUELS LES SERVICES PENDANT LES DERNIERS 6 MOIS ?

: Si le PC n'a jamais visité une DIC/clinique/centre de bien-être pour obtenir des services pendant les dernier 6 mois par l'intermédiaire de n'importe quel programme de prévention du VIH, encercler le code "1- Oui"; sinon encercler le code " 2- Non".

SI OUI, QUEL DIC AVEZ-VOUS VISITÉ ? : Si le PC a visité le DIC au cours des 6 derniers mois, entrer le nom et l'adresse du DIC.

QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ COMMENCÉ LE TRAVAIL SEXUEL? (POUR LES FSW) /À QUEL AGE AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTSEXUELS ANAUX ? (POUR LES MSM) : Mentionner l'âge au début du travail sexuel (pour les FSW) ou l'âge au premiers rapports sexuels anaux (pour les MSM), en années complétées. Si le PC ne sait pas/ ne se rappelle pas l'âge, mettre "98".

UNIQUEMENT POUR LES FSW :

COMBIEN D'ACTES DE PÉNÉTRATION ANALE OUR VAGINALE AVEZ-VOUS FAITS ? LE JOUR DERNIER ? /

LA SEMAINE DERNIERE ?

Noter le nombre d'actes sexuels (anaux/vaginaux) que la FSW a faits avec tous les partenaires au cours de la dernière journée de travail et au cours de la dernière semaine. Si aucun acte sexuel ne s'est produit ni au dernier jour ni au cours de la dernière semaine alors enregistrer "00".

AVEZ-VOUS UTILISE UN CONDOM LORS DE VOTRE DERNIER ACTE PÉNÉTRATIF ? 1. OUI 2. NON

UNIQUEMENT POUR LES MSM :

COMBIEN D'ACTES SEXUELS ANAUX RÉCEPTIFS AVEZ-VOUS FAITS ? LE JOUR DERNIER ? LA SEMAINE DERNIERE ?

Noter le nombre d'actes sexuels anaux réceptifs signalés

par le MSM le dernier jour et au cours de la dernière semaine. Si aucun acte sexuel n'est arrivé ni le dernier jour ni pendant la dernière semaine alors enregistrer "00".

COMBIEN D'ACTES SEXUELS ANAUX PÉNÉTRATIFS AVEZ-VOUS FAITS ? LE JOUR DERNIER ? LA SEMAINE DERNIERE ? Noter le nombre d'actes sexuels anaux pénétratifs signalés par le MSM le dernier jour et au cours de la dernière semaine. Si aucun acte sexuel n'est arrivé ni le dernier jour ni pendant la dernière semaine alors enregistrer "00".

AVEZ-VOUS UTILISÉ UN CONDOM LORS DE VOTRE DERNIER ACTE SEXUEL ANAL RÉCEPTIF/ PÉNÉTRATIF? 1. OUI 2. NON

Lorsque l'enregistrement est terminé, le superviseur de sensibilisation du personnel ou le travailleur de sensibilisation des pairs devrait envoyer cette fiche à l'agent de S&E pour enregistrer ces informations dans le registre maître (Outil 6C).



OUTIL N° 6B : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE SENSIBILISATION (PWID)

(À être rempli par le personnel superviseur de sensibilisation ou de travailleur d'approche des pairs)

1. Nom du partenaire de mise en oeuvre :		
2. Date d'inscription :		
3. Nom du district/département :		
4. Nom de lieu :		
5. Nom de site de rencontre :		
6. Nom du superviseur de sensibilisation du personnel :		
7. Nom du travailleur de sensibilisation des pairs :		
8. Jour/Mois/Année d'adhésion :		
9. Nom/alias du PC		
10. Adresse :		
11. Sexe :	Mâle/Femelle/Transgenre	
12. Date de naissance (JJ/MM/AA) :		
13. ID de programme :		
14. Numéro de téléphone :		
15. Quel est l'endroit PRINCIPAL où vous faites des injections/achetez des drogues ? Entourez TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	Nom de site(s) de rencontre :	
	1. Rue	2. Domicile
	3. Marché	4. Plage
	5. Bâtiment inhabité	6. Den d'injection
	7. Parcs	8. Autres
16. Avez-vous jamais été contacté par un pair du programme de prévention du VIH ?	Oui	Non
17. Avez-vous jamais visité un DIC/clinique/centre de bien-être pour n'importe quels services pendant les 6 derniers mois ?	Oui	Non
18. Si oui, quel DIC avez-vous visité ?		
19. À quel âge avez-vous commencé à vous injecter des drogues?		
20. En moyenne, combien de fois vous injectez-vous PAR JOUR ? _____ PAR SEMAINE ? _____		
Signature _____ Superviseur de sensibilisation du personnel	Signature _____ Travailleur de sensibilisation des pairs	

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 6B : FORMULAIRE D'INSCRIPTION (PWID)
Qui devrait le remplir	Le superviseur de sensibilisation du personnel/travailleur de sensibilisation de pairs
Quand il faut le remplir	Pour chaque personne qui s'injecte des drogues (PWID) une fois pendant la durée du projet
À quelle fréquence	Chaque fois qu'un nouveau PWID est identifié pour inclusion dans le programme

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 6B : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE SENSIBILISATION (PWID) : s'emploie pour l'inscription du nouveau PWID dans le programme. Ce formulaire contient des informations sur le profil de base du PWID et son comportement à risque. Il sert de titre authentique du PWID qui s'est inscrit dans le programme pour avoir accès à des services.

NOM DU PARTENAIRE DE MISE EN OEUVRE : Il s'agit du nom de partenaire d'exécution/ONG contracté pour mettre en oeuvre les interventions de prévention du VIH dans une région donnée ou un district. Utiliser un code de deux chiffres pour identifier le partenaire d'exécution de façon unique. L'équipe nationale « Linkages » (« Liens ») attribuera un code pour identifier de manière unique chaque partenaire d'exécution, et cela peut aussi être saisi ici.

DATE D'INSCRIPTION : Indiquer la date où un nouveau PWID s'est inscrit dans le programme. La date d'inscription devrait être donnée dans le format JJ/MM/AA.

NOM DU DISTRICT/DÉPARTEMENT : désigne le nom de district/département que PWID visite habituellement pour l'usage de drogues. Utiliser un code numérique à deux chiffres pour identifier de façon unique le district et inscrivez-le ici. (Là où il y a plus d'un seul partenaire de mise en oeuvre dans un seul district/ département, « Linkages » attribue à chaque partenaire son code unique.)

NOM DE LIEU : donne le nom de la région/l'endroit que le PWID visite pour s'injecter des drogues. Utiliser le nom de lieu indiqué dans le format de validation de site de rencontre. Attribuer un code à trois chiffres pour identifier l'endroit de façon unique à l'intérieur d'un district.

NOM DU SITE DE RENCONTRE : Donner le nom du point exact d'injection de drogues à l'intérieur d'une

zone telle qu'elle est identifiée lors du processus de mappage. Écrire le nom et l'adresse du site de rencontre de sorte qu'il puisse être facilement identifié. Attribuer un code numérique de trois chiffres pour identifier l'endroit de façon unique à l'intérieur d'un district.

NOM DU SUPERVISEUR DE SENSIBILISATION DU PERSONNEL : Ecrire le nom du superviseur de la sensibilisation du personnel qui inscrit le PWID dans un site de rencontre. Attribuer un code numérique à deux chiffres pour identifier de façon unique le superviseur de sensibilisation du personnel.

NOM DU TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION DES PAIRS : Ecrire le nom du travailleur de sensibilisation des Pairs qui contactera le PWID enregistré au cours de sensibilisation. Attribuer un code numérique à trois chiffres pour identifier de façon unique le travailleur de sensibilisation par les pairs.

JOUR/MOIS/ANNÉE D'INSCRIPTION : La date d'inscription est la première fois le PWID a été contacté par quelqu'un du programme et a commencé à remplir le formulaire d'inscription de sensibilisation.

NOM/ALIAS DU PWID : Ecrire le nom complet du PWID en caractères d'imprimerie. Le nom du PWID doit figurer de la même façon sur toutes les autres fiches.

ADRESSE : Ecrire l'adresse actuelle du PWID où il/elle réside. Inclure également tout autre point de repère ou information pertinente à l'adresse de contact comme le code PIN.

SEXE : Ecrire le sexe du PWID comme indiqué au moment de l'inscription. Cela devrait être sans jugement, c'est-à-dire, le superviseur de sensibilisation du personnel ou le travailleur de sensibilisation des pairs doit noter le sexe exactement comme

indiqué par le PWID. Encercler "Mâle", "Femelle", ou "Transgenre" comme il convient.

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) : Donner la date de naissance du PWID sous la forme JJ/MM/AAAA. Dans la mesure du possible, confirmer la date de naissance déclarée par le biais de tout document d'appui/preuves d'identité. Mettre "pas disponible" si le PWID ne sait pas ou ne se rappelle pas date de naissance.

IDENTIFICATEUR DE PROGRAMME (PID) : PID est un code à 14 chiffres pour identifier de manière unique chaque PWID au sein du programme. Il est utilisé dans les cas où un programme n'utilise pas le code d'identificateur unique (CIU). Le PID est la combinaison du district code, du code du partenaire de mise en oeuvre, du code de l'endroit, du code du site de rencontre et du code de catégorie, suivis d'un numéro de série à quatre chiffres pour l'PWID. Le PID de chaque PWID est généré par l'agent de S&E au niveau des ONG lors de la saisie des données dans le registre maître. Après que le PID est généré, il est donné au superviseur de sensibilisation du personnel et au travailleuse de sensibilisation des pairs pour tous les autres emplois.

Un PID peut être généré comme ci-dessous :

CODE DE DISTRICT		CODE DE PARTENAIRE		CODE DE LOCALITÉ			CODE DE SITE		CODE DE CATÉGORIE	CODE PC UNIQUE				
0	1	0	1	0	1	2	0	1	1	F	0	1	1	2
0	1	0	3	0	2	2	0	0	1	T	0	1	2	4

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : Ecrire le numéro de téléphone portable/fixe où le PWID peut être contacté.

QUEL EST L'ENDROIT PRINCIPAL OU VOUS FAITES DES INJECTIONS/ACHETEZ DES DROGUES ? ENTOUREZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT : Il s'agit du nom et de la sorte d'endroit principal où le PWID s'injecte ou achète des drogues. Il y a 8 sortes de sites nommés dans l'outil.

L'éducateur des pairs doit écrire le "nom du site de rencontre" principal que le PWID visite pour acheter ou s'injecter des drogues, et cocher la catégorie la plus appropriée de l'endroit selon les réponses du PWID. Ci-dessous sont les exemples de sortes de site : 1=Rue, 2=Domicile, 3=Marché, 4=Plage, 5=Bâtiment inhabité, 6=Den d'injection, 7=Parcs, 8=Autres.

Si le PWID mentionne plusieurs sites, il faut noter tous les sites et encercler le(s) type(s) de site.

AVEZ-VOUS JAMAIS ÉTÉ CONTACTÉ PAR UN PAIR DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DU VIH?

Si le PWID a jamais été contacté par un travailleur de sensibilisation des pairs d'un programme de prévention du VIH, encercler le code "1- Oui"; sinon encercler le code "2- Non."

AVEZ-VOUS JAMAIS VISITÉ UN DIC/CLINIQUE/ CENTRE DE BIEN-ÊTRE POUR N'IMPORTE QUELS SERVICES PENDANT LES 6 DERNIERS MOIS ? Si le PWID a jamais visité un DIC/ clinique/centre de bien-être pour obtenir des services pendant les 6 derniers mois par l'intermédiaire de n'importe quel programme de prévention du VIH, encercler le code "1- Oui"; sinon encercler le code "2 - Non".

SI OUI, QUEL DIC AVEZ-VOUS VISITÉ ? : Si le PWID a visité le DIC au cours des 6 derniers mois, écrire le nom et l'adresse du DIC.

À QUEL ÂGE AVEZ-VOUS COMMENCÉ À VOUS INJECTER DES DROGUES ? : Écrire l'âge lorsque le PWID a commencé l'injection de drogues. Si le PWID ne sait pas ou ne se rappelle pas l'âge, mettre "98".

EN MOYENNE, COMBIEN DE FOIS VOUS INJECTEZ-VOUS ?

PAR JOUR ? _____/ PAR SEMAINE _____ : Noter combien de fois le PWID s'injecte des drogues par jour et par semaine, en moyenne.

Lorsque l'enregistrement est terminé, le superviseur de sensibilisation du personnel ou le travailleur de sensibilisation des pairs devrait envoyer cette fiche à l'agent de S&E pour enregistrer ces informations dans le registre maître (Outil 6C).

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 6C : REGISTRE MAITRE (FSW/MSM)
Qui devrait le remplir	Agent de suivi et d'évaluation
Quand il faut le remplir	Lorsque le partenaire d'exécution a une liste à jour des membres PC inscrits au programme
À quelle fréquence	Périodiquement, surtout sur une base hebdomadaire ou lors d'une nouvelle inscription

DESCRIPTION DE POUR LES COLONNES

L'OUTIL 6C : REGISTRE MAITRE (FSW/MSM) est une compilation des informations sur tous les PC inscrits. Il fournit un accès facile aux informations sur les PCs, p. ex., le nombre d'inscrits au programme et leur classement par site de rencontre/zone/localité ou typologie.

L'agent de S & E devrait maintenir ce registre en Excel et le mettre à jour au besoin. Les informations pour le registre maître proviennent directement de l'Outil 6A (sauf le numéro de série).

NO. : Le partenaire d'exécution/ONG doit énumérer toutes les PCs inscrits au programme en série. Lorsque de nouveaux PCs sont inscrits, le numéro de série devrait se continuer à partir du nombre le plus élevé jusqu'à ce moment. Si un PC arrête sa participation au programme pour quelque raison que ce soit, son numéro de série ne doit ni changer ni être utilisé pour aucun autre PC

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

Numérateur pour PC_PREV



NOM DE L'OUTIL	OUTIL 6D : REGISTRE MAITRE PWID
Qui devrait le remplir	Agent de suivi et d'évaluation
Quand il faut le remplir	Lorsque le partenaire d'exécution a une liste à jour de PWID inscrits avec le programme
À quelle fréquence	Périodiquement, surtout sur une base hebdomadaire ou lors d'une nouvelle inscription

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 6D : REGISTRE MAITRE (PWID) est une compilation de renseignements sur tous les PWIDs inscrits. Il fournit un accès facile aux informations sur PWID, par exemple, le nombre d'inscrits au programme et leur classement par site de rencontre/zone/endroit ou typologie.

L'agent S&E devrait maintenir ce registre en Excel et le mettre à jour au besoin. Les informations pour le registre maître proviennent directement de l'Outil 6B (sauf le numéro de série).

NO. : Le partenaire d'exécution ONG doit énumérer tous les PWID inscrits au programme en série. Lorsque de nouveaux PWID sont inscrits, le numéro de série devrait continuer à partir du nombre le plus élevé jusqu'à ce moment. Si un PWID arrête sa participation au programme pour quelque raison que ce soit, son numéro de série ne doit ni changer ni être utilisé pour aucun autre PWID.

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

Numérateur pour PC_PREV



NOM DE L'OUTIL	7A : FICHE DE SUIVI INDIVIDUEL/CALENDRIER PAIRS (SENSIBILISATION)
Qui devrait le remplir	Travailleur de sensibilisation de pairs avec l'aide du superviseur du personnel
Quand il faut le remplir	Chaque fois qu'un travailleur sensibilisation des pairs fournit des services aux PC
À quelle fréquence	Mise à jour quotidienne lorsque les services sont fournis

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 7A : FICHE DE SUIVI INDIVIDUEL/CALENDRIER PAIRS (SENSIBILISATION)

est l'outil le plus important pour les activités de sensibilisation. C'est ici que le travailleur de sensibilisation des pairs enregistre tous les services qu'il/elle fournit aux PC au site de rencontre. Chacun des services, y compris de communication, d'orientation, d'essais, et pour la violence doit être enregistré quotidiennement. Ces informations sont ensuite compilées par site pour l'agrégation au niveau du projet.

NOM DU SUPERVISEUR DE SENSIBILISATION DU PERSONNEL : Donner le nom du superviseur de sensibilisation du personnel qui sert de mentorat du travailleur de sensibilisation des pairs.

NOM DU TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION DES PAIRS : Nom du travailleur au site de rencontre.

TRIMESTRE : Le suivi individuel se fait pour un trimestre particulier. Indiquer en cochant quel trimestre est en cours d'enregistrement. Q1 (oct - déc) Q2 (janvier - mars) Q3 (avril à juin) Q4 (juil-sept)

NO. : numéro de série du PC sur ce formulaire.

NO. PID : numéro d'identification de programme fourni pour le PC lorsqu'il s'inscrit dans le programme.

SITES/SITES DE RENCONTRE : Donner le nom du site de rencontre du PC.

NOM/SURNOM : Enregistrez le nom/surnom du PC qui est inscrit dans le programme.

SORTE DE PC : Mettre la sorte de PC à l'aide de la typologie mentionnée dans le formulaire d'inscription de l'Outil 6A.

ÂGE : Donner nregistrer l'âge du PC en années complètes.

SEXE : Indiquer le sexe du PC (M, F ou TG)

SESSION DE COMMUNICATION (1-1, 1-G): 1-1= individu à individu, 1-G= individu à groupe. La date à laquelle la session a été effectuée doit être enregistrée ici.

AU MOINS UN DES SUJETS SUIVANTS ABORDÉS : ITS, VIH, HCT, VIOLENCE SEXISTE, STIGMATISATION (OUI/NON) :

Si l'un des sujets mentionnés a été discuté, mettre "Oui" pour indiquer qu'il a été discuté dans la session.

RENOI POUR DES SERVICES DE SANTÉ : Si un PC est renvoyé pour des services tels que les ITS, les tests de dépistage du VIH, de l'ART, PF, la tuberculose, ou d'autres problèmes de santé, le renvoi devrait être enregistré ici. Un PC peut être renvoyé à de multiples services durant le trimestre.

A REÇU DES PRODUITS (NO. ET SORTE DE CONDOM (MALE/FEMELLE/LUBRIFIANT): Les PC reçoivent des condoms, des lubrifiants et des seringues (dans les cas de PWID). Le nombre de ces produits distribués devrait être inscrit ici.

VIOLENCE RENCONTRÉE : Si l'un des PC est confronté à la violence les éducateurs de pairs doivent indiquer qu'un PC spécifique a face à la violence. Cela pourrait venir du partenaire, des forces de l'ordre, d'autres structures du pouvoir dans sa région, etc.

VIOLENCE RÉVOLUE : Si l'on a aidé les PC à résoudre la crise de la violence, alors il faut l'indiquer ici.

REMARQUES : Les remarques éventuelles, notamment des dates de suivi d'PC spécifique, s'inscrivent ici.

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 7B : FEUILLES DE COMPILATION DES TRAVAILLEURS DE SENSIBILISATION
Qui devrait le remplir	Superviseur de sensibilisation du personnel
Quand il faut le remplir	À la fin de chaque mois
À quelle fréquence	De préférence toutes les semaines, et il devrait être terminé avant la fin du mois

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 7B : FEUILLE DE COMPILATION DES TRAVAILLEURS DE SENSIBILISATION DES PAIRS :

L'outil de compilation pour tous les travailleurs de sensibilisation des pairs qui sont dirigés par un superviseur de sensibilisation du personnel comme mentor. Il indique les performances par site dans chaque zone du superviseur de sensibilisation du personnel. Une ligne distincte doit être remplie pour chaque site de rencontre. Si un site de rencontre est desservi par plus d'un seul travailleur de sensibilisation des pairs, une ligne distincte doit être remplie pour chaque travailleur de sensibilisation des pairs au site.

N° : numéro de série.

SITES/SITES DE RENCONTRE : Nom du site de rencontre de la population clé figure ici.

SORTE DE PC : la sorte de PC doit être saisie, à l'aide de typologies mentionnées dans le formulaire d'inscription de l'outil 6A.

NOM DU TRAVAILLEUR DE SENSIBILISATION DES PAIRS : Nom du travailleur à ce site de rencontre.

TOTAL PCS INSCRITS : Donner le nombre total de PCs inscrits au site.

SESSION DE COMMUNICATION (1-1, 1-G) :

nombre total De PCs qui ont reçu une session de communication d'un travailleur de sensibilisation des pairs à site. 1-1= individu à individu, 1-G=individu à groupe.

RENOI POUR DES SERVICES DE SANTÉ :

la compilation de toutes les personne PCs à chaque site de rencontre qui ont été renvoyées par les éducateurs de pairs pour les services suivants : ITS, le test de dépistage du VIH, l'ART, PF, la tuberculose, d'autres problèmes de santé.

PRODUITS REÇUS : Indiquer le nombre de produits qui ont été fournis au site de rencontre.

Cela comprend des condoms, des lubrifiants et des seringues (pour PWID).

VIOLENCE RENCONTRÉE : Le nombre total de personnes PC qui ont fait face à la violence est répertorié ici.

VIOLENCE RÉVOLUE : Noter combien de PCs ont reçu de l'aide pour résoudre la violence/crise pour chacun des sites de rencontre.

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

PC_PREV

GEND_GBV (nombre de PCs recevant des soins post-VGB)

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 8A : REGISTRE DE POINTS DE DISTRIBUTION DE CONDOMS
Qui devrait le remplir	Agent de suivi et d'évaluation
Quand il faut le remplir	Initialement, une fois
À quelle fréquence	Mise à jour tous les six mois

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 8A : REGISTRE DE POINTS DE DISTRIBUTION DE CONDOMS : est mis à jour chaque fois qu'un point de distribution est accueilli dans le programme. Il montre la distribution et la sorte de point de distribution de condoms des points de distribution établis par le programme.

SITE DE RENCONTRE : nom du site de rencontre où se trouve le point de distribution.

NOM/LIEU DU TITULAIRE DU POINT : Nom du titulaire du point.

DATE D'INCORPORATION DANS LE PROJET: Donner la date d'incorporation du point de distribution.

SEXE DU TITULAIRE DE POINT (M/F/TG) : Donner le sexe du titulaire du point de distribution.

SORTE DE POINT DE DISTRIBUTION : Donner la sorte de point de distribution (comme indiqué en bas du tableau).

DATE D'INTERRUPTION (SI INTERROMPU) : Enregistrer la date de l'abandon, s'il a été arrêté.

MOTIF DE L'ARRET : Enregistrer le motif de l'interruption.

Outil peut contribuer aux indices de suivi (non PEPFAR) élaborés par le programme du pays

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 8B: REGISTRE D'INVENTAIRE DE CONDOMS ET LUBRIFIANT
Qui devrait le remplir	Gestionnaire de programme
Quand il faut le remplir	Régulièrement
À quelle fréquence	Mensuellement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 8B: REGISTRE D'INVENTAIRE DE CONDOMS ET LUBRIFIANT : aide le gestionnaire du programme à suivre le niveau de stocks de condoms et de lubrifiants dans le programme. En se basant sur le stock disponible, le gestionnaire du programme peut placer les ordres d'approvisionnement futur.

DATE : Date d'enregistrement de l'inventaire.

SOLDE D'OUVERTURE DE CONDOMS ET LUBRIFIANT : Enregistrer le solde d'ouverture comme le nombre de condoms et de lubrifiants en stock au début de la période comptable.

NOMBRE REÇU : enregistrer la quantité reçue des sources telles que le MdS/donateurs ou d'autres sources.

NOMBRE DISTRIBUÉ : Enregistrer le nombre de préservatifs ou de lubrifiants donné soit aux travailleurs de sensibilisation des pairs soit à un point de distribution spécifique, dans la colonne correspondante.

SOLDE DE CLOTURE : le solde de clôture est calculé comme le solde d'ouverture, plus le numéro reçu, moins le nombre distribué. Ceci peut être confirmé contre les quantités restant en stock à la fin de la période comptable.

Outil peut contribuer aux indices de suivi (non PEPFAR) élaborés par le programme du pays

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 8C : REGISTRE D'INVENTAIRE DE SERINGUES
Qui devrait le remplir	Gestionnaire du programme
Quand il faut le remplir	Régulièrement
À quelle fréquence	Mensuellement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 8C : REGISTRE D'INVENTAIRE DE SERINGUES : aide le gestionnaire du programme à suivre les niveaux de stock de seringues dans le programme. En se basant sur le stock disponible, le gestionnaire du programme peut placer les ordres d'approvisionnement futur.

DATE : Date d'enregistrement de l'inventaire.

SOLDE D'OUVERTURE DE SERINGUES : Donner le solde d'ouverture comme le nombre et de seringues en stock au début de la période comptable.

NOMBRE REÇU : Enregistrer la quantité reçue de sources comme MdS/donateur ou d'autres sources

NOMBRE DISTRIBUÉ : Indiquer le nombre de seringues donné aux travailleurs d'approche des pairs, aux centres d'accueil, aux établissements de santé ou à d'autres dans la colonne correspondante.

SOLDE DE CLOTURE : Le solde de clôture est calculé comme le solde d'ouverture, plus le nombre reçu, moins le nombre distribué. Ceci peut être confirmé contre les quantités restant en stock à la fin de la période comptable.

Outil peut contribuer aux indices de suivi (none PEPFAR) de suivi élaborés par le programme du pays

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 8D : REGISTRE DE DISTRIBUTION DE CONDOMS/LUBRIFIANT
Qui devrait le remplir	Gestionnaire du programme
Quand il faut le remplir	Lorsque le point de distribution reçoit des produits
À quelle fréquence	Mis à jour régulièrement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 8D : REGISTRE DE DISTRIBUTION DE CONDOMS/LUBRIFIANT : sert de guide au programme sur la configuration de la distribution de préservatifs ou de lubrifiant vers et depuis divers points de distribution,

DATE : Date de l'enregistrement de la distribution au point de distribution.

SITE/SITE DE RENCONTRE : Site de rencontre où se trouve le point de distribution.

SORTE DE POINT DE DISTRIBUTION/ DEPOT*:

Sorte de point de distribution ou de dépôt de préservatifs.

*Code 1=prise individuel titulaire, 2=lieu public, 3=lieu privé, 4=établissement de santé, 5=autres

SOLDE/STOCK : inscrire le solde de stock au point.

FOURNITURE : Enregistrer combien de stock a été fourni à la sortie (des préservatifs et du lubrifiant séparément).

SOLDE DE CLOTURE : Enregistrer le solde de clôture du stock après que l'approvisionnement a été donné à la sortie.

DISTRIBUÉ : Indiquer le nombre de préservatifs et de lubrifiants distribués par le point de distribution.

Outil peut contribuer aux indices de suivi (none PEPFAR) élaborés par le programme du pays

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 8E : REGISTRE DE DISTRIBUTION DE SERINGUES
Qui devrait le remplir	Gestionnaire du programme
Quand il faut le remplir	Lorsque le point de distribution reçoit des produits
À quelle fréquence	Mis à jour régulièrement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 8E : REGISTRE DE DISTRIBUTION DE SERINGUES : sert de guide au programme pour la configuration de distribution de préservatifs et de lubrifiant vers et depuis divers points de distribution/centres.

DATE : Date de l'enregistrement de la distribution au point de distribution.

NOM/POINT/ETABLISSEMENT : Enregistrez le nom de l'endroit où se trouve le point de distribution.

SORTE DE POINT/ETABLISSEMENT* : Sorte de point de distribution ou de dépôt de préservatifs.

*Code 1=individuel, 2=DIC, 3=établissement de santé, 4=autres

SOLDE/STOCK : inscrire le solde de stock au point de distribution.

FOURNITURE : Enregistrer combien de stock a été fourni au point.

SOLDE DE CLOTURE : Enregistrer le solde de clôture du stock après que l'approvisionnement a été donné au point.

DISTRIBUÉ : Donner le nombre de seringues distribuées par le point.

Outil peut contribuer aux indices de suivi (non PEPFAR) élaborés par le programme du pays



OUTIL N° 9A : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE CLINIQUE MSM/TG

Nom de partenaire de mise en oeuvre : _____ Date: ____/____/____

Nom du district : _____ Endroit : _____ Site de rencontre _____

Superviseur de sensibilisation du personnel : _____ Travailleur de pairs : _____

Nom de PC : _____ Sexe : femelle mâle TG e

Date de naissance : ____/____/____ ID de programme : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

1	Votre âge à votre dernier anniversaire ? (en années complètes)		
2	Où est-ce que vous draguez/trouvez le plus souvent vos clients ou partenaires ? ENTOUREZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	Nom de site(s) de rencontre:	
		<input type="checkbox"/> Bar avec hébergement	<input type="checkbox"/> Bar sans hébergement
		<input type="checkbox"/> Sexe den (maisons closes)	<input type="checkbox"/> Strip Club
		<input type="checkbox"/> Rues et routes	<input type="checkbox"/> Domicile
		<input type="checkbox"/> Casino	<input type="checkbox"/> Plage
		<input type="checkbox"/> Hébergement/pension/ maison derepos/hôtel	<input type="checkbox"/> Salons de massage
		<input type="checkbox"/> Parcs	<input type="checkbox"/> Taverne
		<input type="checkbox"/> Toilettes publiques	<input type="checkbox"/> Autres
3	En moyenne, combien d'actes sexuels avec pénétration (anaux) avez-vous	Par jour	Par semaine
4	Avez-vous déjà visité un DIC/clinique/centre de bien-être pour n'importe quels services dans les 6 derniers mois ?	Oui	Non
5	Si oui, quel DIC avez-vous visité ?		
6	Avez-vous été contacté par un travailleur de sensibilisation des pairs du programme de prévention du VIH ?	Oui	Non

LES INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT		
7	Au cours des 6 derniers mois avez-vous jamais eu l'un de ces symptômes? LIRE TOUTES LES REPONSES	<input type="checkbox"/> Ulcère/maladie anal/génital <input type="checkbox"/> Décharge anal/pénile de mauvaise odeur <input type="checkbox"/> Croissance indolore en zone pénienne/aneale <input type="checkbox"/> Démangeaisons en zone génitale/aneale <input type="checkbox"/> Éruption cutanée en zone génitale/aneale <input type="checkbox"/> Bubon <input type="checkbox"/> Dysurie <input type="checkbox"/> LAP <input type="checkbox"/> Autres
8	Où avez-vous reçu de traitement pour les symptômes mentionnés ci-dessus au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Médecin privé <input type="checkbox"/> Clinique gouvernementale <input type="checkbox"/> Herboriste <input type="checkbox"/> ONG/ clinique du programme <input type="checkbox"/> Autres _____ <input type="checkbox"/> N'a pas reçu de traitement

OUTIL n° 9A : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE CLINIQUE MSM/TG *suite*

ANTÉCÉDENTS SEXUELS ET ÉVALUATION DE RISQUE			
9	À quel âge avez-vous commencé les relations sexuelles ?		
10	Les 3 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre homme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
11	LA SEMAINE PASSÉE, combien de partenaires masculins avez-vous ?		
12	Quelle sorte relations sexuelles avez-vous dans la plupart des rencontres sexuelles ?	<input type="checkbox"/> La pénétration anale <input type="checkbox"/> Anal réceptif <input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Autres _____	
13	Avez-vous jamais recevoir de l'argent ou des biens pour le sexe avec un homme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
14	Si oui, à quel âge avez-vous commencé le travail sexuel? (uniquement pour les DSM)		
15	LA SEMAINE PASSEE, de combien d'hommes avez-vous reçu de l'argent ou de biens pour le sexe ? (uniquement pour les DSM)		
16	LA SEMAINE PASSEE combien d'hommes ne vont ont pas payé en argent ou biens pour le sexe? (uniquement pour les DSM)		
17	Avez-vous utilisé un condom la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
18	Avez-vous utilisé un lubrifiant dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels anaux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
19	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous consommé des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> D'habitude	<input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Chaque jour
20	Avez-vous jamais utilisé/consommé une drogue pour usage non médical ?	JAMAIS	LE MOIS DERNIER
		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
		LA SEMAINE DERNIÈRE	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

SEXUAL AND GENDER-BASED VIOLENCE		
21	Au cours des 3 derniers mois. avez-vous jamais vécu la violence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
22	Si oui, de quelle sorte ? Cochez toutes les réponses mentionnées	<input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Violence sexuelle <input type="checkbox"/> Discrimination <input type="checkbox"/> Autres _____
23	Qui a commis les actes de violence ?	<input type="checkbox"/> Groupes de pression communautaire <input type="checkbox"/> Dirigeants locaux <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Militaires <input type="checkbox"/> Proxénètes <input type="checkbox"/> Gérants/propriétaires de bars <input type="checkbox"/> Gangs locaux <input type="checkbox"/> Compagnon de travail <input type="checkbox"/> Magistrat/justice
		<input type="checkbox"/> Fonctionnaires gouvernementaux <input type="checkbox"/> Communauté générale <input type="checkbox"/> Membres de la famille <input type="checkbox"/> Groupes religieux <input type="checkbox"/> Partenaire régulier <input type="checkbox"/> Clients <input type="checkbox"/> Fournisseur soins de santé <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____
24	Avez-vous demandé de l'aide ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
25	Si oui, où avez-vous cherché l'aide ? Cochez toutes les réponses mentionnés	<input type="checkbox"/> Medical/hôpital <input type="checkbox"/> Services juridiques et police <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Pairs <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Chef religieux <input type="checkbox"/> Chef/ancien du village <input type="checkbox"/> Autres _____

OUTIL n° 9A : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE CLINIQUE MSM/TG suite

HIV TESTING AND COUNSELING		
26	Avez-vous déjà subi un test de dépistage du VIH ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Passez à No. 33)
27	Si oui, il y a combien de temps?	<input type="checkbox"/> Dans les 3 mois <input type="checkbox"/> Dans les mois <input type="checkbox"/> Dans 1 an <input type="checkbox"/> Plus d'un an
28	Si oui, souhaitez-vous partager votre résultat de test avec moi ?	<input type="checkbox"/> Testé positif <input type="checkbox"/> Testé négatif <input type="checkbox"/> Résultats inconnus <input type="checkbox"/> Je ne veux pas partager
29	Si positif, avez-vous communiqué votre statut VIH à quelqu'un ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
30	Si oui, à qui ?	<input type="checkbox"/> Copain <input type="checkbox"/> Client régulier <input type="checkbox"/> Ami/parent
31	Si positif, est-ce que vous recevez les soins pour le VIH?	<input type="checkbox"/> Oui (spécifier la durée) Si oui, durée _____ <input type="checkbox"/> Non
32	Si vous recevez des soins, quel établissement vous donne des soins (l'adresse de l'établissement) ?	
33	Pourrions-nous vous contacter par téléphone (ou SMS) pour les services liés au dépistage IST/PF/VIH, soins VIH/GBC ou d'autres services?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
34	Pourrions-nous vous contacter via votre travailleur de sensibilisation des pairs/superviseur de sensibilisation du personnel pour les services liés aux tests ITS/VIH, soins VIH/VGB ou d'autres services?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Signature/empreinte de pouce du PC _____
35	Nom du fournisseur de services :	Signature _____ Date _____

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 9A : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE CLINIQUE MSM/TG
Qui devrait le remplir	Le personnel de la clinique
Quand il faut le remplir	Lorsque le MSM vient à la clinique pour la première fois pour les services
À quelle fréquence	Tous les jours

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 9A : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE

CLINIQUE MSM/TG CLINIC : est utilisé pour chaque MSM lorsqu'ils visite la clinique pour la première fois pour les services cliniques. Il saisit tous les antécédents de base du PC pour planifier sa gestion clinique future.

INFORMATION DE BASE SUR LE PC : dans la première section, on cherche et enregistre des informations démographiques de base.

COMPORTEMENT DU PC : Les questions 1-6 sont enregistrées afin de comprendre le comportement à risques de la KP qui peut influencer sur les chances de contracter l'infection du VIH.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : Les questions 7-8 enregistre les antécédents du PC avec les IST.

ANTECEDENTS SEXUELS ET EVALUATION DE RISQUE : Les question 9-20 prennent les antécédents sexuels et le comportement passé à risque du PC. Cela permettra au médecin de conseiller et de soigner le PC en conséquence.

VIOLENCE SEXUELLE ET SEXISTES : Les questions 21-25 notent la violence sexuelle et sexiste dont le PC a été victime dans le passé.

DEPISTAGE DU VIH ET SUIVI PSYCHOLOGIQUE : Les questions 26-32 notent si le PC a jamais subi un test de dépistage du VIH et a reçu des conseils, et les résultats si le PC veut bien les partager. S'il est séropositif, on cherche également à obtenir des renseignements sur les soins actuellement reçus par le PC.

CONSENTEMENT POUR LE CONTACT : Les questions 33-35 cherchent le consentement du KP pour le faire contacter par les travailleurs de sensibilisation des pairs et d'autres membres du personnel clinique pour les services.

Toutes les colonnes de ce formulaire sont explicites.

TOOL #9B: FSW CLINIC ENROLLMENT FORM

Nom de partenaire de mise en oeuvre : _____ Date: ____/____/____

Nom du district : _____ Endroit : _____ Site de rencontre _____

Superviseur de sensibilisation du personnel : _____ Travailleur de pairs : _____

Nom de PC : _____

Date de naissance : ____/____/____ ID de programme : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

1	Age à votre dernier anniversaire ? (années complètes)		
2	Où est-ce que vous draguez/trouvez le plus souvent vos clients ou partenaires ? ENTOUREZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	Name of hotspot (s):	
		<input type="checkbox"/> Bar avec hébergement	<input type="checkbox"/> Bar sans hébergement
		<input type="checkbox"/> Sexe den (maisons closes)	<input type="checkbox"/> Strip Club
		<input type="checkbox"/> Rues et routes	<input type="checkbox"/> Domicile
		<input type="checkbox"/> Casino	<input type="checkbox"/> Plage
		<input type="checkbox"/> Hébergement/pension/ maison de repos/hôtel	<input type="checkbox"/> Salons de massage
		<input type="checkbox"/> Parcs	<input type="checkbox"/> Taverne
		<input type="checkbox"/> Toilettes publiques	<input type="checkbox"/> Autres
3	En moyenne, combien d'actes sexuels avec pénétration (vaginale/anale) avez-vous ?	Par jour	Par semaine
4	Avez-vous jamais visité un DIC/clinique/centre de bien-être pour n'importe quels services dans les 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5	Si oui, quel DIC avez-vous visité ?		
6	Avez-vous été contacté par un travailleur de sensibilisation des pairs du programme de prévention du VIH ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

SANTÉ RÉPRODUCTIVE	
7	Combien de grossesses avez-vous eues dans votre durée de vie, y compris les avortements ?
8	Êtes-vous enceinte actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Visitez-vous un établissement de santé pour les soins prénatals? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Combien d'enfants avez-vous maintenant?
11	Utilisez-vous actuellement une méthode pour empêcher la grossesse? <input type="checkbox"/> Pillule <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> BTL <input type="checkbox"/> Autres _____ <input type="checkbox"/> Aucune _____

OUTIL N° 9B : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE LA CLINIQUE FSW suite

LES INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT		
12	<p>Au cours des 6 derniers mois avez-vous jamais eu l'un de ces symptômes?</p> <p>LIRE TOUTES LES REPONSES</p>	<input type="checkbox"/> Ulcère/maladie anal/génital <input type="checkbox"/> Décharges vaginales/anales nauséabondes <input type="checkbox"/> Croissance indolore en zone anale/vaginale <input type="checkbox"/> Démangeaisons en zone génitale/ anale <input type="checkbox"/> Éruption cutanée en zone génitale/ anale <input type="checkbox"/> Bubon <input type="checkbox"/> Dysurie <input type="checkbox"/> LAP <input type="checkbox"/> Autres _____
13	Où avez-vous reçu du traitement pour les symptômes mentionnés ci-dessus derniers 6 mois?	<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Médecin privé <input type="checkbox"/> Clinique gouvernementale <input type="checkbox"/> Herboriste <input type="checkbox"/> ONG/clinique du programme <input type="checkbox"/> Autres _____ <input type="checkbox"/> N'a pas reçu le traitement

ANTÉCÉDENTS ET ÉVALUATION DE RISQUE				
14	À quel âge avez-vous commencé les relations sexuelles ?			
15	Avez-vous jamais reçu de l'argent ou des biens pour le sexe avec un homme?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
16	Si oui, à quel âge avez-vous commencé le travail sexuel ?			
17	La semaine passée, de combien d'hommes avez-vous reçu de l'argent des biens en échange de rapports sexuels ?			
18	La semaine passée, combien d'hommes ne vous ont pas payée en espèces ou biens en échange de rapports sexuels ?			
19	Avez-vous utilisé un condom la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec un client ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
20	Avez-vous utilisé un lubrifiant dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
21	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous consommé des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> D'habitude	<input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Chaque jour	
22	Avez-vous déjà utilisé/consommé une drogue pour usage non médical ?	Jamais <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Le mois dernier <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	La semaine dernière <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

LA VIOLENCE SEXUELLE ET SEXISTE			
23	Au cours des 3 derniers mois. avez-vous jamais vécu la violence?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
24	Si oui, de quelle sorte ? Cocher toutes les réponses mentionnées	<input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Violence sexuelle <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Discrimination
25	Qui a commis les actes de violence ?	<input type="checkbox"/> Groupes de pression communautaire <input type="checkbox"/> Dirigeants locaux <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Militaires <input type="checkbox"/> Femmes/proxénètes <input type="checkbox"/> Gérants/propriétaires de bars <input type="checkbox"/> Gangs locaux <input type="checkbox"/> Compagnon de travail <input type="checkbox"/> Magistrat/justice	<input type="checkbox"/> Fonctionnaires gouvernementaux <input type="checkbox"/> Communauté générale <input type="checkbox"/> Membres de la famille <input type="checkbox"/> Groupes religieux <input type="checkbox"/> Partenaire régulier <input type="checkbox"/> Clients <input type="checkbox"/> Fournisseur soins de santé <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____
26	Avez-vous demandé de l'aide ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
27	Si oui, où avez-vous cherché l'aide ? Cocher toutes les réponses mentionnées	<input type="checkbox"/> Chef/ancien du village <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Pairs <input type="checkbox"/> Chef religieux	<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Services juridiques et police <input type="checkbox"/> Medical/hôpital <input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____

OUTIL N° 9B : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE LA CLINIQUE FSW suite

DÉPISTAGE DU VIH ET DE CONSEILS		
28	Avez-vous déjà été testée pour le VIH?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Passez à la question 35)
29	Si oui, il y a combien de temps ?	<input type="checkbox"/> Dans un délai de 3 mois <input type="checkbox"/> Dans un délai de 6 mois <input type="checkbox"/> Dans un délai de 1 an <input type="checkbox"/> Au-dessus de 1 an
30	Si oui, souhaitez-vous partager votre résultat de test avec moi ?	<input type="checkbox"/> Testée positive <input type="checkbox"/> Testée négative <input type="checkbox"/> Résultats inconnus <input type="checkbox"/> Je ne veux pas partager
31	Si positif, avez-vous communiqué votre statut VIH à quelqu'un ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
32	Si oui, à qui ?	<input type="checkbox"/> Copain <input type="checkbox"/> Client régulier <input type="checkbox"/> Ami/parent <input type="checkbox"/> Autres _____
33	Si positif, est-ce que vous recevez les soins pour le VIH ?	<input type="checkbox"/> Oui (spécifier la durée) Si oui, durée : _____ <input type="checkbox"/> Non
34	Si vous recevez des soins, qui établissement vous donne des soins (l'adresse de l'établissement) ?	
35	Pourrions-nous vous contacter par téléphone (y compris les SMS) pour les services liés aux tests IST/PF/VIH, soins VIH/VGB ou d'autres services?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
36	Pourrions-nous vous contacter via votre travailleur de sensibilisation des pairs/superviseur de sensibilisation du personnel pour les services liés aux test IST/PF/VIH, soins VIH/VGB ou d'autres services?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Signature/empreinte de pouce du PC _____
37	Nom du fournisseur de services :	Signature _____ Date _____

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 9B : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE CLINIQUE FSW
Qui devrait le remplir	Le personnel de la clinique
Quand il faut le remplir	Lorsque la FSW vient à la clinique pour la première fois pour les services
À quelle fréquence	Tous les jours

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 9B : FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE

CLINIQUE FSW : est utilisé pour chaque FSW quand elle visite la clinique pour la première fois pour les services cliniques. Il saisit tous les antécédents de base du PC pour planifier sa gestion clinique future.

INFORMATIONS DE BASE SUR LE PC : Dans la première section, les informations démographiques de base sont sollicitées et enregistrées.

COMPORTEMENT DU PC : Les questions 1-6 sont enregistrées afin de comprendre le comportement à risque du PC qui peut influencer sur les chances de contracter l'infection du VIH.

SANTÉ REPRODUCTIVE : Les questions 7-11 notent les antécédents en santé reproductive de la FSW. Cela permet aux médecins d'évaluer sa santé génésique et de fournir des services en conséquence.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : Les questions 12-13 enregistrent les antécédents de ITS du PC.

ANTECEDENTS ET EVALUATION DE RISQUE :

Les questions 14-22 enregistrent les antécédents sexuels et le comportement passé du PC. Cela permettra au médecin de conseiller et de soigner le PC en conséquence.

VIOLENCE SEXUELLE ET SEXSTE : Les questions 23-27 enregistrent la violence sexuelle et sexiste dont le PC a été victime dans le passé.

DEPISTAGE DU VIH ET CONSEILS : Les questions 28-34 Notent si le PK a jamais subi un test de dépistage du VIH et reçu des conseils, et les résultats si le PC veut bien les partager. Si le PC est séropositif, cela cherche également à obtenir des renseignements sur les soins actuellement reçus par le PC.

CONSENTEMENT POUR LE CONTACT : Les questions 35-37 obtiennent le consentement du PC pour être contacté par le travailleur de sensibilisation des pairs et d'autres membres du personnel clinique pour les services.

Toutes les colonnes de ce formulaire sont explicites.

OUTIL N° 9C : FEUILLES DE RENVOI

(FEUILLE POUR ETABLISSEMENT/CENTRE DE RENVOI) NOM ET ADRESSE DES OSC/ONG	
Numéro de feuille :	
No. PID du client :	
Renvoyé à quelle sorte d'établissement :	
Nom de l'établissement :	
Adresse de l'établissement :	
* Renvoyé par (nom) :	
Date de renvoi :	
Raison du renvoi :	ITS/HCT/ART/PF/TB/Autres
Nom de l'Accompagnateur (le cas échéant) :	
FEUILLE POUR LES ONG/PARTENAIRE DE MISE EN OUVRE NOM ET ADRESSE DES OSC/ONG	
Numéro de feuille :	
No. PID du client «	
Renvoyé à quelle sorte d'établissement :	
Nom de l'établissement :	
Adresse de l'établissement :	
* Renvoyée par (nom) :	
Date de renvoi :	
Raison du renvoi :	ITS/HCT/ART/PF/TB/Autres
Nom de l'Accompagnateur (le cas échéant) :	
FEUILLE POUR LE CLIENT NOM ET ADRESSE DES OSC/ONG	
Numéro de feuille :	
No. PID client	
Renvoyé à quelle sorte d'établissement :	
Nom de l'établissement :	
L'adresse de l'établissement	
* Renvoyé par (nom) :	
Date de renvoi :	
Raison du renvoi :	ITS/HCT/ART/PF/TB/Autres
Nom de l'accompagnateur (le cas échéant) :	

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 9C : FEUILLES DE RENVOI
Qui devrait le remplir	Le personnel de la clinique
Quand il faut le remplir	Lorsqu'un PC est renvoyé pour des services en dehors du système des OSC/ONG
À quelle fréquence	Tous les jours

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

L'OUTIL 9C : FEUILLES DE RENVOI : doit être préparée en triple exemplaire et les informations ci-dessous doivent être suivies pour maintenir l'enregistrement du renvoi fait à d'autres établissements.

Feuille 1 : à conserver dans au centre de renvoi

Feuille 2 : à prendre par le gestionnaire du programme/conseiller de l'ONG/OSC du centre de renvoi à la fin de chaque mois de déclaration

Feuille 3 : à donner par le centre de renvoi au client après la prestation des services pour lesquels le client a été renvoyé

NUMERO DE FEUILLE : Ce numéro est un numéro de série continu maintenu par le partenaire d'exécution.

N° PID DU CLIENT : Enregistrer le numéro PID du programme

RENOYÉ À QUELLE SORTE D'ETABLISSEMENT :

Le PC devrait savoir où on l'a renvoyé et de quelle sorte d'établissement il s'agit. Notez la sorte d'établissement où le PC est renvoyé.

NOM DE L'ETABLISSEMENT : Le nom de l'établissement s'écrit ici.

ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT : L'adresse de l'installation dans cette section aidera le PC à trouver l'établissement.

VRENOYÉ PAR (NOM) : Ecrire le poste de la personne qui a renvoyé le PC. Cela peut être le superviseur de sensibilisation du personnel, le travailleur de sensibilisation, un conseiller, un travailleur de soins de santé prénatale, ou le gestionnaire du projet.

DATE DU RENVOI : Enregistrer la date du renvoi en utilisant le format JJ-MM-YY.

RAISON DU RENVOI : Ecrire la raison pour le renvoi du PC audit établissement, p. ex. ITS, HTS, PF, d'autres maux, etc.

NOM DE L'ACCOMPAGNATEUR (LE CAS ECHEANT)
Écrire le nom de la personne qui accompagne le PC à un point de renvoi.



OUTIL N° 10 : FORMULAIRE DE VISITE DE CLINIQUE FSW/MSM

(À remplir par le personnel de la clinique)

INFORMATION GÉNÉRALE DES PATIENTS			
Nom du client	Age		CIU/PID
Jour/Mois/Année ____ / ____ / ____	Sexe	M/F/TG	District
No. de téléphone	Nom de site de rencontre		
Motif de la visite (plusieurs modèles possibles)	<input type="checkbox"/> Symptomatique <input type="checkbox"/> asymptomatique <input type="checkbox"/> dépistage trimestriel		
Nouveau client ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Déclaration de plaintes : _____	
Renvoyé par :	<input type="checkbox"/> Travailleur pairs/travailleur <input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Partenaire <input type="checkbox"/> Autres		
Examen clinique effectué ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, l'état des résultats : _____	

SYNDROME DES ITS ET TRAITEMENT			
SYNDROME	X	TRAITEMENT	X
1. Ulcérations génitales		Pack 1 (Benz Pcn + Azithromycine)	
2. Cervicite		Pack 2 (azithromycine + Céfixime)	
3. PPT			
4. ARD			
5. UD (mâle)			
6. Vaginite		Pack 3 (métronidazole) Ajouter 3b (Clotrimazole)	
7. Vaginite + Candida			
8. PID		Pack 4 (Céfixime + Doxy14 + métro14)	

PLANNING FAMILIAL ET D'AUTRES SERVICES			
SERVICES	X	SERVICES	X
La planification familiale		La violence fondée sur le sexe	
Conseils sur la réduction de risques		Les soins et le traitement du VIH	
Démonstration de préservatifs/Education		Soins post-avortement	
PEP		Lien à l'appui psychosocial	
Préservatifs donnés	<input type="checkbox"/> mâle No. _____ <input type="checkbox"/> Femme No. _____	Lubrifiant donné	No. _____

DEPISTAGE DU VIH ET SERVICES DE CONSEILS					
STATUT SIGNALÉ	CONSEILLÉ	TESTÉ	A REÇU DES RÉSULTATS	RÉSULTATS DES TESTS	THÉRAPIE ART
Positif	Oui	Oui	Oui	Positifs	Fourni ici
Négatif	Non	Non	Non	Négatifs	Obtient ailleurs
Inconnu				Indéterminés	Renvoyé

SERVICE DE RENVOI		
Renvoyé pour des examens/laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, où :
Renvoyé à d'autres établissements de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel établissement :

COMMENTAIRES DU CLINICIEN

--

RESUME

CONDITIONS GÉNÉRALES	TESTÉ		TRAITÉ		RENGOYÉ	
	Oui	Non	Oui	None	Oui	Nonne
ITS						
TB						
L'hépatite B						
Abus d'alcool & drogue						
Cancer du col de l'utérus						
Abcès						
PF						
Autres (précisez)						
Date du prochain rendez-vous :			Reason:			
Nom du clinicien			Signature _____ Date ____ / ____ / _____			

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 10 : FORMULAIRE DE VISITE DE CLINIQUE FSW/MSM
Qui devrait le remplir	Le personnel de la clinique - de préférence clinicien
Quand il faut le remplir	Chaque fois que le PC vient pour les services en clinique
À quelle fréquence	Tous les jours

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 10 : FORMULAIRE DE VISITE DE CLINIQUE

FSW/MSM : est rempli par le personnel clinique pour chaque PC chaque fois qu'il visite la clinique. L'es informations sont recueillies afin de connaître les antécédents et les plaintes actuelles, ce qui aide le médecin à diagnostiquer et à traiter des maladies, notamment le VIH, la tuberculose, les ITS, etc., ou à fournir des services y compris le PF, HTS, etc.

INFORMATIONS GÉNÉRALES DES PATIENTS : Cette section enregistre les informations générales sur le PC qui visite la clinique pour des services.

SYNDROME DE ITS ET TRAITEMENT : Cette section note les syndromes des ITS rapportés par le PC et le traitement pertinent fourni par le clinicien.

PLANNING FAMILIAL ET D'AUTRES SERVICES

: Cette Section enregistre tous les services de planification familiale et d'autres services connexes fournis (si le PC en a besoin).

DEPISTAGE DU VIH ET DES SERVICES DE CONSEILS

: Cette section enregistre le dépistage du VIH reçu par le PC à la clinique. Les informations déclarent si la personne a été testée, a reçu les résultats, et son statut VIH.

COMMENTAIRES DU CLINICEN : Le clinicien écrit ses commentaires généraux sur PC et ses constatations basées sur la visite.

RESUME : Cette section donne un résumé des renseignements qui ont été fournis au cours de la visite du PC.

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

GEND_GBV (nombre de PCs recevant des soins post-VGB)

HTC_TST (nombre de PCs qui ont reçu des services HTC et ont reçu les résultats des tests)

Outil peut également contribuer aux indices de suivi (non PEPFAR) élaboré par le programme du pays (ITS, PF)



OUTIL N° 10A : FICHE DE SUIVI INDIVIDUEL PC POUR LES SERVICES CLINIQUES

(À compléter à la clinique par le personnel clinique désigné)

NOM DU SUPERVISEUR DE SENSIBILISATION DU PERSONNEL
TRIMESTRE

Q1 (Oct – Déc)
 Q2 (Jan – Mars)
 Q3 (Avril – Juin)
 Q4 (Juillet – Sept)

1. SL NO.	2. NO. PID	3. SITES/ SITES DEREN.	4. SUR- NOM	5. SOR DEPC	6. AGE	SERVICES DE SANTÉ																								VIOLENCE SEXISTE					SUIVI POUR LA CLINIQUE		
						STI						HTC						PF						AUTRES*						1	2	3	4	5	6		
						M1		M2		M3		M1		M2		M3		M1		M2		M3		S	T	S	T	S	T								
						S	Tx	S	Tx	S	Tx	R	T	R	T	R	T	S	P	S	P	S	P							S	T	S	T	S	T		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					

1. FSW
2. MSM
3. TG
4. PWID

S = Projété
Tx = traités

T = a reçu les résultats
R = a reçu les résultats

S = présélectionné
P = Fourni des méthodes de PF

*CT
S = Projété
T = traités

1. Harcèlement
2. Violence physique
3. Violence sexuelle
4. Discrimination
5. Autres

NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 10A : FICHE DE SUIVI INDIVIDUEL PC POUR LES SERVICES CLINIQUES
Qui devrait le remplir	Le personnel de la clinique
Quand il faut le remplir	Cela devrait être réalisé par le personnel de la clinique pour donner un résumé par le travailleur de sensibilisation des pairs et le site de rencontre.
À quelle fréquence	Tous les jours mais compilé trimestriellement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 10 A : FICHE DE SUIVI INDIVIDUEL PC POUR

DES SERVICES CLINIQUES : A compiler à partir des informations enregistrées dans l'outil 10. Cela aidera le personnel de la clinique et le personnel de sensibilisation à comprendre l'activité de chaque travailleur de sensibilisation des pairs à un site à l'égard de services cliniques, y compris le dépistage du VIH.

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

HTC_TST (nombre de PCs qui ont reçu des services HTC et ont reçu leurs résultats de test) Indices personnalisés;

1.4 (proportion de PCs testés pour le VIH chez ceux atteints par le programme)

1.10 (proportion de PCs avec le VIH actuellement inscrits dans les soins parmi les personnes testées positives) indices programmatiques

Nombre de clients des populations clés présélectionnés pour la planification familiale nécessaire;



NOM DE L'OUTIL	L'OUTIL 11 : FEUILLE DE SUIVI DES PC PVVIH
Qui devrait le remplir	Le personnel de la clinique
Quand il faut le remplir	Toutes les PVVIH Les données recueillies de diverses sources et compilées ici régulièrement
À quelle fréquence	Tous les jours

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 11 : FEUILLE DE SUIVI DES PC PVVIH garde des Informations importantes sur chacun des PC PVVIH identifiés dans le programme. Cela aidera à calculer un grand nombre d'indices qui font partie de la cascade du VIH. Les informations sont recueillies de diverses sources, y compris les centres d'ART du gouvernement, les centres de dépistage et les dossiers d'autres cliniques où les PC PVVIH cherchent obtenir des services.

NO. : Enregistrer le numéro de série de la PVV.

PID : Cest l'ID de programme qui a été fourni par le programme.

UID (FOURNI PAR LE CENTRE D'ART) : Mettre le CIU qui a été fourni par le centre d'ART après l'inscription du PC PVVIH.

TYPOLOGIE : La typologie de PC doit être enregistré ici dans cette colonne, c.-à-d. les HRSH, PWID FSW, ou TG.

ÂGE : L'âge actuel du PC PVVIH devrait être enregistré, en années complètes.

DATE DE DÉTECTION DU VIH POSITIF : Enregistrer la date à laquelle le PC a été identifié comme séropositif.

RECU RÉSULTATS VIH : Si le PC a reçu le résultat (oui ou non).

STATUT DIVULGUE : Le PC décide à qui (si quelqu'un) qu'il désire divulguer son statut VIH. Indiquer si la divulgation a eu lieu (oui ou non). S'il l'a divulgué, indiquer qui sait le statut, par exemple, un travailleur de sensibilisation des pairs travailleur, superviseur de sensibilisation du personnel, parent, conseiller, etc.

INFORMATIONS SUR L'ART : Donner la date de l'inscription pré-ART, le site d'inscription de l'ART, et/ou la date de début sur l'ART.

STATUT CD4 : Noter chaque fois que le nombre de CD4 est mesuré, avec la date et les niveaux des lymphocytes CD4.

STATUT DE LA CHARGE VIRALE : Noter chaque fois qu'un test de charge virale est fait avec la date et le niveau de la charge virale.

NAVIGATEUR DES PAIRS : Indiquer le nom du navigateur des pairs qui est affecté au suivi d'un particulier PVVIH KP.

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

CARE_NOUVEAU (nombre de PCs séropositifs nouvellement inscrits dans les soins cliniques qui ont reçu l'évaluation clinique (staging OMS)/ Nombre de CD4 et la charge virale à l'inscription)

CARE_CURR (nombre de PCs séropositifs ayant reçu une évaluation clinique (staging OMS)/CD4/charge virale) Indice personnalisé (proportion de PCs avec le VIH actuellement inscrits dans les soins parmi les personnes testées positives)

TX_NEW (nombre de PCs nouvellement inscrits sur l'ART)

TX_curr. (Nombre de PCs qui reçoivent actuellement de l'ART)

Indice personnalisé (proportion de PCs recevant actuellement l'ART parmi ceux qui sont actuellement inscrits dans les soins) TX_RET (pourcentage de PCs avec le VIH toujours en vie et sous traitement 12 mois après l'initiation de l'ART)

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 11A : GESTIONNAIRE DE CAS/NAVIGATEUR DE PAIRS- FORMULAIRE INDIVIDUEL
Qui devrait le remplir	Navigateur des Pairs
Quand il faut le remplir	lorsque le Navigateur des pairs fournit des service de soins sur le terrain
À quelle fréquence	Tous les jours

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 11A : PC FEUILLE DE SUIVI DES PVVIH

POUR LES SOINS COMMUNAUTAIRES : recueille des renseignements sur le nombre de PCs PVVIH recevant des soins et des services de soutien à l'extérieur de l'établissement de santé par le biais de navigateurs des pairs.

COLONNES 1-8 : enregistrent des informations concernant l'Outil 11. Cela inclut les caractéristiques de base de lu PC PVV.

COLONNES 9-17 : enregistrent les services fournis par les Navigateurs des pairs sur le terrain et à l'extérieur des services cliniques. Les services sont enregistrés sous la forme de "oui" ou "non" pour chaque PC. Les services de soins et de soutien pour les PCs PVVIH comprennent :

Soutien pour le maintien des soins pré-ART & ART

- Soutien à l'adhésion sur l'ART
- Évaluation des besoins psychosociaux et cliniques
- Renvois cliniques & psychosociaux
- Renvoi vers les soins complets du VIH

Distribution de produits (préciser le nombre/élément)

- remplissage ART
- préservatifs masculins
- préservatifs féminins
- médicaments de base (p. ex., le cotrimoxazole)

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

CARE_ COMM

(Nombre de PCs séropositifs recevant des soins et du soutien à l'extérieur de l'établissement de santé)

OUTIL N° 12 : REGISTRE DE GESTION DE CRISE

(À remplir par le superviseur de sensibilisation du personnel avec l'appui du travailleur de sensibilisation des pairs)

Ce format appuiera la collecte des informations nécessaires pour l'indice de PEPFAR GEND_GBV : soins pour la violence fondée sur le sexe (VGB) : nombre de personnes recevant des soins post-VGB

Lorsqu'un incident de harcèlement a lieu pour un particulier KP membre, donner les détails suivants :
(Utiliser un formulaire pour chaque incident)

1. Nom de la personne qui a connu la crise:	
2. Âge :	3. Sexe :
4. Numéro d'ID de programme :	5. Site de rencontre :
6. Nom du travailleur de sensibilisation des pairs :	
7. Nom du superviseur de sensibilisation du personnel :	
8. PC touché : <input type="checkbox"/> FSW <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> PWID	
9. Date de l'incident :	
10. Nombre de membres de la population clé touchés par l'incident :	
11. Type d'incident : <input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Violence sexuelle <input type="checkbox"/> Discrimination <input type="checkbox"/> Autre (précisez):	
12. Une brève description de l'incident (pas plus de 200 mots) :	
13. Qui a commis l'incident ? (Cochez s'il y a lieu)	
<input type="checkbox"/> Groupes de pression communautaire <input type="checkbox"/> Dirigeants locaux <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Militaires <input type="checkbox"/> Femmes/proxénètes/Bar <input type="checkbox"/> Gérants et propriétaires de bars	
<input type="checkbox"/> Gangs locaux <input type="checkbox"/> Compagnon de travail <input type="checkbox"/> Magistrat/Justice <input type="checkbox"/> Fonctionnaires gouvernement <input type="checkbox"/> Communauté générale <input type="checkbox"/> Membres de la famille	
<input type="checkbox"/> Groupes religieux <input type="checkbox"/> Partenaire régulier <input type="checkbox"/> Clients <input type="checkbox"/> Fournisseur de soins de santé <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Autres (précisez)	
14. Est-ce que l'incident a été l'incident rapporté dans les 24 heures ? Oui /Non	
15. L'individu a reçu des soins pour la violence dans les 24 heures ? Oui /Non	
16. Sorte de service de post-violence service fourni ?	
<input type="checkbox"/> Test rapide du VIH avec renvoi vers soins/ traitement appropriés <input type="checkbox"/> Prophylaxie post-exposition (PPE) <input type="checkbox"/> Dépistage et traitement des ITS	
<input type="checkbox"/> Contraception d'urgence <input type="checkbox"/> Aide psychosociale <input type="checkbox"/> Soutien juridique	
<input type="checkbox"/> Déclaration de plainte au commissariat <input type="checkbox"/> Services de protection de l'enfance <input type="checkbox"/> Autres (précisez)	
17. Rôle de l'équipe de gestion de crise du projet dans l'examen de la question (veuillez décrire en 200 mots) :	
18. Mesures de suivi prévues (Décrire en 200 mots) :	

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 12 : REGISTRE DE GESTION DE CRISE
Qui devrait le remplir	Superviseur de sensibilisation du personnel
Quand il faut le remplir	Chaque fois qu'un incident de crise survient sur le terrain, il devrait être enregistré et conservé au bureau du programme
À quelle fréquence	Régulièrement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 12 : REGISTRE DE GESTION DE CRISE est rempli chaque fois qu'un incident de crise arrive dans la collectivité. Aussitôt que le superviseur de sensibilisation du personnel est au courant de la crise, il/elle devrait recueillir et consigner toutes les informations pertinentes, y compris quand la crise s'est produite, le nom du travailleur de sensibilisation des pairs au site, quel(s) membre(s) de la population clé étai(en)t touché(s) par l'incident, et la date. La feuille note également la nature de l'incident, par exemple, harcèlement, violence physique, violence sexuelle, discrimination.

Une brève description de l'incident avec l'identification de la personne qui a commis l'incident.

Il est important de noter si la crise a été signalée et résolue dans un délai de 24 heures.

Il faut noter quelle sorte de service a été comme réponse à la crise, y compris :

- Un test de dépistage rapide du VIH avec renvoi vers les soins et le traitement appropriés
- Prophylaxie post-exposition (PPE)
- Dépistage des ITS et le traitement
- Contraception d'urgence
- Aide psychosociale
- Soutien juridique
- Inscription de plaintes au commissariat de police
- Services de protection de l'enfance
- D'autres, à préciser

Enregistrer le rôle joué par l'équipe de gestion de crise du projet pour résoudre la question, avec un plan d'action de suivi.

Toutes les colonnes dans le formulaire sont explicites.

OUTIL N° 13 : REGISTRE DE PLAIDOYER ET SENSIBILISATION

(À remplir par le superviseur de sensibilisation du personnel)

Partenaire de mise en oeuvre :		Réunion no :	
1. Date :			
2. L'activité a eu lieu à : Site :		Endroit/région :	Ville / Village :
3. Quelle était la question discutée ?			
4. Comment a-t-on défini la question ?			
5. Quelle a été l'objectif de plaidoyer ? (Qu'est-ce que vous vouliez accomplir ?)			
6. Vous avez fait le plaidoyer avec qui ?			
<input type="checkbox"/> Groupes de pression de la communauté	<input type="checkbox"/> Gangs locaux	<input type="checkbox"/> Groupes religieux	
<input type="checkbox"/> Dirigeants locaux	<input type="checkbox"/> Compagnon de travail	<input type="checkbox"/> Partenaire régulier	
<input type="checkbox"/> Police	<input type="checkbox"/> Magistrat/Justice	<input type="checkbox"/> Clients	
<input type="checkbox"/> Militaires	<input type="checkbox"/> Fonctionnaires du gouv.	<input type="checkbox"/> Fournisseur de soins de santé	
<input type="checkbox"/> Femmes/proxénètes/Bar	<input type="checkbox"/> Communauté générale	<input type="checkbox"/> Employeur	
<input type="checkbox"/> Gérants et propriétaires de bars	<input type="checkbox"/> Membres de la famille	<input type="checkbox"/> Autres (précisez)	
7. Nombre de participants :			
8. Qui sont les autres partenaires/alliés que vous avez impliqués dans l'activité ?			
9. Quelles méthodes avez-vous employées ? (par exemple, conférence/présentation, réunion individuelle, réunion de groupe, services de santé,, expositions, théâtre de rue, autres)			
10. Quelles difficultés avez-vous affrontées pour répondre à la question?			

11. Mesures de suivi après l'activité :

ACTIONS DE SUIVI	PERSONNE RESPONSABLE	CHRONOLOGIE

Nom de la personne qui a effectué le plaidoyer :

Signature: _____

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 13 : REGISTRE DE PLAIDOYER ET SENSIBILISATION
Qui devrait le remplir	Superviseur de sensibilisation du personnel
Quand il faut le remplir	Chaque fois qu'une session de plaidoyer ou sensibilisation est menée avec les intervenants
À quelle fréquence	Régulièrement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 13 : REGISTRE DE PLAIDOYER ET SENSIBILISATION : est rempli lorsqu'une activité de plaidoyer est tenue dans la zone où les PCs fonctionnent. Il est important d'avoir un objectif précis pour la séance et des méthodes utilisées pour sensibiliser les intervenants. Il est également important d'enregistrer s'il y a des

difficultés rencontrées lors de la session de plaidoyer/sensibilisation. L'activité doit finir avec des éléments précis d'action avec une chronologie et une/des personne(s) responsable de ces actions.

Toutes les colonnes dans le formulaire sont explicites.

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 14 : REGISTRE DE RENVOI (POUR DES SERVICES NON-MEDICAUX)
Qui devrait le remplir	Superviseur de sensibilisation du personnel
Quand il faut le remplir	Régulièrement
À quelle fréquence	Régulièrement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 14 : REGISTRE DE RENVOI (POUR LES SERVICES NON-MÉDICAUX) est maintenu afin de savoir si le projet répond aux besoins des PCs au-delà de la santé. Ces informations aident le gestionnaire du programme à planifier les activités autour des intérêts des PCs de sorte que leur comportement qui vise à chercher la santé soit renforcé à mesure qu'ils développent une confiance accrue dans les activités du projet.

NOM DE L'INSTITUTION : Donner le nom de l'institution à laquelle on a renvoyé le PC.

NUMERO D'ID DU PROGRAMME : Donner le numéro d'identité du programme du PC dans cette colonne.

DATE DU RENVOI : Noter la date du renvoi dans cette colonne.

RENOI A QUELS SERVICES : Donner une liste de la sorte de services auxquels le PC a été renvoyé.

PERSONNE A CONTACTER CHEZ LES SERVICES : Nommer la personne que le PC est censé voir.

SUITE DU RENVOI : Noter si le renvoi a réussi ou s'il faut d'autres actions de suivi.



OUTIL N° 15 : REGISTRE DE GROUPE DE SOUTIEN

(À remplir par le superviseur de sensibilisation du personnel)

SECTION I

Les détails du groupe

- Nom de groupe de soutien _____
- Date de la formation d'un groupe de soutien _____

SECTION II

Comité exécutif du groupe de soutien (le cas échéant)

Comité à compter du (date) _____ / _____ / _____

1. NOM DE L'OFFICIER	2. POSTE	3. DATE D'ELECTION COMME OFFICIER
	Président	
	Secrétaire	
	Trésorier	
	Membre	
	Membre	

→ Ajouter des lignes si nécessaire

SECTION III

Détails des membres

N.O	NUMÉRO D'ID DE PROGRAMME	NOM DU MEMBRE	ÂGE	SEXE	SORTE DE PC	DATE ET ANNÉE D'ADHÉSION	DATE ET ANNÉE D'
1	2	3	4	5	6	7	8

→ Ajouter des lignes si nécessaire

SECTION IV

Procès-verbal des réunions tenues par le groupe de soutien

Résumé de participation

NO.	NUMÉRO D'ID DE PROGRAMME	NOM DU MEMBRE	ÂGE	SEXE	SORTE DE PC	DATE DE RÉUNION	SIGNATURE
1	2	3	4	5	6	7	8

→ Ajouter des lignes si nécessaire

PROCÈS-VERBAL DE LA RÉUNION

1. Date de la réunion	
2. Site de rencontre/endroit	
3. Réunion no	
4. Heure de la séance	Heure début : heure de fin : nombre total d'heures :
5. Nombre de membres présents à la réunion	
6. Résumé des sujets discutés/activités <p>Les normes sexospécifiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprendre et interroger les normes sexospécifiques existantes 2. Impact des normes sexospécifiques sur la vie des populations clés 3. Lien entre les normes sexospécifiques et la prévention, le traitement, les soins ou de soutien du VIH 4. Normes qui encouragent la violence et la stigmatisation à l'égard des PCs 5. D'autres, préciser <p>Soins et soutien aux PVVIH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appui pour le maintien des clients pré-ART et ART 2. Soutien à l'observance si recevant le traitement 3. Evaluations de base des clients de base avec documentation des besoins cliniques et psychosociaux et lien/renvoi à d'autres services, le cas échéant 4. Renvoi et lien aux établissements de santé offrant une gamme complète de soins du VIH 5. Distribution des produits tels que les préservatifs, remplissage d'ART ou de médicaments de base tels que le cotrimoxazole 6. D'autres, préciser 	
7. Le curriculum utilisé : Linkages curriculum Stepping Stones Yaari Dosti Programme H Tuelimishane One Man Can Men as Partners Autres (préciser)	
8. Comment est-ce que la session a été la session conduite, y compris la méthodologie ?	
9. Résultat ou de décisions de la réunion :	

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 15 : REGISTRE DE GROUPE DE SOUTIEN
Qui devrait le remplir	Superviseur de sensibilisation du personnel
Quand il faut le remplir	Chaque fois qu'un groupe est formé pour les PCs et commence à fonctionner régulièrement.
À quelle fréquence	Régulièrement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

SECTION I : DETAILS DU GROUPE : Cette section note le nom du groupe et la date à laquelle elle s'est formée.

SECTION II : COMITE EXECUTIF DU GROUPE DE SOUTIEN : Cette section doit comporter tous les membres du comité de gestion qui sont l'équipe de direction du groupe de support. Il devrait adopter un système tournant afin de donner à tous les membres du groupe l'occasion de diriger le groupe de soutien. Cette section enregistre le nom de l'officier, les postes et la date de l'élection de l'officier.

SECTION III : DÉTAILS DES MEMBRES : Cette section note des informations sur chaque membre du groupe.

SECTION IV : PROCES-VERBAL DE LA REUNION :

Cette section enregistre les détails des réunions organisées par le groupe De soutien, y compris le nombre de membres présents à la réunion, et un résumé des sujets abordés ou d'autres activités.

Noter aussi les sujets spécifiques discutés en ce qui concerne les normes sexospécifiques, y compris :

- Comprendre et interroger les normes sexospécifiques existantes
- Impact des normes sexospécifiques sur la vie des populations clés

- Lien entre les normes sexospécifiques et la prévention, le traitement, les soins ou le soutien du VIH
- Normes qui encouragent la violence et la stigmatisation à l'égard de la PC
- D'autres, préciser

Enregistrer le curriculum utilisé au cours de la session, par exemple :

- Linkage curriculum
- Stepping Stones
- Yaari Dosti
- Programme H
- Tuelimishane
- One Man Can
- Men as Partners

Expliquer comment la séance a été conduite, y compris la méthodologie et les résultats de la réunion.

Outil contribuant à l'indice de PEPFAR

Ce format appuiera la collecte des informations nécessaires pour l'indice de PEPFAR GEND_NORM



NOM DE L'OUTIL	OUTIL 15A: FORMULAIRE INDIVIDUEL - GEND_NORM
Qui devrait le remplir	Agent de suivi et d'évaluation
Quand il faut le remplir	Chaque fois qu'une formation sur les normes sexospécifiques est menée pour les PCs
À quelle fréquence	Régulièrement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

En se fondant sur les réunions menées par les groupes de soutien et des membres présents à la réunion (outil 15) une compilation des données peut être effectuée pour les questions suivantes :

Critères minimaux pour les interventions éléments terminés :

- Méthodologie participative employée pour soutenir la compréhension et l'interrogation de normes existantes entre les sexes & la réflexion sur l'impact des normes sur la vie du PC? (Oui/Non)

- Faire un lien entre les normes sexospécifiques discutés et la prévention, les soins et le soutien du VIH/SIDA et les résultats des traitements (p. ex. normes qui encouragent la violence et la stigmatisation contre PC) ? (Oui/Non)
- Un minimum de 10 heures d'intervention terminées (oui/non)

Ces données peuvent générer des informations pour l'indice PEPFAR des normes sexospécifiques.

Outil contribuant à l'indice PEPFAR :

GEND_NORM : Nombre de personnes achevant une intervention concernant les normes sexospécifiques dans le contexte du VIH/sida, qui répond à des critères minimaux.



OUTIL N° 16 : OUTIL DÉVALUATION DE LA COMMUNICATION DES TRAVAILLEURS DE SENSIBILISATION DES PAIRS

(individu à individu, individu à groupe, réunion de groupe)

Date: _____ Partenaire de mise en oeuvre : _____

Site de rencontre : _____ Nom du travailleur des pairs : _____

NO	INDICES DE QUALITÉ	NOTE (0-5)	OBSERVATIONS/COMMENTAIRES
A	Accueil, Rapport, & Etablissement de motifs de dialogue		
1	Le travailleur accueille la personne PC avec un sourire et affiche une attitude amicale et agréable grâce à un langage corporel approprié.		
2	Le travailleur montre un rapport de confiance avec la personne PC et construit le fondement de façon appropriée avant de commencer la session.		
3	Le travailleur trouve un espace suffisant pour l'exécution de la session.		
4	Le travailleur a choisi un moment convenable pour la personne PC pour la session.		
5	Le travailleur garantit une bonne visibilité et l'audibilité pendant la session.		
6	Le travailleur emploie un langage approprié avec la personne PC pour gagner son attention et sa compréhension.		
B	Communication à deux sens/Assurer la compréhension		
1	Le travailleur pose des questions appropriées et sans limites à la personne PC pour établir un dialogue et d'obtenir sa participation.		
2	Le travailleur encourage la personne PC de parler - pose des questions, partage des opinions - pour s'assurer de sa compréhension et lui donne assez de temps pour répondre.		
3	Le travailleur écoute la personne PC activement et laisse des silences appropriés pour qu'elle parle.		
4	Le travailleur est capable de mener la session d'une manière et dans un ton de voix qui soutiennent l'intérêt de la personne PC.		
C	Attitude qui ne porte pas de jugement		
1	Le travailleur n'est pas critique envers le mode de vie et les pratiques sexuelles de la personne PC.		
2	Le travailleur fait preuve d'empathie avec la situation et l'expression des sentiments de la personne PC.		
D	Conclusion/Remerciements/prochaine visite		
1	Le travailleur résume la séance brièvement en mettant l'accent sur les leçons tirées du matériel en question.		
2	Le travailleur conclut en fixant une date, une heure et un lieu pour la prochaine session et remercie la personne PC) avant de partir.		
E	Tenue des dossiers		
1	Le travailleur enregistre la session et la méthode employée selon les formats SIG prescrits.		

NOM DE L'OUTIL	OUTIL 16 : OUTIL D'ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION DES TRAVAILLEURS DE SENSIBILISATION DES PAIRS
Qui devrait le remplir	Travailleur de sensibilisation du personnel
Quand il faut le remplir	Lors de l'évaluation du travailleur de sensibilisation des paires
À quelle fréquence	Tous les six mensuelle ou annuellement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 16 : OUTIL D'ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION DES TRAVAILLEURS DE SENSIBILISATION DES PAIRS :

Cet outil est utilisé pour évaluer la qualité de la communication d'un travailleur de sensibilisation des pairs à son lieu de rencontre. Il faut l'employer pour chaque travailleur de sensibilisation des pairs tous les six mois pour évaluer son niveau de performance et identifier les besoins en formation afin d'offrir des services de qualité. Pour administrer cet outil le superviseur de sensibilisation du personnel doit observer le travailleur de sensibilisation des pairs pendant qu'il/ mène une session de communication avec un collègue. Le superviseur de sensibilisation du personnel devrait observer les points suivants et donner une note sur une échelle de 0 à 5.

(0- Pas fait, 1- Besoin d'amélioration, 2- Moyenne, 3- Bien, 4- Très Bon, 5- Excellent)

ACCUEIL, RAPPORTS, ET ÉTABLISSEMENT DE

MOTIFS DE DIALOGUE : Dans une session de communication de haute qualité, le travailleur de sensibilisation des pairs accueille la personne de la population clé, se présente, établit un rapport avec elle, et établit un motif pour le dialogue. Il est important de ne pas sous-estimer l'importance de trouver un espace approprié et une heure raisonnablement pour la session, et d'employer un langage approprié en vue d'assurer la continuation et la bonne compréhension.

COMMUNICATION A DEUX SENS/ASSURER

LA COMPREHENSION : Dans une session de communication de qualité, le travailleur de sensibilisation des pairs doit écouter activement les soucis de l'individu de préoccupations à l'aide de méthodes appropriées, tout en assurant une communication bidirectionnelle pour l'identification des risques et la réduction des risques d'ITS et fu VIH, et le comportement envers le partenaire.

ATTITUDE QUI NE PORTE PAS DE JUGEMENT : Pour une bonne session de communication, le travailleur de sensibilisation des pairs doit faire preuve d'empathie sans porter de jugement sur le mode de vie et des pratiques sexuelles de l'individu.

CONCLUSION/REMERCIEMENTS/PROCHAINE

VISITE : Pour garantir la compréhension, à la fin de la session, le travailleur de sensibilisation des pairs devrait conclure la séance en résumant les principaux messages communiqués, remerciant le PC pour son temps et de fixer une date et un lieu pour la prochaine session.

TENUE DES DOSSIERS : La dernière étape dans le processus de réalisation d'une bonne session de communication est d'enregistrer les informations de la session avec précision sur les formulaires appropriés.

OUTIL N° 17 : ÉVALUATION DE POINT DE SERVICE DE RENVOI

NO.	OBSERVATION	OUI	NON	NOTES
1	Médecin qualifié en place			
2	Médecin formé sur ARV, ITS, la prise en charge syndromique (SCM) conformément aux normes du pays			
3	Infirmière en place			
4	Infirmière formée sur les responsabilités de son emploi			
5	Conseiller en place			
6	Conseiller formé sur le suivi psychologique			
7	Le personnel est amical, chaleureux et ne porter pas de jugement			
8	Antécédents adéquats pris et bon examen clinique effectué à l'établissement			
9	Un traitement supervisé est fourni			
10	Le personnel explique l'observance, les préservatifs, la recherche des contacts et le suivi			
11	Expliquer l'observance en ce qui a trait aux médicaments ARV, ITS après consultation			
12	Le personnel de préserve la confidentialité et une documentation adéquate des dossiers du client			
13	Le personnel explique le choix éclairé de tests VIH (explique les bénéfices et les risques du dépistage du VIH)			
	Note = Nombre total de (Oui) / 13			

NOM DE L'OUTIL	OUTIL : EVALUATION DE POINT DE SERVICE DE RENVOI
Qui devrait le remplir	Gestionnaire de programme
Quand il faut le remplir	Pour savoir la qualité du centre de renvoi où les PCs sont renvoyés.
À quelle fréquence	Tous les six mois/annuellement

DESCRIPTION POUR REMPLIR LES COLONNES

OUTIL 17 : EVALUATION DE POINT DE SERVICE

DE RENVOI : Il est conçu pour évaluer la qualité des centres de renvoi vers lesquels les PCs sont renvoyés. Les paramètres d'évaluation comporte les médecins, les infirmières et d'autres membres du personnel clinique ; la formation du personnel pour les ITS, ARV et d'autres questions liées à la santé ; l'attitude du personnel

envers les PCs en cours de traitement et la fourniture d'informations. Selon les résultats, les partenaires de mise en oeuvre peuvent planifier la sensibilisation et le plaidoyer avec les centres de renvoi.

Tous les paramètres sont explicites.



ANNEXE IV

Exemple d'une étude de la portée des travaux pour la validation et l'estimation du nombre de personnes de la population clé au niveau du site

Cette étude de la portée du travail comporte la validation des informations de mappage en ce qui concerne les endroits et les différents groupes de la population clé à l'endroit, et la collecte d'informations qui peuvent être utilisées pour planifier des interventions parmi les groupes identifiés. Indépendamment de la description des localisations des populations clés, il faut prendre des informations sur les ressources disponibles pour les ITS et le VIH dans la zone, la vulnérabilité au VIH (en termes du nombre de partenaires et de l'utilisation du préservatif), l'importance des ITS, et les réseaux de professionnels du sexe et des clients.

Les domaines de l'information à explorer dans l'évaluation sont énumérés ci-dessous.

1. Évaluation du niveau de préparation pour le mappage pour évaluer l'acceptabilité du mappage pour les populations clés
2. Endroits/sites avec le nombre approximatif de membres de la population clé
3. Description de la zone (limites géographiques, démographie, statut socio-économique et des informations sur les entreprises locales, l'industrie et les zones résidentielles, histoire de l'intervention de la police locale vers l'industrie du sexe commercial)
4. Les ressources disponibles dans la région ? (ONGs qui fournissent aux membres de la population clé des interventions ou des services de santé, des services sociaux, la prévention du VIH, la promotion et de la distribution des préservatifs, et les soins et le soutien; services privés, publics, et d'ONG qui sont disponibles (tels que les services anti-IST, services de dépistage du VIH [HTS], soins et soutien, points de distribution de condoms)
5. Sorte de risque encouru par les membres de la population clé dans la zone
 - a. Où agissent-ils (racolage/sites de drague, sites où ils ont des relations sexuelles) ?
 - a. Où habitent-ils ?
 - b. Profil de la population, p. ex. leur appartenance ethnique/langue, âge moyen, niveau d'alphabétisation
 - c. Quel est le nombre estimatif de membres de la population clé (estimation approximative pour la planification du projet) ?
 - d. Quelle est leur situation d'emploi (pour les professionnels du sexe : Qui sont les intermédiaires comme propriétaires de bordels, proxénètes ; comment ont-ils accès aux clients, le montant et la nature des frais, qui détermine le montant des frais, le nombre de clients par jour, actes sexuels habituels) ?
 - e. Y a-t-il des collectifs de travailleurs du sexe, des groupes ou des réseaux de soutien dans la région ? (Est-ce que les travailleurs du sexe sont membres d'un collectif de travailleurs du sexe - pourquoi ou pourquoi pas ? Reconnaissent-ils un avantage quelconque dans les collectifs ?)
6. Qui sont leurs clients/partenaires (nombre de clients par jour ; profil des clients - groupe professionnel, etc. ; lieux de travail ou d'habitation) ?

Services ITS (où est-ce que les membres de la population clé et les clients recherchent des soins de santé ? Pourquoi préfèrent-ils rechercher des soins dans ces établissements ? S'ils ne veulent pas aller aux établissements gouvernementaux, quelles en sont les raisons ? Comment peut-on améliorer les services gouvernementaux pour les ITS ?)

7. Quelles sont les pratiques actuelles de gestion de cas d'ITS (clinique, syndromique, diagnostics de laboratoire) ?
 8. L'utilisation du préservatif (où obtiennent/achètent-ils des préservatifs ? Qui fournit des préservatifs ? Combien coûtent-ils ? Est-ce qu'ils utilisent des préservatifs, et quels sont les obstacles à l'utilisation du préservatif ?)
 9. Quelles sont leurs sources d'information sur le VIH ?
 10. Est-ce que les services de dépistage du VIH sont disponibles, et sont-ils prêts à aller faire les tests du VIH ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 11. Y a-t-il des ONGs qui font des interventions ciblées pour les populations clés aux endroits indiqués et des ONGs qui voudraient entrer dans ces endroits ?
 12. Où serait la clinique/l'hôpital/le laboratoire de référence le/la plus près ?
 13. Cartes des localisations avec les principaux points de repère
2. Engagement significatif des populations clés tout au long du processus
 3. Une identification claire de la zone de mise en oeuvre du programme, y compris ses limites spécifiques et de régions à l'intérieur de la zone qui seront utilisées pour garantir que l'ensemble de la zone est mappé
 4. Des définitions significatives et appropriées de chaque population clé et des sous-groupes
 5. Détermination de la question de savoir si chaque population clé sera mappée séparément ou si le mappage de plusieurs groupes peut s'effectuer simultanément
 6. Des protocoles d'évaluation des préjugés dans les données collectées
 7. Des protocoles pour la qualité des données, la saisie de données, le stockage de données, le partage des données et la préservation de la confidentialité des données, y compris la confidentialité des noms et des localisations des sites.
 8. Des formulaires de collecte de données, des documents de consentement éclairé et de feuillets d'information pour les participants qui sont bien adaptés.
 9. Un engagement au mappage systématique et complet de tous les sites dans chaque région de chaque zone de mise en oeuvre du programme
 10. Le respect de toutes les personnes
 11. Du matériel de formation pour les collecteurs de données, les superviseurs et le personnel chargé de la saisie de données
 12. Un plan d'analyse qui comporte des tableaux, des cartes, des graphiques
 13. Une méthode spécifique à employer pour l'estimation de la taille, y compris les hypothèses de la méthode et la manière dont les préjugés seront mesurés

Méthodologie

Le protocole spécifique pour le mappage programmatique variera d'un pays à l'autre puisqu'il s'adapte aux besoins nationaux et locaux des programmes. Le protocole devrait comporter ces éléments essentiels :

1. Évaluation du niveau de préparation pour le mappage afin d'obtenir les renseignements nécessaires pour modifier des outils de collecte de données et pour déterminer si le mappage est acceptable aux communautés de population clé



14. Une liste des indices de couverture qui seront estimés

15. Un budget pour la planification, la mise en oeuvre, l'analyse, et la diffusion des résultats

Un protocole illustratif est actuellement en cours de développement par une collaboration entre l'ONUSIDA, le Fonds mondial, l'OMS, l'Université du Manitoba et MEASURE Evaluation (financé par l'USAID) à l'Université de la Caroline du Nord. Un manuel décrivant les principaux éléments du protocole est disponible dès maintenant.

L'évaluation implique le recrutement de consultants (chercheurs et consultants communautaires), l'entrée en contact avec les ONG, et la tenue d'interviews et de discussions en petits groupes avec les répondants du groupe cible sur le terrain.

Calendrier

Deux à trois semaines et sur une base continue.

Recrutement de consultants communautaires

Les consultants communautaires sont nécessaires pour aider à effectuer le travail sur le terrain. Leur rôle est d'obtenir l'accès à la communauté en général, et aux membres de la population clé en particulier. Les consultants communautaires devraient être identifiés avec l'aide des ONG locales. Il se peut qu'ils travaillent déjà projets de lutte contre le VIH en place.

Le processus de collecte de données est séquentiel et comprend les étapes suivantes

1. Des consultations communautaires et des interviews en profondeur comme éléments d'une évaluation du niveau de préparation pour le mappage
2. Interviews avec des informateurs communautaires, des personnes qui connaissent bien la zone de mise en oeuvre du programme, tels que les chauffeurs de taxi, pour identifier des sites et obtenir une liste complète des sites dans chaque région de la zone

3. Visites aux sites : "Voir, c'est croire" est le principe directeur des visites aux sites. Les visites aux sites sont essentielles pour faire connaissance avec les répondants et voir quelles ressources de lutte contre les ITS et le VIH sont disponibles dans la communauté (par exemple, services de dépistage du VIH, ART, cliniques pour les ITS). Il faut visiter tous les sites. Au cours de la visite du site les caractéristiques de du site sont, y compris le nombre de membres de la population clé qui visitent le site et si le site reçoit actuellement des services de sensibilisation.

4. Interviews avec des membres de la population clé au site pendant la visite du site

