

Suivi des impacts des actions relatives au VIH et sida

Résumé des expériences
et des constatations préliminaires
de BfdW (PPLM-Pain pour le Monde)
et de ses organisations partenaires
à des fins de discussion



Mars 2010

FAKT / Brot für die Welt

Table des matières

1.	Préface	5
2.	Qu'entendons-nous par « impacts » et « suivi des impacts » ?	5
3.	État des tendances des impacts et du suivi en matière de VIH/sida en Afrique	7
	3.1 Enseignements généraux sur le suivi des impacts	7
	3.2 Tendances des impacts dans les projets	7
	3.3 Suivi des impacts des actions relatives au VIH/sida	8
4.	Élaboration d'un suivi des impacts pour le VIH/sida en tenant compte des sexospécificités	9
	4.1 Questions pratiques pour le suivi des impacts	9
	4.2 Développer des indicateurs sexospécifiques	10
	4.3 Importance des données qualitatives pour le suivi et le timing	11
5.	Choix des outils pour le suivi des impacts	12
	5.1 Représentation graphique des impacts (Annexe 4)	13
	5.2 Chronologie de la prévention (Annexe 5)	13
	5.3 Stigmatisation – Questionnaire et sociogramme (Annexe 6)	14
	5.4 Baromètre de l'adhésion au groupe de soutien (Annexe 7)	14
	5.5 Classification des impacts de l'adhésion au groupe de soutien (Annexe 8)	14
	5.6 Entretiens semi-structurés	15
	5.7 Combinaison de différentes méthodes	15
6.	Conclusions et recommandations	15
	6.1 Mise en œuvre du suivi des impacts au niveau des projets	15
	6.2 Développement futur du suivi des impacts par les partenaires de PPLM	16
	Annexes	18

1. Préface¹

Qu'est-ce qu'ont accompli jusqu'alors nos projets sur le VIH et sida en Afrique ? Quel est leur taux de réussite ? Quels changements, bénéfiques ou impacts les actions relatives au VIH et sida ont-elles pour les personnes et les communautés ?

Des questions de ce genre sont posées de plus en plus fréquemment à Pain pour le Monde (PPLM) et ses organisations partenaires. Lors de la revue des projets, des questions plus spécifiques sont posées : « Comment sait-on qu'un projet a réussi ou non ? », « Comment l'observe-t-on ? » et « Quelle est la meilleure manière de documenter les changements et leurs impacts résultant des actions de projets ? »

Le suivi des activités de projet financées par PPLM est devenu une pratique courante depuis de nombreuses années. Ces dernières années, l'aspect du suivi des impacts, et en particulier des extrants immédiats des projets, a été mis à l'ordre du jour de PPLM et de ses organisations partenaires, et les discussions se poursuivent.

Un processus de suivi des impacts du travail réalisé dans le domaine du VIH et sida a été initié il y a quelques années par PPLM avec ses organisations partenaires et des consultants locaux (transfert de fonctions, TdF ; **Annexe 1**). Le présent document résume le dialogue en cours entre PPLM et ses organisations partenaires et vise à fournir une base permettant de développer un suivi systématique des impacts. Il décrit l'évolution du travail et non la meilleure pratique.

Ce document

- inclut les constatations quant aux tendances des impacts observées dans les principaux domaines d'action,
- décrit l'état actuel du suivi des impacts, les outils et les méthodes adéquates pouvant être appliqués et
- identifie le besoin d'amélioration.

Nous souhaitons encourager un partage plus large des expériences et invitons à contribuer activement à ce processus afin de développer un système plus efficace de suivi des impacts et améliorer la gestion des projets sur le VIH et sida.

Notre objectif premier est de garantir que les actions de développement dans le domaine du VIH et sida contribuent de manière positive et durable à l'acceptation, au bien-être et à la subsistance des personnes pour lesquelles nous œuvrons.

2. Qu'entendons-nous par « impacts » et « suivi des impacts » ?

De nombreux termes sont utilisés pour décrire ce qui est accompli par un projet, par ex. impacts, effets ou résultats des actions de projet contre le VIH et sida. Ces termes dépendent du langage utilisé ou des exigences d'un organisme donateur spécifique.

Afin de maîtriser la diversité des termes et définitions, il est judicieux de développer une compréhension commune du suivi des impacts. Dans un document de référence, le CAD-OCDE définit le terme « Impacts » comme suit :

« Changements positifs et négatifs induits par une action de développement, directement ou non, intentionnellement ou non. »²

En outre, les impacts sont généralement compris comme étant des effets à long terme, primaires ou secondaires, par ex. des effets dépassant les extrants de projets spécifiques et les effets à court terme d'actions destinées à des groupes cibles. Les effets induits par les

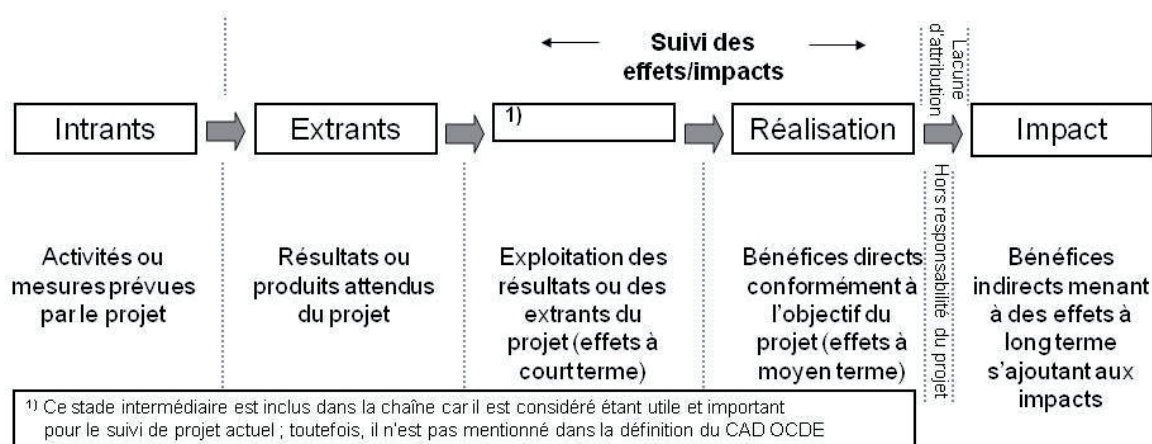
¹ Auteurs : Astrid Berner-Rodoreda, Beate Holthusen, Ekkehard Kürschner et Irmtraud Lechner

² OCDE/CAD (2002) : Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats

actions de développement peuvent être de nature économique, socioculturelle, institutionnelle, environnementale, technologique, etc.

Les impacts ou les effets sont considérés comme des changements pouvant être attribués à un projet, y compris les effets allant au-delà de l'influence directe d'un projet (les experts font référence à une « *lacune d'attribution* » ; voir graphique ci-dessous). Ceci implique la nécessité d'avoir recours à davantage d'interprétations du terme « impacts » et de ne pas l'utiliser au sens restreint.

Un modèle communément utilisé pour analyser l'impact de projet est basé sur les relations de cause à effet : « *si je fais ceci* », alors « *ceci se produira* », et « *tel changement aura lieu* ». Conformément au cadre de planification utilisé dans la gestion des projets (cadre logique), ce modèle mène à une chaîne de **cause à effet** ou **d'impact** :



Bien que cette chaîne soit un modèle simplifié des impacts d'un projet en situation réelle, elle peut aider à **expliquer les changements observés**. Les causes et effets d'un projet peuvent être liés : par ex. la prestation de services de CTV aux communautés rurales (extrait) entraînant des bénéfices directs pour un groupe cible (utilisation d'extrants, par ex. indiqués par la satisfaction de clients quant aux services fournis, au dépistage du VIH ou à l'utilisation de préservatifs), entraînant au final des changements d'attitude ou de comportement des bénéficiaires (réalisations, par ex. notées par des changements dans l'incidence des IST). Les impacts allant au-delà des bénéfices directs d'un projet peuvent être influencés par d'autres facteurs et ne pas être directement attribuables à une action.

Le suivi est le contrôle périodique ciblé et systématique d'un projet ou d'un processus, généralement en posant des questions choisies. Il inclut une observation et une collecte de données répétées ainsi qu'une évaluation de la prise et de la mise en œuvre de décisions. Cela permet ainsi aux parties prenantes de concevoir et de gérer un projet de sorte à pouvoir atteindre ses objectifs.

Le suivi des activités ou des résultats à court terme éclaire peu sur l'accomplissement ou non des objectifs des projets ou des réalisations escomptées (résultats). D'autre part, le **suivi des impacts** est axé en particulier sur le suivi des avantages ou des changements allant au-delà des extrants de projets immédiats. Les parties prenantes s'attendent à ce qu'il révèle clairement les impacts ou les effets (dans les rapports d'avancement et de projets).

Le débat en cours sur le suivi des impacts comporte plusieurs aspects :

- débat international sur l'efficacité de l'aide et la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)³,
- discussion en matière de coopération au développement concernant le renforcement des concepts professionnels et la qualité du suivi des impacts⁴,
- question de la systématisation du suivi et de l'évaluation aux niveaux local, national et global⁵, ainsi que du travail de mise en place d'un système national unique de suivi et d'évaluation, l'un des « Trois principes » de l'ONUSIDA pour parvenir à un usage efficace des ressources et garantir une action rapide et une gestion basée sur les résultats⁶.

3. État des tendances des impacts et du suivi en matière de VIH et sida en Afrique

Les constatations ci-dessous sont fondées sur des études de cas réalisées au Kenya, au Swaziland et au Cameroun, et sur des expériences approfondies et des résultats émanant de discussions lors de visites sur le terrain et de deux ateliers de travail (voir **Annexe 1**).

Les projets inclus dans l'appréciation couvraient un large éventail d'actions : prévention, CTV, groupes de soutien et soins, et diverses mesures de formation et de renforcement des capacités pour les pairs locaux ou les personnes soignantes (excepté le plaidoyer).

3.1 Enseignements généraux sur le suivi des impacts

- Il existe un riche vivier de données, d'observations et de perceptions sur les réalisations et les effets des actions contre le VIH et sida.
- Les discussions ont également révélé des **expériences déjà existantes dans le domaine du suivi** des résultats et des extrants au niveau des projets.
- L'examen d'expériences existantes en matière de suivi a permis de **développer une meilleure compréhension des impacts**.
- L'**emploi d'outils de suivi spécifiques** est apprécié par les partenaires. Le processus a facilité l'identification des lacunes dans la collecte et l'analyse des données ainsi que le développement d'indicateurs des impacts appropriés.
- Les partenaires ont développé une **conscience des avantages du suivi des impacts**. Ils ont compris que les données ne sont pas collectées simplement pour satisfaire aux exigences des bailleurs de fonds, mais parce qu'elles permettent d'améliorer la façon dont les projets sont gérés.

3.2 Tendances des impacts dans les projets

Ci-dessous se trouve une liste des tendances et changements importants ayant été généralement observés au niveau des bénéficiaires, des groupes cibles et des communautés lors d'études de cas et de la plupart des projets sur le VIH et sida :

- Les thèmes relatifs au VIH et sida sont débattus librement par tous les groupes consultés, lesquels ont des degrés élevés de connaissance et de conscience de la maladie et de la manière d'empêcher l'infection au VIH ou une épidémie de sida.

³ Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (OCDE 2005)

⁴ Analyse des impacts de la coopération au développement. Deutsches Institut für Entwicklungspolitik/Institut allemand pour la politique de développement (Neubert, 2004)

⁵ Guidelines on Construction of Core Indicators, 2010 Reporting [Recommandations sur la définition d'indicateurs clés, rapports 2010] (ONUSIDA, 2009)

⁶ <http://www.unaids.org/fr/CountryResponses/MakingTheMoneyWork/ThreeOnes/default.asp>

- L'augmentation de l'utilisation de préservatifs est considérée comme une tendance positive générale découlant des actions de projet (constatée dans les trois pays, mais surtout au Swaziland). L'acceptation accrue du préservatif est attribuée aux projets ainsi qu'aux actions d'autres parties prenantes.
- Les impacts escomptés ne se réalisent parfois pas à cause de la forte influence d'autres facteurs. La sensibilisation sur les comportements sexuels dangereux suffit pour faire cesser les rapports sexuels sans préservatif, en particulier ceux qui ont lieu en échange de « cadeaux » dans un environnement pauvre.
- L'acceptation de l'abstinence jusqu'au mariage et de la fidélité envers la/le(s) partenaire(s) diminue de manière générale. Cette baisse pourrait être liée à une sensibilisation accrue sur l'utilisation et la disponibilité du préservatif. L'accroissement de la pauvreté a pu aussi contribuer de manière significative à ce changement.
- La sensibilisation au VIH et sida a augmenté, et, en même temps, la stigmatisation et la discrimination (restées élevées après les actions) qui sont toujours vécues dans une large mesure par les PVVIH même si une légère amélioration a été rapportée à cet égard.

3.3 Suivi des impacts des actions relatives au VIH et sida

Des systèmes de suivi existants ont été discutés et analysés. Plusieurs outils ont été testés lors d'études de cas – et leur utilisation évaluée – en particulier : la représentation graphique des impacts, la chronologie de la prévention, questionnaires ou sociogrammes. Ci-dessous les principales constatations :

- De vastes connaissances sur les impacts des projets existent déjà, mais elles ne sont pas rapportées systématiquement. Des enregistrements de suivi ont été rarement analysés, tout comme les expériences avec l'usage de différents indicateurs de suivi.
- Les systèmes existants sont souvent axés sur le suivi des activités (extrants), mais rarement destinés au suivi des impacts. Ils ont tendance à se limiter aux aspects quantitatifs (suivi des activités), et ne tiennent habituellement pas compte des informations qualitatives.
- Les systèmes de suivi sont bien établis. Ils ont été développés de façon à pouvoir intégrer aisément un suivi systématique des impacts.
- Les projets ont facilement accès aux informations, ce qui est utile pour le suivi. Certaines d'entre elles peuvent être utilisées comme indicateurs approximatifs des changements comportementaux au sein de communautés ou de groupes. Les perceptions de différentes parties prenantes sont souvent déjà collectées.
- Plusieurs points à améliorer ont été identifiés. Par exemple, un manque d'observation, de documentation et d'utilisation de données ventilées selon l'âge et le sexe était fréquent dans de nombreux projets. D'autres besoins sont plutôt spécifiques à des organisations partenaires individuelles ou des projets.

Certaines organisations partenaires de PPLM ont déjà développé des systèmes de suivi efficaces, y compris le suivi des impacts⁷ (voir **Annexe 2**). Un point de départ important pour le suivi des impacts est le cadre existant pour la planification et le reporting⁸.

Les discussions initiales sur les besoins et les caractéristiques d'un suivi des impacts du VIH et sida plus systématique ont encouragé les partenaires et consultants locaux à se pencher sur la question. Ils avaient un bon point de départ car « de nombreux aspects sont déjà connus mais sans être vraiment appliqués ni documentés jusqu'à présent » comme l'ont remarqué les partenaires et les consultants locaux.

⁷ Le système de suivi des projets de l'ONG « TASC » au Swaziland est considéré comme exemplaire pour le suivi du VIH et sida parmi les organisations partenaires de PPLM. Il inclut le suivi des extrants et des réalisations/impacts.

⁸ Défini par PPLM dans ses normes de projets.

4. Élaboration d'un suivi des impacts pour le VIH et sida en tenant compte des sexospécificités

Le plus souvent, les discussions internationales dans le contexte de l'ONUSIDA et de l'UNGASS tournent autour des politiques de suivi, également au niveau macro. Le développement de systèmes de suivi fiables au niveau des pays est nécessaire pour évaluer et orienter les programmes et les stratégies des pays.

Les questions débattues actuellement par les ONG dans ce contexte sont la manière dont leur propre suivi s'intègre dans ces systèmes et dont le suivi à la base (« grass roots ») peut contribuer à élargir le tableau, par ex. pour le suivi au niveau des pays. Certains rapports et données peuvent faciliter un suivi à un niveau supérieur. D'autres informations ne sont peut-être pas adaptées aux exigences des systèmes de suivi au niveau des pays. Cette question requiert un travail et une discussion plus poussés.

Pour les organisations partenaires et PPLM, le suivi des impacts documente les changements éloquentes résultant des actions de projets. Il contribue aussi à encourager des processus d'apprentissage et à améliorer la réussite des projets en analysant la manière dont les effets positifs peuvent être renforcés, et les effets négatifs minimisés ou évités.

Pour analyser ou suivre des impacts, il nous faut identifier les contributions majeures des projets qui génèrent des changements probants au niveau des groupes cibles. Quels changements peuvent être observés ? Dans quelle mesure sont-ils induits par les projets ou les organisations partenaires ?

Afin d'obtenir des informations significatives sur les impacts, il est important de concevoir le suivi de sorte qu'il soit adapté aux caractéristiques spécifiques du domaine du VIH et sida. Il doit tenir compte de questions comme le comportement individuel, la pression exercée par les groupes et les comportements à risques, qui sont difficiles à mesurer car elles touchent la sphère privée.

Il est important que la sexospécificité fasse partie intégrante du concept de suivi global des projets liés au VIH et au sida :

- Le genre et les questions des sexospécificités sont des questions clés dans l'identification des voies prometteuses pour relever les défis dans le domaine du VIH et sida. Le VIH et le sida sont inextricablement liés aux questions des sexospécificités et à l'inégalité entre les genres, par ex. les attentes relatives à un comportement socioculturel acceptable diffèrent considérablement pour les hommes et femmes, tout comme les droits des hommes et des femmes dans de nombreuses sociétés.⁹
- Les aspects sexospécifiques influencent également la pertinence, l'efficacité et la pérennité des changements qui peuvent être attribués aux actions de projets particulières. Les sexospécificités devraient donc être prises en considération de manière spécifique dans le développement et la mise en œuvre du suivi des impacts et des approches de projet.¹⁰

4.1 Questions pratiques pour le suivi des impacts

Le suivi des impacts est la manière d'obtenir, avec le moins d'efforts possibles, des informations ayant rapport avec les impacts d'un projet et de sa gestion. Les questions

⁹ Pour plus d'informations sur les sexospécificités et le VIH, voir la publication d'Astrid Berner-Rodoreda : VIH et sida en Afrique : une épidémie qui touche les femmes – des réponses qui s'adressent uniquement aux femmes ?

¹⁰ L'approche en matière de prévention « ABC-Abstinence, Be Faithful, Condom Use » (abstinence, être fidèle, utilisation de préservatifs) n'a pas très bien fonctionné pour les femmes. Une bien meilleure approche est celle d'INERELA (<http://www.inerela.org/>), intitulée SAVE, présentée lors des ateliers et signifiant : pratiques plus sûres, antirétroviraux disponibles, conseils et tests volontaires, indépendance économique par l'éducation. Pour des informations plus détaillées, voir également la publication mentionnée ci-dessus (note de bas de page n° 9), pp. 34-35

suivantes peuvent aider à lancer un processus de suivi des impacts :

1. Quel est le niveau du système de suivi actuellement en place ? Quels domaines d'impact sont définis dans le tableau de suivi existant (planification par objectifs, ledit « cadre logique ») ?
2. Comment les extrants de projets escomptés et l'exploitation d'extrants et de bénéficiaires de projets (réalisations) sont-ils liés les uns aux autres ? Existe-t-il une analyse des relations de cause à effet ou des hypothèses ont-elles été formulées ?
3. Quelles perceptions et perspectives sont importantes (par ex. personnel, personnes clés, autres organisations, PVVIH/S, groupes de soutien ou communautaires, bénéficiaires) ? Qui participera à la collecte de données, la documentation, la réflexion et l'interprétation ?
4. Comment reconnaît-on les changements associés à un projet ? Que devrait-on choisir à des fins d'observation ? (champ d'observation : par ex. changements au niveau socioculturel ?)

Quels genres de données quantitatives et qualitatives sont disponibles ? Quels genres d'indicateurs sont utiles et pratiques ? Les besoins budgétaires et en personnel ont-ils été considérés ? À quels intervalles les données devraient-elles être collectées et analysées ? Un autre facteur à prendre en compte est le timing. Les impacts ne peuvent être mesurés que si un certain temps s'est écoulé depuis l'action initiale.

Qui est impliqué ? La mise en œuvre d'un suivi périodique dépend dans une large mesure des contributions apportées par différents groupes de personnes participant à un projet. Ainsi, chaque personne prenant part aux processus de suivi ainsi qu'à la collecte et à la réflexion sur les données devrait développer une compréhension commune des indicateurs d'impact pour le VIH et sida et leur signification.

4.2 Développer des indicateurs sexospécifiques

L'identification de questions appropriées ou (dans de nombreux cas) d'indicateurs servant à observer les changements représente l'un des plus grands défis lors de la planification, du suivi et de l'évaluation de projets. Actuellement, les normes de projet de PPLM requièrent une définition d'indicateurs pour l'objectif global, les objectifs de projet et l'impact prévisible en ce qui concerne les bénéficiaires, l'environnement de projet, les sexospécificités et la durabilité.

Les systèmes de suivi et les indicateurs doivent coïncider avec la nature particulière d'un projet et avec les domaines d'intervention particuliers (par ex. prévention, soins, traitement, stigmatisation, soutien ou plaidoyer) afin d'identifier les changements importants induits par les actions de projets.

Les indicateurs sont censés couvrir les domaines d'observation appropriés, par ex. au niveau de la communauté, tels que les changements en termes de sensibilisation, de comportement ou de connaissance, ou bien des signes ou particularités caractérisant une situation ou un état spécifique.

Pour décrire au mieux les impacts ou les effets pouvant être attribués à des actions en matière de VIH et sida particulières dans un projet, les indicateurs devraient être sélectionnés ou développés par les parties prenantes respectives dans un but et un contexte spécifiques.

Les indicateurs prédéfinis sont un moyen de surveiller la performance et les impacts des actions en matière de VIH et sida, comme le montre la pratique des indicateurs clés définis par l'UNGASS pour les niveaux national et international¹¹. Souvent, de tels indicateurs ne

¹¹ Normes/exigences définies par l'UNGASS 2005/2007 : Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS.

sont pas placés au niveau adéquat pour les projets par les ONG car ils ne sont souvent pas applicables aux situations auxquelles doivent faire face les communautés ou les groupes d'entraide. À titre de référence et de point de départ, se reporter à l'**Annexe 3** qui suggère des idées d'indicateurs dans différents domaines d'action au niveau de la communauté/du projet.

Les véritables défis dans la définition et l'application des « bons » indicateurs qualitatifs et quantitatifs se situent au niveau des sexospécificités et de l'âge. Travailler avec des indicateurs sexospécifiques permet d'observer et de décrire de manière plus précise des modèles de changement spécifiques au VIH et sida en matière de prévention, de soins et de plaidoyer et de développer un suivi des impacts plus efficace :

- Les chances de participer à un projet et de tirer profit de celui-ci sont-elles égales pour tous ? Hommes, femmes, groupes d'âges différents, personnes ayant des niveaux d'éducation/de santé différents, etc. ?
- Quels indicateurs décrivent au mieux les changements liés au genre ? Y a-t-il suffisamment de données disponibles pour mesurer les changements touchant séparément hommes et femmes ?
- Les indicateurs portent souvent peu d'attention au genre, tels que « nombre de grossesses », souvent utilisé pour démontrer l'étendue de la réussite d'un projet dans le domaine de la prévention. Cet indicateur ne prend pas en compte le fait que les femmes dans de nombreuses sociétés ne jouissent pas de la même liberté ou des mêmes droits de négociation que les hommes en ce qui concerne les relations sexuelles ou l'utilisation de préservatifs.
- Le choix d'un indicateur doit prendre en compte les contraintes socioculturelles ou financières pouvant découler pour les femmes ayant des relations sexuelles à risques pour survivre financièrement ou parce qu'elles y sont forcées. Passer outre ce fait pourrait mener à rejeter la responsabilité de l'échec d'un projet de prévention sur les femmes qui tombent enceintes.

Sur le plan international, il y a une tendance à confondre le suivi des impacts et la recherche qualitative et quantitative scientifiquement prouvée. Étant donné que les organisations partenaires ne disposent pas des ressources nécessaires pour mener de vastes études, PPLM et ses organisations partenaires encouragent l'instauration d'un suivi qui permet aux parties prenantes de fournir des informations fiables relatives aux impacts, et sont en mesure d'utiliser des outils de manière flexible en les adaptant aux besoins des projets.

4.3 Importance des données qualitatives pour le suivi et le timing

Pour réaliser un suivi des impacts de façon efficace, une des conclusions tirées des discussions initiales sur les constatations des études de cas indiquait qu'il est nécessaire d'effectuer un suivi des changements qualitatifs (impacts) dans les projets. Les équipes de projet ont souvent tendance à utiliser uniquement les indicateurs quantitatifs, spécialement au niveau des extrants. Là où un suivi des impacts est déjà instauré, les données qualitatives (au niveau des impacts/extrants) sont prises en compte plus souvent.

Apprendre à développer et à utiliser les indicateurs qualitatifs à travers les programmes est donc important pour améliorer le suivi des impacts, une attente également exprimée par les participants aux ateliers.

La collecte de données qualitatives valides est même plus astreignante que pour les données quantitatives. Être clair sur le but de la collecte de données dans le contexte des actions de projet spécifiques permet de décider si on a besoin de données qualitatives, données quantitatives ou des deux.

Dans ce contexte, nous avons aussi besoin de définir quels indicateurs qualitatifs et quantitatifs décrivent au mieux les changements sexospécifiques. À quel niveau surviennent les contraintes sexospécifiques (individuel, groupe/communauté ou organisationnel) ?

Certains exemples peuvent aider à décider quels indicateurs sont le mieux appropriés pour une situation donnée¹². Outre les descriptions qualitatives et les mesures quantitatives, il existe aussi des possibilités intermédiaires, comme des descriptions qualitatives combinées à des comptages ou bien l'utilisation d'indicateurs semi-quantitatifs ou semi-qualitatifs (voir encadré) :

Données qualitatives	Données quantitatives
<p><i>Les changements sont décrits sous forme qualitative à l'aide de particularités ou de caractéristiques importantes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Attitude vis-à-vis de pratiques sexuelles sûres (prévention) - Respect mutuel dans les rapports de genre (hommes/femmes) - Acceptation par la communauté des femmes et hommes séropositifs (stigmatisation) 	<p><i>Les changements sont enregistrés par le biais de mesures ou de comptages (par unité/par période, etc.).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de préservatifs vendus à des hommes/femmes (prévention) - Nombre de couples assistant à des séances de conseil - Nombre de familles s'occupant d'un membre de leur famille atteint du VIH
Combinaison d'éléments qualitatifs et quantitatifs	
<p><i>Le classement des changements qualitatifs sur une échelle définie, par ex. de 0 à 100%, fournit des informations sur la progression des changements par étapes.</i></p>	<p><i>Le rangement de comptages ou de mesures dans des catégories définies (par ex. oui/non) fournit des informations sur la direction des changements/tendances.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des services de conseil (utilisateurs peu satisfaits à très satisfaits) - Degré d'amélioration de la qualité de vie, par ex. des PVVIH ou OEV - Degré du changement de comportement des hommes (rapports respectueux entre hommes et femmes) - Intégration/acceptation des PVVIH dans une communauté ou une famille (oui/non) 	

5. Choix des outils pour le suivi des impacts

Quelle méthode est adaptée pour observer et évaluer les impacts dans un contexte spécifique ? Comment pouvons-nous être sûrs que les données sont valables et fiables ? Quelles sont les limites restreignant le suivi et la collecte des données pour un projet particulier ?

Les méthodes participatives constituent des outils appropriés pour assister les bénéficiaires et les équipes de projet dans leur réflexion sur les changements perçus induits par les actions de projets. Toutefois, les résultats issus de telles réflexions dépendent dans une large mesure de l'habileté et des compétences des animateurs.

Dans les cas où les références ou les données de base ne s'avèrent pas appropriées, un outil tel que la chronologie permet d'identifier les tendances et les changements d'attitude ou de comportement majeurs. Ces observations sont fiables si elles sont fondées sur différentes sources d'information et vérifiables. L'utilisation de différentes sources d'information ou perspectives s'appelle « triangulation ».

La sélection d'outils et de méthodes présentée ci-dessous comprend une description succincte et des remarques sur leur application. Une appréciation brève fournit quelques suggestions et expériences pour chacune de ces méthodes. Tous les outils et méthodes mentionnés (excepté le questionnaire) suivent l'approche des entretiens semi-structurés.

¹² L'atelier francophone qui s'est tenu en avril 2007 a permis d'identifier toute une série d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Une liste vaste mais non exhaustive est présentée à l'**Annexe 3**.

Deux méthodes – le baromètre et le classement des impacts – sont basées sur des discussions menées à l'aide d'illustrations ou de tableaux (de conférence si possible). La plupart des outils peut être utilisée de manière souple et adaptée aux besoins spécifiques. Des exemples sont présentés aux **Annexes 4 à 8**.

5.1 Représentation graphique des impacts (Annexe 4)

Description : La représentation graphique de l'impact est un outil permettant de visualiser les impacts escomptés et observés d'un projet (ou des ses composantes) avec les relations de cause à effet.

Application : cet outil peut être utilisé, aussi par le personnel d'ONG, à n'importe quel stade du travail, pour piloter un projet pendant sa planification ou son évaluation. Il peut être adapté à des modèles de travail existants. Les participants ont besoin de quelques explications et impulsions afin d'être en mesure d'élaborer ce genre de graphique. Une fois le point de départ établi, ils possèdent une base pour identifier des indicateurs d'impact convenables.

Appréciation : cet outil offre une analyse complète des changements dans toute leur complexité. Il est axé sur les processus d'apprentissage et les changements de comportement à des stades précoces, plus que sur la réalisation de certains résultats. Bien que son élaboration nécessite la participation de tous, son emploi présente des limites notables. En effet, l'expérience a montré que les personnes possédant une éducation scolaire limitée ont des difficultés à élaborer un graphique ou ont besoin d'énormément de temps. Afin d'inciter et d'augmenter la participation des bénéficiaires, il serait plus efficace d'obtenir des réponses par le biais d'entretiens semi-structurés. Une autre faiblesse est le risque d'élaborer des chaînes de résultats fausses en confondant les impacts avec les résultats ou les activités pendant le processus, ce qui aboutit à une surabondance de données. La représentation graphique des impacts n'est pas un outil standard pouvant en remplacer un autre. En revanche, il offre des options complémentaires et fournit une représentation plus vaste que la plupart des autres outils.

5.2 Chronologie de la prévention (Annexe 5)

Description : la chronologie de la prévention sert à identifier des changements de comportement en analysant l'application des différentes mesures préventives, aujourd'hui et par le passé.

Application : une discussion de groupe commence par un recueil des mesures préventives connues (étape 1). À ce stade, il est possible d'apprécier les degrés de sensibilisation des participants. Étape 2 : il est demandé au groupe de dire combien de membres de la communauté sur 10 appliquent chacune des mesures et combien sur 10 l'ont fait il y a x ans. Si possible, les réponses sont écrites à des fins de visualisation. Les questions d'intérêt spécifique sont discutées de manière approfondie (par ex. pour comprendre les raisons des tendances). Au cours de ce processus s'élabore une chronologie comprenant des chiffres pour chaque mesure ou indicateur et des dates.

Appréciation : cet outil a été employé avec tous les groupes de communauté visités et a été facilement compris. Si le temps est limité ou si l'appréciation du degré de sensibilisation ne présente pas d'intérêt particulier, il est possible de sauter l'étape 1 et de passer directement à la discussion sur les mesures préventives spécifiques.

5.3 Stigmatisation – Questionnaire et sociogramme (Annexe 6)

Description : les questionnaires et sociogrammes permettent de présenter systématiquement des déclarations sur la sensibilisation au VIH et sida et sa perception. Un questionnaire fournit un bon aperçu de la perception des PVVIH et de leur niveau de stigmatisation sociale.

Application : un questionnaire contenant diverses déclarations sur la stigmatisation est distribué parmi les bénéficiaires, les équipes de projet etc. qui doivent indiquer s'ils sont d'accord ou non avec ces déclarations. Cette procédure est rapide. Les mêmes déclarations que dans le questionnaire peuvent être utilisées avec des personnes illetrées ou semi-illetrées pour élaborer un sociogramme. Dans ce cas, les réactions possibles aux déclarations, par ex. « D'accord », « Pas d'accord » et « Sans opinion », sont inscrites sur des cartons placés ensuite chacun dans un coin de la pièce (si les personnes sont illetrées, les différentes réponses peuvent être représentées par des cartons de diverses couleurs ou portant des symboles). Puis, chaque déclaration est lue à voix haute et les membres du groupe se placent dans le coin de la pièce correspondant à leur avis.

Appréciation : comparé au questionnaire, le sociogramme présente l'avantage de pouvoir visualiser immédiatement les résultats et de poser des questions par rapport aux réactions. Le questionnaire est utilisable uniquement avec des personnes lettrées. Le sociogramme présente deux inconvénients : premièrement, certaines personnes risquent de se décider en fonction de la majorité. Pour cette raison, il est primordial d'insister sur l'importance des opinions personnelles. Deuxièmement, le sociogramme demande davantage de temps que le remplissage du questionnaire et il faut éventuellement réduire le nombre de déclarations.

5.4 Baromètre de l'adhésion au groupe de soutien (Annexe 7)

Description : le baromètre illustre l'impact d'un groupe de soutien VIH et sida sur ses membres. Les données sont fondées sur les perceptions de chacun des membres du groupe qui s'expriment sur les changements survenus depuis leur adhésion.

Application : étape 1 : les membres du groupe de soutien sont interrogés sur le type de changements survenus depuis leur adhésion. Les déclarations sont recueillies, puis exposées sur un tableau. Étape 2 : il est demandé aux membres du groupe de soutien d'identifier dans quelle mesure chacune des déclarations est vraie, ou bien celles qui correspondent à leur vécu a) avant et b) après leur adhésion. Les déclarations sont classées sur une échelle allant de 0% à 100% (soit de « Déclaration fausse » à « Déclaration exacte »).

Appréciation : cette méthode n'est pas aisée à comprendre et exige des explications préalables. Le classement des déclarations les unes après les autres peut s'avérer laborieux. En outre, on peut se demander si les informations obtenues durant cet entretien sur l'importance des changements revêtent une signification particulière.

5.5 Classification des impacts de l'adhésion au groupe de soutien (Annexe 8)

Description : cet exercice fournit un aperçu des impacts ou des changements ainsi que leur importance pour la majorité des membres du groupe.

Application : les membres du groupe de soutien sont interrogés sur le type de changements survenus depuis leur adhésion. Une liste est dressée, puis présentée sur un tableau. Les participants sont alors invités à identifier les trois déclarations décrivant l'impact le plus important sur leur vie. Ensuite, les déclarations sont classées en fonction du nombre de personnes les ayant choisies. Les résultats peuvent être résumés en une ou deux déclarations.

Appréciation: la valeur des informations ainsi recueillies s'avère plus utile au projet que celles collectées avec le baromètre (voir ci-dessus) car il est possible d'identifier clairement les domaines ciblés et de discuter du soutien à apporter à l'avenir sur la base de ces informations de meilleure valeur.

5.6 Entretiens semi-structurés

Description: les entretiens semi-structurés emploient des questions servant de fil conducteur pour la discussion (par comparaison à l'entretien structuré qui utilise une liste de questions formulées avec soin et posées dans un ordre précis).

Application: certaines questions abordant des problèmes clés sont posées à un interlocuteur unique ou bien lors d'une discussion de groupe, mais elles leur laissent toute latitude de s'exprimer librement sans restriction de temps. Une présentation des résultats n'est pas requise.

Appréciation: cette méthode garantit que certains sujets sont discutés. Cette méthode garantit que certains sujets sont discutés. Elle confère une souplesse d'exécution car l'interviewé est en mesure d'insister sur l'importance de certains thèmes discutés et de soulever lui-même de nouvelles questions. Les entretiens semi-structurés sont particulièrement utiles quand des sujets spécifiques doivent être traités et que d'autres outils ne peuvent être employés pour des raisons de temps.

5.7 Combinaison de différentes méthodes

Le réseau de soutien au développement DESUNE de Tanzanie a rendu compte de l'utilisation d'un « calendrier des maladies » :

Le « Calendrier des maladies saisonnières » est une autre méthode bien établie pour discuter de thèmes relatifs au VIH et sida au sein des communautés. Cet outil est employé pour mettre en lumière des activités ou des événements qui se produisent pendant certains mois de l'année. Il peut aussi intégrer d'autres éléments comme la classification. Cette méthode est aussi utilisée pour sensibiliser les communautés aux problèmes de santé. Par ex., il est demandé à des villageois d'indiquer à quelle période de l'année des maladies particulières apparaissent. Souvent, les personnes ne mentionnent pas le VIH et sida. Toutefois, le calendrier des maladies a été employé avec succès pour lancer des discussions sur le VIH et sida.

« Tendances et changements » est un autre outil utilisé pour jeter un coup d'œil rétrospectif et déterminer quels changements se sont produits. Par ex., quand des personnes vivaient avec le VIH autrefois, rien n'était fait dans la communauté. Pour lancer des discussions sur les problèmes et « briser le silence », il faut être apte à s'interroger soi-même, être patient, poser les questions appropriées et prêter une oreille attentive. Cette méthode aide les bénéficiaires à réfléchir sur leur propre situation et à reconnaître que chaque individu en est le meilleur connaisseur.

6. Conclusions et recommandations

6.1 Mise en œuvre du suivi des impacts au niveau des projets

En général, les résultats indiquent que des changements qualitatifs peuvent être mieux compris en utilisant plus largement les observations faites au cours des projets existants. Même dans les cas où des données collectées systématiquement ne sont pas disponibles, des illustrations anecdotiques suffisent dans un premier temps (par ex., décrire la part des

personnes qui ne sont plus alitées ou sont capables d'exécuter des tâches ménagères pour présenter l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH).

Le rapport final remis à PPLM qui couvre la période de financement complète devrait, pour bien faire, comporter une appréciation des réalisations, par ex. dans quelle mesure les objectifs du projet ont été atteints, et communiquer les changements observés suite aux actions de projets. Les impacts du projet devraient être appréciés en prêtant attention avant tout aux bénéficiaires, à l'environnement du projet et aux sexospécificités, ainsi qu'à leur durabilité. Le rapport annuel pour PPLM doit, quant à lui, comporter une comparaison entre les résultats escomptés et ceux atteints.

En complément, il convient d'observer les tendances en cours dans les projets qui ne sont pas directement liées avec le travail du projet, mais touchant au domaine du VIH et sida. Par ex., des discussions ont clairement révélé que davantage de femmes se font tester, mais que plus d'hommes suivent des traitements dans les pays où il faut payer pour en bénéficier, car ils en ont les moyens.

Une question importante est la faisabilité du suivi des impacts lui-même qui n'a pas été suffisamment appréciée dans les études de cas : quelle est la période de collecte des données ? Quelles données tenant compte des sexospécificités peuvent être utilisées ? Les tâches de suivi sont-elles prises en compte dans le budget et la sélection de l'équipe pour un projet ? Peut-on être sûr que les impacts et les changements sont réellement imputables aux actions d'un projet ?

Une autre question est la participation de l'équipe du projet à des réseaux externes et à l'éducation par les pairs. Il serait judicieux que les superviseurs spécialisés et d'autres personnes soient mieux formés en matière de méthodes participatives afin de pouvoir les utiliser, comme les discussions de groupe ciblées, la chronologie de la prévention, etc.

6.2 Développement futur du suivi des impacts par les partenaires de PPLM

Il faudrait réaliser un suivi plus intensif et régulier des impacts afin d'obtenir des données absolues et relatives permettant de comparer la situation présente avec celle des années passées. Il s'agit là d'une recommandation importante tirée des études de cas.

À cette fin, les recommandations concrètes suivantes ont été faites :

1. Les outils exposés dans le présent document devraient être employés dans d'autres lieux et communautés et par d'autres partenaires afin d'estimer si les conclusions tirées des études de cas et les discussions en découlant peuvent être généralisées.
2. La collecte des données sur un changement de comportement sexuel (comme l'utilisation de préservatifs ou la fidélité) et la stigmatisation (par ex. en tant que PVVIH/S ou les membres de la famille concernés) devrait être réitérée au moins chaque année. Des intervalles de deux à trois ans sont aussi admis car l'apparition de changements dans ces domaines prend beaucoup de temps.
3. Les données des rapports relatives aux impacts devraient être comparées avec celles des années précédentes afin d'identifier des tendances, d'où l'importance de présenter des chiffres absolus ainsi que des données relatives (pourcentages).
4. Pour obtenir plus de connaissances sur les impacts et des données de comparaison entre les projets, il serait judicieux de s'accorder sur un nombre de secteurs d'observation communs (ou d'indicateurs) à surveiller. D'autres observations ou des rapports anecdotiques sont aussi utiles, mais il n'est pas nécessaire de fournir plus de données quantitatives.

5. Les rapports de projet remis à PPLM devraient fournir une preuve claire de l'impact spécifique. Chaque rapport annuel devrait mentionner les changements positifs et négatifs induits par les actions de projets et examiner tous les indicateurs surveillés durant la mise en œuvre du projet. La section 3 du rapport annuel (mise en œuvre du projet et objectifs/buts du projet atteints) pourrait être modifiée à cette fin.

Le présent document a vocation à contribuer à l'amélioration du suivi des impacts et de la gestion des projets sur le VIH et sida. Pour conclure, les partenaires et consultants sont incités à discuter des expériences existantes et à fournir les ressources pour développer des systèmes de suivi et de présentation des impacts effectifs.

Description des procédures et méthodes pour instaurer un suivi des impacts du VIH et sida

Les conclusions présentées dans ce document sont tirées d'études de terrain réalisées au Kenya, au Swaziland et au Cameroun, réalisées sur demande de PPLM, et de deux ateliers de travail auxquels ont participé des organisations partenaires, des consultants locaux ainsi que l'équipe de Pain pour le Monde (PPLM). Ci-suit une énumération chronologique non exhaustive des étapes ayant mené à la rédaction du présent document :

1. PPLM soutient des projets sur le VIH et le sida en Afrique depuis le milieu des années 90 (des projets individuels ont également été financés dans les années 80). Suivant la tendance générale exigeant un suivi des actions, PPLM et ses partenaires ont été de plus en plus interrogés sur l'impact de leurs projets. C'est pourquoi il s'avère nécessaire de réfléchir et de développer des instruments appropriés pour apprécier et documenter les actions concrètes de projets et d'établir un rapport entre les réalisations actuelles et les impacts à long terme.
2. En 2005, avec des organisations partenaires en Afrique, l'équipe africaine de PPLM a mis sur pied une procédure pour apprécier les tendances des impacts résultant des actions en matière de VIH et sida et pour analyser des exemples de suivi des impacts. Pour ce faire, une équipe de spécialistes a été formée avec des experts locaux, des consultants TdF et FAKT.
3. Dans un premier temps, une **étude documentaire** a été conduite ; des projets de PPLM sur le VIH et sida en œuvre en Afrique ont été sélectionnés et classés par catégorie sur la base de la documentation et des rapports existants. Le but était de découvrir des points d'appui permettant d'apprécier les tendances naissantes et d'améliorer le suivi des impacts dans les différents domaines d'intervention (prévention, éducation, soins et soutien, traitement, CTV et plaidoyer) (de déc. 2005 à avril 2006).
4. Des **visites de terrain** ont été menées pour identifier des tendances dans des domaines clés et pour apprécier les pratiques existantes de suivi des impacts ainsi que les besoins d'amélioration. Ce travail avait pour but d'aiguiser la sensibilité quant aux impacts escomptés et perçus ainsi qu'aux interconnexions entre les impacts négatifs et positifs dans des secteurs d'observation sélectionnés. Ces visites de terrain ont conduit à l'élaboration de **huit études de cas** au total (de mai à juillet 2006) – voir le tableau ci-dessous.

Les visites de terrain incluaient :

- Des réunions avec les organisations partenaires pour revoir le suivi des impacts ainsi que les outils et indicateurs utilisés
- Des discussions de groupe ciblées sur le terrain (au sein de la communauté et du groupe cible) qui étudiaient l'**impact des changements de comportement, la stigmatisation, les groupes de soin et de soutien**
- Des discussions de l'équipe de consultants avec le personnel chargé du projet pour examiner les conclusions tirées des discussions au sein de la communauté
- Comptes rendus de réunion rédigés par l'équipe de projet

Éventail des outils et méthodes utilisés dans les études de cas :

représentation graphique des impacts, chronologie de la prévention, questionnaire et sociogramme, classement des impacts (de l'adhésion au groupe de soutien), entretiens semi-structurés

5. Les impacts perçus et les **expériences existantes dans le suivi des impacts** tel qu'appliqué par les organisations partenaires ont été **discutés en profondeur lors de deux ateliers de travail** auxquels ont participé des partenaires, des consultants TdF et l'équipe de PPLM. Les participants issus d'organisations partenaires ont été choisis parmi la quarantaine d'organisations partenaires de PPLM traitant des questions liées au VIH et sida en Afrique :
 - Les 4 et 5 décembre 2006 : atelier de travail avec des organisations partenaires provenant de pays anglophones (en majorité d'Afrique de l'est et australe). Ce premier atelier de travail était axé sur l'examen des impacts ; en se fondant sur les résultats tirés des études de cas sur le suivi des impacts, des instruments praticables tenant compte des sexospécificités au niveau du projet ont été discutés et des indicateurs qualitatifs pour des actions de projet typiques ont été développés plus en détail, prévention, OEV, traitement, soins et plaidoyer compris.
 - Du 17 au 19 avril 2007 : atelier de travail avec des organisations partenaires provenant de pays francophones (principalement d'Afrique centrale et de l'ouest). Ce second atelier de

travail a complété la procédure de suivi des impacts et identifié des indicateurs quantitatifs et qualitatifs supplémentaires.

6. Des conclusions ont été tirées des études de cas et des ateliers de travail, en prenant en considération les impressions ressenties lors des visites de terrain. Les tendances et les perceptions communes du suivi des impacts concernant les actions relatives au VIH et sida dans les pays africains ont été recueillies dans un résumé.
7. Il a été alors demandé aux organisations partenaires de fournir plus d'informations sur les indicateurs les plus utiles ou ceux difficiles à employer dans le travail dans la section du rapport consacrée (Annexe 3) qui a déjà été remaniée, mais doit encore faire l'objet de tests sur le terrain.

Pays		Kenya			Swaziland		Cameroon			
Organisation partenaire ¹		Kibisom	CISS	JAM	TASC	CSC	ACAFEM	LAP	CIACP	
Domaines d'actions	Prévention, sensibilisation	(x)	x clubs de santé pour jeunes	x	(x)	x églises membres	x écoles et communautés	x PTME	x	
	CTV	x	x		+ travail de proximité + entreprises + formateurs CTV				x	
	Groupes de soutien pour orphelins, veuves, etc.	x veuves mères orphelins		x PVVIH, veuves, orphelins			x orphelins PVVIH/S	x orphelins	x PVVIH/S	
	Traitement									
	Soins (à domicile)	x	x	x	(via des groupes)					
	Plaidoyer	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Divers - Santé (génésique) - Renforcement des capacités - Agriculture durable - Génération de revenus	x x x x	x pharm. x PVVIH (x)	x (eau, sanit.) x (élevage)	(travail de proximité) x (pairs-éduc., leaders, groupes) (x via des groupes)		x (pairs-éducateurs, de quartier compris)		x rural (village)	x Personnes soignantes

¹ Organisations partenaires :

- Kibisom : Kiagasa Breast Feeding Single Mothers Orphaned Children, projet pour l'allaitement maternel, les mères célibataires et les enfants orphelins
- CISS : Community Initiatives Support Services, services de soutien des initiatives communautaires
- JAM : Justice and Mercy, projet pour la justice et la pitié
- TASC : The AIDS Information and Support Centre, centre d'information sur le SIDA et de soutien aux personnes
- CSC : Council of Swaziland Churches, Conseil des Églises du Swaziland
- ACAFEM : Association camerounaise des femmes médecins
- LAP : Life Abundant Programme, programme pour « la vie en abondance »
- CIACP : Community Initiative AIDS Control Program, programme de lutte contre le SIDA sur initiative communautaire

Exemple de système de suivi de projet existant ¹

Centre d'information sur le SIDA et de soutien aux personnes (TASC)	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation fournit des services et formations liés au CTV dispensés à son bureau central, dans des entreprises privées coopérantes et des antennes mobiles (35 communautés touchées par des pairs-éducateurs). - Les groupes cibles comprennent des guérisseurs, infirmières professionnelles, personnes du secteur privé, des milieux ruraux, urbains et semi-urbains, la population active, femmes/jeunes, PVVIH, malades du sida, couples.
Système de suivi et d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Ce système fournit un cadre professionnel pour le suivi et l'évaluation. - Il constitue une approche coordonnée d'établissement de rapports comprenant la collecte de données et leur analyse. - Il permet d'informer sur des actions de projet, de mener des recherches ou d'élaborer des approches/directives.
Collecte de données, réflexion et analyse	<ul style="list-style-type: none"> - Un rapport mensuel est rédigé pour chaque domaine du programme et des discussions sur les activités menées ont lieu tous les mois. - Une synthèse des rapports mensuels est effectuée par un membre de l'équipe et transmise à la direction. - Tous les employés se réunissent chaque année pour réfléchir et planifier leur action. Les conseillers sont débriefés quotidiennement.
Engagement client/partie prenante	<ul style="list-style-type: none"> - Des études de satisfaction des clients sont menées. - Les clients CTV sont régulièrement interrogés pour savoir s'ils sont satisfaits du service. - Les perceptions des autres parties prenantes ne sont pas systématiquement recueillies, mais un retour d'information sur le projet a lieu lors de la présentation des résultats par l'équipe.
Indicateurs sur les extrants et réalisations/ impacts	<ul style="list-style-type: none"> - De nombreux indicateurs quantitatifs et qualitatifs ont déjà été définis et recueillis, les plus importants étant collectés de manière professionnelle dans les rapports annuels. Certains d'entre eux sont comparés avec les données des années précédentes. - Considéré comme un bon indicateur approximatif du changement de comportement sexuel, l'« utilisation de préservatifs » est recueillie par le biais d'un questionnaire client. - Autres indicateurs : par ex. « nombre de personnes testées », « nombre d'IST » et satisfaction des clients (voir ci-dessus). - D'autres indicateurs (complémentaires) pour améliorer le suivi sont discutés au sein de l'équipe.
Données en fonction du sexe et de l'âge	<ul style="list-style-type: none"> - Les informations sur le CTV et les statuts sérologiques sont fournies en fonction de l'âge et du sexe.
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> - Établissement d'une unité organisationnelle chargée du suivi, de l'évaluation et de la recherche. - La compilation des données est confiée à une personne. La collecte des informations fait partie du travail quotidien de tous. - Un budget spécifique est alloué au suivi.

¹ Adopté de l'atelier de travail du « TASC » (Centre d'information sur le SIDA et de soutien aux personnes) du Swaziland. Analyse des impacts d'actions portant sur le VIH et le sida, basée sur des exemples issus du Cameroun, du Kenya et du Swaziland. Réalisée par Beate Holthusen avec le soutien de Martin Awondo, SIRDEP et Nereah Makau, TAABCO. Pain pour le Monde, Allemagne, juin 2006. Rapport, p. 25.

Quelques idées d'indicateurs dans différents domaines d'intervention

Quelques exemples d'indicateurs sont présentés ci-dessous afin d'inciter à une discussion sur ce sujet et l'orienter. Ils sont tirés de discussions en cours et d'informations fournies par des partenaires de PPLM et classés par domaines d'intervention typiquement pris en charge par les organisations partenaires de PPLM.

Quelques indicateurs majeurs de l'UNGASS sont mentionnés : *National Commitment and Action Indicators (indicateurs sur l'engagement et les actions nationaux)* ; *National Programme Indicators (indicateurs sur le programme national)* ; *Knowledge and Behaviour Indicators (indicateurs sur les connaissances et les comportements)* ; *Impact Indicators (indicateurs sur les impacts)* ;

ou *Global Commitment and Action Indicators (indicateurs sur l'engagement et les actions mondiaux)*. Les indicateurs présentés ci-dessous doivent encore faire l'objet d'une discussion et d'essais approfondis et être examinés au vu de contextes spécifiques et des besoins des projets

Pour pouvoir évaluer l'importance des évolutions et des changements observés, par ex. en calculant des pourcentages, il faut définir le dénominateur ou les valeurs de référence (quantités) ainsi que la durée de l'étude : à titre d'exemple, la zone entière couverte par le projet et le nombre total de membres du groupe donné (orphelins, guérisseurs traditionnels, etc.) lors des douze derniers mois.

Changement dans la prévalence du VIH

- Pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH et vivant dans la région/zone d'opération de l'organisation partenaire (→ *UNGASS International Impact Indicator (indicateur sur les impacts internationaux)* : pourcentage de jeunes femmes et hommes, âgés entre 15 et 24 ans, infectés par le VIH)

Prévention / Sensibilisation

- Nombre de femmes et d'hommes touchés par les activités de prévention du VIH l'année passée (par ex. par le biais de tournées de présentation)
- Nombre de filles et garçons ayant reçu une éducation sur le VIH basée sur l'apprentissage aux tâches de la vie pratique à leur école lors de la dernière année scolaire (→ *National Programme Indicator* : pourcentage d'écoles ayant dispensé une éducation basée sur l'apprentissage aux tâches de la vie pratique lors de la dernière année scolaire)
- Pourcentage/nombre de guérisseurs et chefs traditionnels bien informés et intégrant de manière constructive des sujets liés au VIH et sida dans des consultations ou discours publics
- Nombre de changements/modifications dans les pratiques culturelles d'une communauté (comme le mariage lévirat) afin de protéger les femmes et les hommes contre une infection au VIH
- Pourcentage de femmes et d'hommes âgés entre 15 et 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire lors des douze derniers mois (→ *UNGASS Knowledge and Behaviour Indicator*)
- Degré d'information des femmes et des hommes dans le groupe cible sur les questions liées à l'égalité des sexes et/ou aux droits des femmes (*catégories* : pas du tout informé – connaissance partielle – bien informé/sensibilisé)
- Capacité des femmes mariées à parler avec leur mari des rapports sexuels et à négocier l'utilisation de préservatifs (*catégories* : incapable – début de discussion/rare – communication ouverte)
- Pourcentage de femmes et d'hommes âgés entre 15 et 49 ans qui ont été dépistés pour le VIH lors des douze derniers mois et qui en connaissent le résultat (→ *UNGASS National Programme Indicator*)
- Pourcentage de femmes et d'hommes âgés entre 15 et 24 ans qui connaissent bien les moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les idées fausses sur la transmission du VIH (*UNGASS Knowledge and Behaviour Indicator*)
- Pourcentage de jeunes femmes et hommes qui rapportent utiliser un préservatif avec leur partenaire régulier ces derniers temps
- Pourcentage de jeunes femmes et hommes qui ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (→ *UNGASS National Programme Indicator*)
- (Changement dans le) nombre de grossesses précoces au sein d'une communauté/dans la zone de projet lors des douze derniers mois
- Nombre/pourcentage de femmes et d'hommes participant à un programme PTME (→ *UNGASS National Programme Indicator*)
- Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux afin de réduire le risque de transmission mère à enfant lors des douze derniers mois (→ *National Programme Indicator*)

Test, traitement et soins

- Pourcentage de PVVIH/S masculines et féminines à un stade avancé de l'infection et ayant accès à un traitement ARV dans la zone de projet
- Faculté à travailler présentée par les PVVIH masculines et féminines (*catégories* : incapable de travailler – capable d'accomplir certaines tâches ou de travailler à temps partiel – pleinement capable de travailler)
- Aptitude des hommes à soigner une personne malade dans la famille et à assurer l'adhésion au traitement (*catégories* : aucune aptitude – aptitude limitée – aptitude à apporter un soutien complet)
- Pourcentage des clients masculins et féminins et de leur famille à apprécier les services offerts par les agents de santé de la communauté
- Changements dans le nombre d'hommes formés aux soins à domicile (la prochaine étape étant de suivre le nombre d'hommes s'engageant dans les soins à domicile)
- Degré de satisfaction quant aux conseils prodigués dans les services CTV (*catégories* : insatisfait – partiellement – très satisfait)

Soutien aux orphelins et enfants vulnérables (OEV)

- Pourcentage des orphelins et orphelines pris en charge par la famille élargie
- Pourcentage d'enfants chefs de ménage dans la zone de projet
- Nombre/pourcentage d'orphelins et d'orphelines pris en charge dans un milieu familial où ils reçoivent la même quantité de nourriture que les autres enfants du foyer
- Pourcentage d'OEV masculins et féminins recevant une nourriture adaptée (qualité, nombre de repas par jour et quantité)
- Pourcentage d'OEV masculins et féminins fréquentant régulièrement l'école (*Knowledge and Behaviour Indicator* : fréquentation scolaire régulière parmi les orphelins et non-orphelins âgés entre 10 et 14 ans)
- Nombre/pourcentage d'enfants chefs de ménage (CHH) recevant des visites de soutien régulières (par ex. hebdomadaires) par des agents de santé communautaires (CHW) ou des membres de la communauté

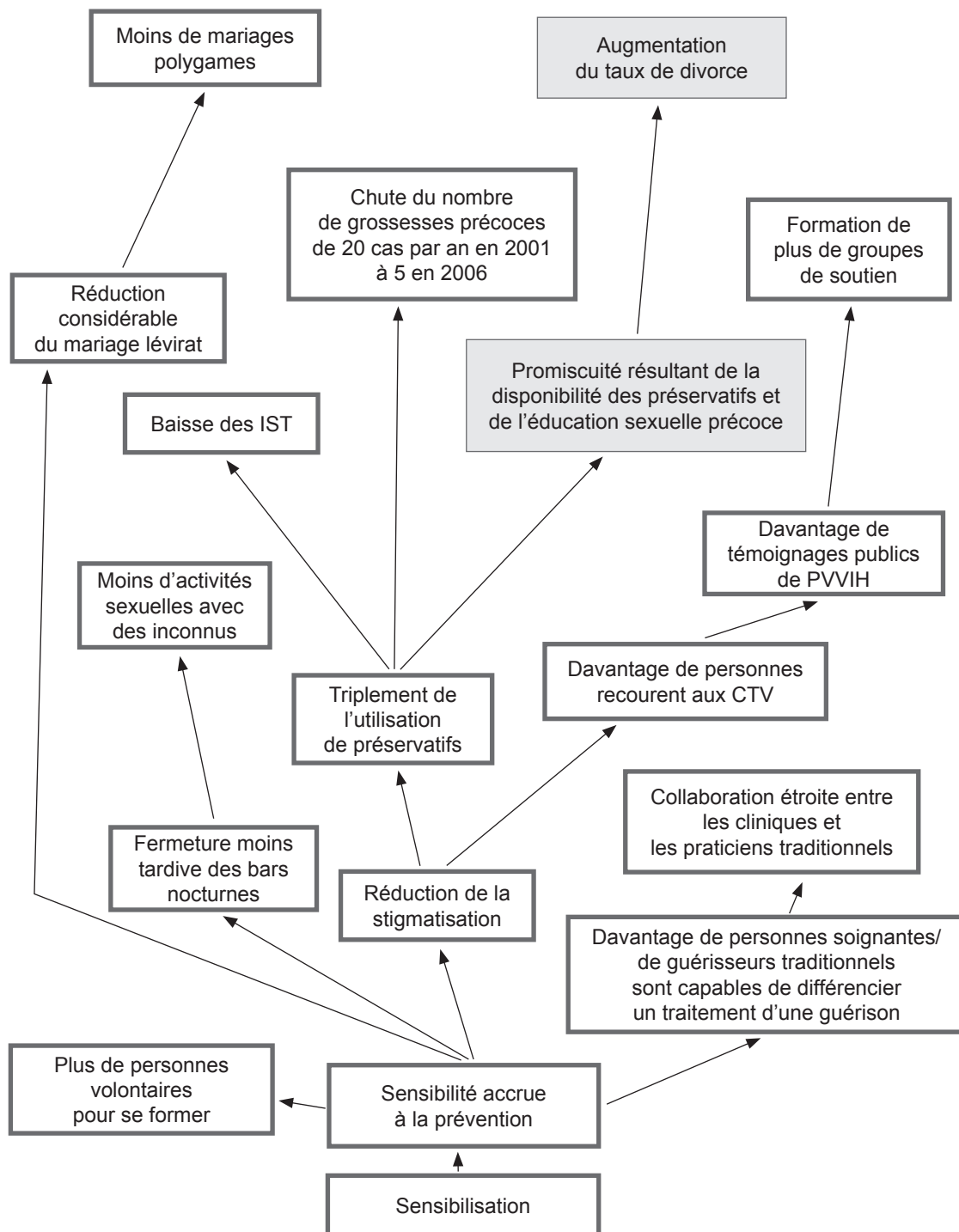
Stigmatisation

- Nombre/pourcentage de couples qui restent ensemble après avoir été dépistés pour le VIH, quel que soit le statut sérologique
- Nombre de femmes, d'hommes, de filles et garçons séropositifs qui divulguent leur état à leur famille
- Pourcentage/nombre de PVVIH masculines et féminines capables de garder leur emploi (d'importance dans un milieu urbain)
- Pourcentage/nombre de PVVIH masculines et féminines acceptées et en mesure de jouer un rôle actif dans un milieu religieux
- Nombre de PVVIH masculines et féminines reconnues comme modèles au sein de leur communauté (pour travailler comme conseiller pair par ex.)
- Pourcentage de communautés possédant des groupes de soutien aux PVVIH actifs ou d'associations fonctionnelles
- Fréquence à laquelle les chefs religieux et de la communauté parlent du VIH et sida d'une manière constructive et en tenant compte des sexospécificités et se montrent eux-mêmes avec des PVVIH en public (*catégories* : jamais – de temps à autre – souvent)
- Nombre de chefs religieux et de communauté qui rendent public leur statut sérologique et rejoignent des groupes de soutien

Plaidoyer

- Augmentation des dépenses de l'État pour la prévention contre le VIH et son traitement lors des douze derniers mois
- Nombre de chefs politiques reconnaissant la vulnérabilité des femmes à être contaminées, les droits légaux de la femme et leur liberté de les exercer (→ intégration des droits dans la législation, politiques et plans de stratégie nationaux)
- Augmentation de la disponibilité des ARV dans la zone de projet lors des douze derniers mois (*catégories* : davantage de centres de traitement, moins de ruptures de stock)
- Degré d'allocation et d'utilisation de ressources humaines et financières au sein de l'organisation même afin de mettre en place des activités de lobby et de plaidoyer, par ex. en faveur de politiques et de stratégies liées au VIH et sida, accès au traitement, etc. (*catégories* : aucune allocation – allocation inférieure à 10% - allocation supérieure à 10%)
- Nombre d'activités de campagne documentées pour les droits des PVVIH (par ex., accès au traitement, non-discrimination sur le lieu de travail, etc.)
- Degré de financement des agents de santé par les communautés (*catégories* : pas du tout – financement limité – entièrement financé)
- Degré de mise en œuvre de directives et de programmes en faveur des PVVIH et de l'égalité homme-femme sur le lieu de travail au sein même de l'organisation (*catégories* : aucune directive existante – directive existante, mais pas mise en œuvre – mise en œuvre partielle – mise en œuvre complète)

Exemple de représentation graphique des impacts (« mapping ») ¹



¹ Représentation graphique des impacts élaborée lors d'un atelier de travail de l'ACAFEM en 2006 au Cameroun. Analyse des impacts d'actions portant sur le VIH et le sida, basée sur des exemples issus du Cameroun, du Kenya et du Swaziland. Rapport élaboré par Beate Holthusen avec le soutien de Martin Awondo, SIRDEP et Nereah Makau, TAABCO. Pain pour le Monde, Allemagne, juin 2006. Rapport, p. 25 et Annexe I : Exemples de diverses représentations graphiques des impacts, p. 41

Exemple de chronologie de la prévention et discussions ¹

Mesures préventives (telles qu'indiquées par le groupe cible)	Application au sein de la communauté (en pourcentage des individus) *			
	Femmes		Hommes	
	2000	2006	2000	2006
Fidélité	0	70	40	80
Pas de partage de lames / d'objets acérés	0	100	0	100
Pas de contact sanguin	0	100	***	***
Dépistage des femmes enceintes	20	100	50	90
Dépistage avant le mariage	0	50	0	60
Abstinence avant le mariage	80	20	40	0
Utilisation de préservatifs	**	80	30	70
Pas de mariage lévirat sans dépistage	0	100	***	***
Éviter de pré-mâcher la nourriture et de la transmettre aux enfants	***	***	80	0
Éviter les baisers avec la langue	***	***	40	0

* Il a été demandé aux participants de citer le nombre de personnes (sur 10) appliquant une mesure dans la communauté ; une trentaine de femmes (adultes) et une trentaine de (jeunes) hommes ont participé à l'atelier de travail.

** Uniquement pour le planning familial

*** Non discuté dans le groupe concerné

Raisons expliquant la baisse de l'abstinence dans les deux groupes :

- Les enfants possèdent une meilleure éducation sexuelle (prodiguée à l'école ; les parents discutent des sujets relatifs au sexe en présence des enfants).
- En raison de la pauvreté, les gens n'ont pas les moyens de construire des habitations spacieuses, si bien que les enfants dorment dans la chambre des parents et assistent à leurs ébats amoureux.

Raisons expliquant l'augmentation de l'application des mesures préventives :

- Sensibilisation par le programme LAP, éducateur en matière de sida dans la communauté, églises, hôpitaux, radio et télévision
- Les nombreux cas de maladie dans le village rendent les gens plus prudents.
- Les nombreux décès dans le village effraient les gens et les forcent à changer de comportement.

Conclusions tirées par les groupes sur les actions à réaliser pour induire davantage de changements positifs

- Continuer à sensibiliser les gens sur le virus
- Continuer à prier pour que Dieu nous sauve
- Prier que les scientifiques trouvent un vaccin
- Augmenter les dépistages avant le mariage
- Enseigner l'abstinence aux élèves d'école primaire

¹ Élaborée en 2006 lors d'un atelier de travail du Life Abundant Programme (LAP) au Cameroun Analyse des impacts d'actions portant sur le VIH et le sida, basée sur des exemples issus du Cameroun, du Kenya et du Swaziland.
Réalisée par Beate Holthusen avec le soutien de Martin Awondo, SIRDEP et Nereah Makau, TAABCO. Pain pour le Monde, Allemagne, juin 2006. Rapport, pp. 10 et Annexe I : Exemples de chronologie de la prévention, p. 49

Exemple d'un sociogramme sur la stigmatisation ¹

Si vous étiez séropositif/séropositive comment réagiraient les membres de la communauté si vous leur révéliez votre état ?	D'accord	Pas d'accord	Sans opinion
Ils supposeraient que j'ai été infidèle à mon partenaire.	16	1	5
Ils médieraient de moi.	20		2
Ils supposeraient que j'ai couché à droite et à gauche.	22		
Ils prieraient pour moi.	1	3	18
Ils me fourniraient des médicaments.	6	14	2
Ils me laisseraient participer aux activités de la communauté, comme avant.	12	4	6
Ils ne m'excluraient pas des groupes sociaux dont je fais partie.	16	2	4
Ils me traiteraient comme avant.	3	19 *	

***Raisons expliquant les réponses données par les participant(e)s :**

- Ils auraient peur d'être infectés.
- Pas tous, mais certains diraient que j'ai attrapé la maladie parce que je me suis mal comporté(e). Ils diraient que j'ai refusé d'écouter les conseils.
- Ils diraient « c'est de sa faute, elle s'en fiche ».
- Ils me suspecteraient de répandre la maladie secrètement.
- Ils penseraient qu'on ne peut plus faire les mêmes choses qu'avant.
- Ils arrêteraient de partager leurs idées et de parler ouvertement avec moi.
- Ils ne seraient plus du tout proches de moi.
- Ils ne feraient plus de plaisanteries. Ils ne seraient plus libres de parler en tant qu'amis. Ils ne parleraient plus de sujets personnels, seulement de généralités.
- Ils me montreraient du doigt quand je passerais devant eux.
- Mes camarades de classe ne me laisseraient plus participer aux activités.
- A l'école, personne ne voudrait s'asseoir à côté de moi.
- J'aurais l'impression qu'ils ne veulent pas de moi.
- Ils feraient des commentaires quand je perdrais du poids.
- Ils ne partageraient plus leurs ustensiles de cuisine avec moi.

¹ Réalisé en 2006 lors d'un atelier de travail de Kibisom (Kiagasa Breast Feeding Single Mothers Orphaned Children) au Kenya. Analyse des impacts d'actions portant sur le VIH et le sida, basée sur des exemples issus du Cameroun, du Kenya et du Swaziland. Réalisée par Beate Holthusen avec le soutien de Martin Awondo, SIRDEP et Nereah Makau, TAABCO. Pain pour le Monde, Allemagne, juin 2006. Rapport, pp. 15-17 et Annexe I : Exemples de sociogrammes sur la stigmatisation, pp. 50-51

Exemple d'un baromètre des impacts de l'adhésion au groupe de soutien ^{1,2,3}

Changements perçus par les membres du groupe depuis leur adhésion		Faux										Entièrement vrai					
		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100					
Je peux vivre de manière positive	Auparavant	7	3														3
	Maintenant						1	1	2	3	2	1					77
J'ai facilement accès au traitement	Auparavant	10															0
	Maintenant						1		1	2	3	3					85
Je prends soin de moi	Auparavant	10															0
	Maintenant								1	2		7					93
Nous nous soutenons les uns les autres	Auparavant	10															0
	Maintenant									2	5	3					91
Je n'ai plus peur, je fais confiance aux médecins	Auparavant	10															0
	Maintenant										1	9					99
Je suis plus fort physiquement maintenant	Auparavant	7	1		1	1											8
	Maintenant		1							2		4	3				81
Je suis encouragé(e)	Auparavant	8	1		1												4
	Maintenant						1		1	3	1	4					85
Je sais quoi manger / connais le régime de	Auparavant	8		1			1										7
	Maintenant						1				1	8					94
Je suis capable de travailler	Auparavant	8					1	1									8
	Maintenant						3				2	5					83
Capable de parler librement du VIH et sida avec les clients	Auparavant	9									1						8
	Maintenant									1	2	2	5				91
Capable de parler librement du VIH et sida dans des réunions publiques	Auparavant	10															0
	Maintenant				1						5	2	2				81
Il y a moins de stigmatisation	Auparavant	7	1		2												3
	Maintenant										2		8				96
Je connais les signes et les symptômes	Auparavant	9				1											4
	Maintenant									1		2	7				88

¹ Il a été demandé aux dix participants d'exprimer leur opinion sur chaque déclaration à l'aide d'une échelle « barométrique » graduée de 0 à 100 (de faux/pas du tout vrai à entièrement vrai)

² Les chiffres absolus dans les cellules grisées correspondent au total des réponses données dans la catégorie concernée.

Les pourcentages dans la colonne de droite représentent des moyennes pondérées ; celles-ci sont calculées en multipliant le nombre de réponses par la catégorie donnée (degré sur le baromètre), puis en additionnant les catégories et divisant le tout par le nombre total des réponses ; par ex., deux réponses x catégorie 20 (= 40) + deux réponses x catégorie 30 (= 60) totalisant 100 divisé par un total de quatre réponses donne une moyenne pondérée de 25 % dans la ligne concernée

³ Réalisé lors d'un atelier de travail au CISS (Community Initiatives Support Services) au Kenya. Analyse des impacts d'actions portant sur le VIH et le sida, basée sur des exemples issus du Cameroun, du Kenya et du Swaziland. Réalisée par Beate Holthusen avec le soutien de Martin Awondo, SIRDEP et Nereah Makau, TAABCO. Pain pour le Monde, Allemagne, juin 2006. Rapport, p. 17 et Annexe I : Exemples de diverses représentations graphiques des impacts, pp. 55-56

**Exemple de classement des impacts de l'adhésion au groupe de soutien
(« ranking »)**

Qu'est-ce qui a changé depuis votre adhésion au groupe ?	Classement ^{1, 2, 3} Voix cumulées des participant(e)s
Le groupe aide à s'occuper de divers clients, si bien qu'on devient plus équilibré émotionnellement.	13
Quand nous ne réussissons pas à fournir de la nourriture aux clients, nous prenons cela comme un défi.	11
Nous éduquons les enfants à propos de la violence. Ils jouent un jeu à ce sujet.	8
Les personnes séropositives peuvent dévoiler leur état dans ce groupe et rester votre frère ou votre sœur.	6
Nous recevons un soutien du TASC (éducation, AGR, liens vers d'autres institutions).	6
Nous collectons des ARV pour les clients qui ne peuvent pas le faire eux-mêmes.	3
L'attitude de la communauté a changé, notre présence est maintenant appréciée.	3
Nous connaissons notre statut à présent.	1
Nous éduquons la communauté et le comportement change.	1
Nous avons reçu une formation en couture.	1
Nous savons comment conseiller une personne séropositive.	1
Nous sommes capables de prendre la parole en public, nous avons gagné en confiance.	
Nous apprenons les uns des autres car nous possédons des compétences différentes.	
Nous sommes devenu(e)s plus autonomes avec notre jardin.	
Nous sommes des modèles pour d'autres communautés qui nous invitent.	

¹ Les chiffres correspondent à la somme des voix données par toutes les participantes. Au total, 18 femmes ont participé au classement.

Chaque participante avait trois voix qui pouvaient toutes être attribuées à une seule déclaration.

² Le terme « client » est utilisé pour des personnes participant ou utilisant les services de CTV.

³ Adopté de l'atelier de travail du « TASC » (Centre d'information sur le SIDA et de soutien aux personnes) du Swaziland. Analyse des impacts d'actions portant sur le VIH et le sida, basée sur des exemples issus du Cameroun, du Kenya et du Swaziland. Réalisée par Beate Holthusen avec le soutien de Martin Awondo, SIRDEP et Nereah Makau, TAABCO. Pain pour le Monde, Allemagne, juin 2006. P. 25, Rapport et Annexe I : Résultats des discussions de groupe sur le classement d'impacts, p. 61

Références

Groupe de travail de la société civile pour 2006. Réunion de haut niveau sur le VIH/sida. Rapport commandé par le Groupe de travail de la société civile 2006, réalisé avec le soutien de la Campagne mondiale contre le sida et financé par l'ONUSIDA.

Cross-sectoral project study on HIV/AIDS and gender in South Africa. [Étude de projet intersectorielle sur le VIH/sida et les sexospécificités en Afrique du Sud]. Réalisée par Sonja Weinreich et Kebogile Mokwena. Pain pour le Monde, Allemagne, juin 2003.

VIH et sida en Afrique : une épidémie qui touche les femmes – des réponses qui s'adressent uniquement aux femmes ? Présentation des facteurs sexospécifiques qui caractérisent le VIH et sida en Afrique et d'exemples de bonne pratique mis en œuvre par les organisations partenaires de Pain pour le Monde. Astrid Berner-Rodoreda, juillet 2008.

Le suivi des impacts du VIH et sida. Évaluation des impacts actuels et suivi des actions en Afrique. Rapport de l'atelier réunissant des organisations partenaires et des consultants en transfert de fonctions. Evangelische Diakonissenanstalt Stuttgart, Allemagne, 4 - 6 décembre 2006. Pain pour le Monde.

Analyse des impacts d'actions portant sur le VIH et le sida, basée sur des exemples issus du Cameroun, du Kenya et du Swaziland. Réalisée par Beate Holthusen avec le soutien de Martin Awondo, SIRDEP et Nereah Makau, TAABCO. Pain pour le Monde, Allemagne, juin 2006.

Impact des interventions dans le domaine du VIH et sida. Analyse des interventions soutenues par Pain pour le Monde (PPLM) en Afrique. Rapport de l'atelier réunissant des organisations partenaires et des consultants en transfert de fonctions. Evangelische Diakonissenanstalt, Stuttgart, Allemagne. 17 - 19 avril 2007. Pain Pour le Monde.

Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on Construction of Core Indicators. [Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH et sida : recommandations sur la définition d'indicateurs clés] ONUSIDA 2005/2007/2008.

Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on Construction of Core Indicators. [Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida : recommandations sur la définition d'indicateurs clés] Rapports 2010. UNGASS sur le VIH/sida. ONUSIDA 2009.

Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Résultats et responsabilité mutuelle. Paris, 2005. OCDE.

Pratiques plus sûres, antirétroviraux disponibles, conseils et tests volontaires, indépendance économique par l'éducation (stratégie SAVE). <http://www.inerela.org/>

UNGASS AIDS FORUM. Monitoring UNGASS-AIDS Goals on women's sexual and reproductive health. Comparative Report by Wilza Viera Villela and Allesandro Nilo. [Le suivi des objectifs de l'UNGASS-SIDA relatifs à la santé sexuelle et reproductive des femmes. Rapport comparatif élaboré par Wilza Viera Villela et Allesandro Nilo.] 2008

Liste des abréviations

AGR	Activité génératrice de revenus
ANERELA	Réseau africain de responsables religieux vivant avec ou personnellement affectés par le VIH et le sida – nom changé en INERELA : Réseau international... (http://www.inerela.org/)
ARV	Traitement antirétroviral
CCC	Communications pour le changement de comportement
CHW	Community Health Worker, agent de santé communautaire
CSP	Centres de santé primaires
CTV	Conseils et test/dépistage volontaire
CVS	Comité villageois de santé
IST	Infection sexuellement transmissible
MGF	Mutilation génitale féminine
Numération des CD4	Mesure du nombre de cellules T auxiliaires par millimètre cube de sang, servant à établir le pronostic des patients infectés par le VIH : lors d'une infection VIH, le compte total des CD4 diminue alors que l'infection progresse
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
PPLM	Pain pour le Monde (BfdW - Brot für die Welt)
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
S+E	Suivi et évaluation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Thérapie antirétrovirale
TdF	Transfert de fonction
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Mentions légales

Édité par BROT FÜR DIE WELT (Pain pour le Monde)

Suivi des impacts des actions relatives au VIH et sida
Résumé des expériences et des constatations préliminaires
de BfdW (PPLM – Pain pour le Monde) et de ses organisations
partenaires à des fins de discussion

**FAKT Consultation pour management,
formations et technologies**

Hackländerstr. 33 | 70184 Stuttgart | Allemagne
www.fakt-consult.de

BROT FÜR DIE WELT (Pain pour le Monde)/ Diakonisches Werk der EKD e. V.

Stafflenbergstraße 76 | 70184 Stuttgart | Allemagne
www.brot-fuer-die-welt.de

Stuttgart, mars 2010