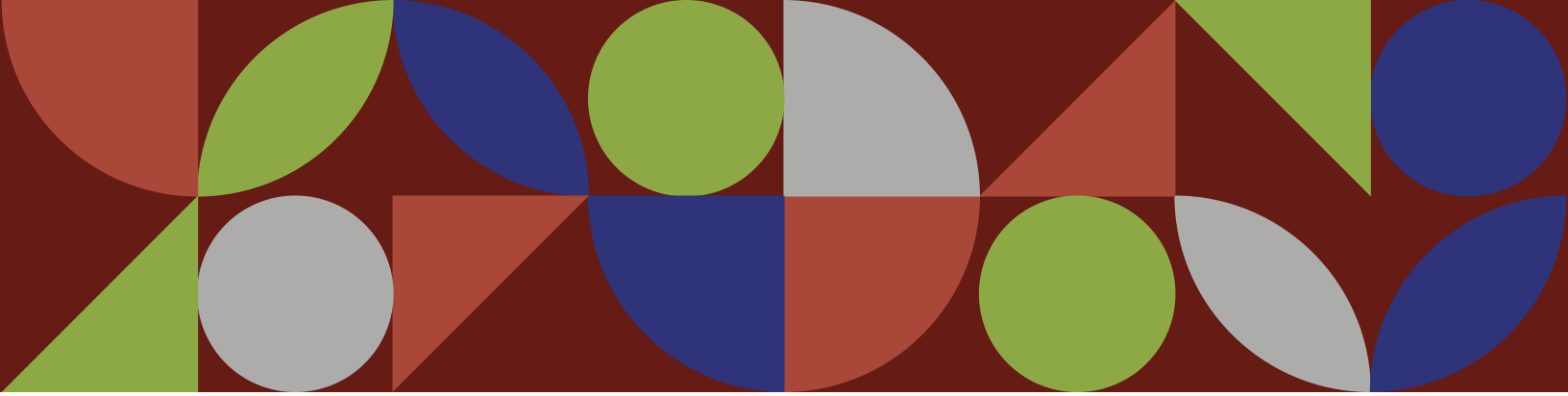


CONCEPTS DE LA SURVEILLANCE DIRIGÉE PAR LA
COMMUNAUTÉ (CLM) :

LEVIERS POUR RENFORCER L'INTÉGRATION AU SEIN DU CLM



CONTENU

00

Acronymes 2

01

Introduction 3

1.1 À propos de cette ressource..... 3

1.2 Cibles et applications proposées..... 3

02

Définitions Clés 4

2.1 Concepts clés de la Surveillance Dirigée par la Communauté..... 4

2.2 Valeurs, principes et pratiques non négociables. 4

2.3 Définitions 5

2.4 Compromis, avantages et considérations supplémentaires..... 6

03

Types d'intégration 11

3.1 Intégration entre plusieurs programmes de CLM autonomes 12

3.2 Intégration de thématiques supplémentaires dans les activités de suivi et de plaidoyer d'un programme de CLM..... 15

3.3 Intégration des activités de CLM dans les systèmes nationaux d'assurance/ amélioration de la qualité..... 18

04

Explorer des Thèmes et Questions Directeurs 27

4.1 Stratégies et principes pour les responsables de la mise en œuvre du CLM..... 28

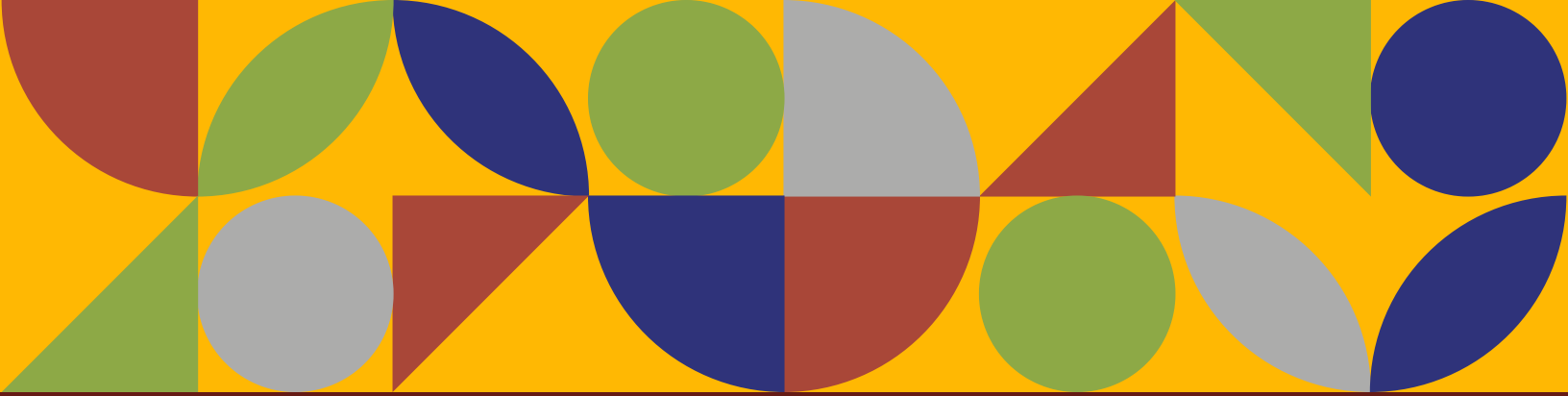
4.2 Stratégies pour les bailleurs de fonds..... 28

05

Conclusions and recommandations 29

06

Ressources et lectures complémentaires 31



ACRONYMES

AGYW	Adolescentes et jeunes femmes
C19RM	Mécanisme de riposte à la COVID-19
CLM	Community-Led Monitoring / Surveillance Dirigée par la Communauté
COPPER	Communautés dans la préparation et la réponse aux pandémies
CRG	Communautés, droits et genre (Fonds mondial)
CSS	Renforcement des systèmes communautaires
DHIS2	Système d'Information Sanitaire de District 2
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
KVP	Populations clés et vulnérables
MS	Ministère de la Santé
PEP	Prophylaxie post-exposition
PEPFAR	Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PMTCT	Prévention de la transmission mère-enfant
POART	Équipe de supervision et de redevabilité de PEPFAR
PPR	Préparation et réponse aux pandémies
RP	Réципиентаire principal
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
RSSH	Systèmes de santé résilients et durables
SR	Sous-réципиентаire
TB	Tuberculose
US	Etats-Unis
VMMC	Circoncision masculine médicale volontaire

01. INTRODUCTION

1.1 À propos de cette ressource

La Surveillance Dirigée par la Communauté (CLM) est un mécanisme de redevabilité visant à identifier les obstacles à l'accès aux soins, à transformer les données communautaires en demandes de plaidoyer, et à engager le dialogue avec les détenteurs d'obligations — pouvoirs publics, bailleurs et acteurs du système de santé — pour y remédier.

Le modèle CLM a été conçu il y a plusieurs décennies et demeure un pilier du plaidoyer communautaire dans la riposte au VIH, à la tuberculose (TB) et au paludisme. Dans sa configuration actuelle, il est devenu, en 2018, une priorité stratégique des bailleurs lorsque le PEPFAR — le programme bilatéral des États-Unis dédié au VIH — a commencé à le financer et a exigé de l'ensemble de ses pays partenaires la mise en place d'un programme de CLM. Cette orientation a entraîné une expansion rapide des programmes de CLM à l'échelle mondiale et l'adaptation de l'approche à divers contextes. Peu après l'adoption du modèle par le PEPFAR, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme s'est à son tour engagé à financer le CLM, qui est aujourd'hui opérationnel dans plus de la moitié des pays qu'il appuie.

Le modèle de CLM comporte une phase de collecte de données, une phase de réflexion et d'analyse, l'élaboration de recommandations opérationnelles fondées sur les données, ainsi que des actions de plaidoyer ciblées^[1]. Dans tous les contextes, les gouvernements, les metteurs en œuvre de programmes et les bailleurs sont des cibles centrales du plaidoyer, avec un engagement direct qui se déroule généralement au niveau des établissements publics, au niveau du district et/ou provincial, ainsi qu'au niveau national. Le cas échéant, les programmes de CLM engagent également un dialogue au niveau international avec des bailleurs bilatéraux et multilatéraux. Dès lors, établir des relations entre les défenseur·e·s communautaires qui mettent en œuvre le CLM et les parties prenantes gouvernementales et bailleurs est crucial, et définir des voies et des

stratégies d'engagement constitue un préalable indispensable à un CLM à fort impact.

En 2025, le gouvernement des États-Unis a pris des mesures entraînant un désengagement rapide du financement de ses programmes bilatéraux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. À ce jour, la plupart des contrats du PEPFAR liés au CLM ont été résiliés, laissant ces programmes sans financement ou dans une incertitude financière. En parallèle, le Fonds mondial, confronté à un contexte difficile de mobilisation des ressources, a suspendu et rehiérarchisé certaines activités subventionnées. Bien que ses orientations recommandent explicitement aux pays de protéger les budgets du CLM lors de ces réajustements, elles insistent également sur la nécessité de programmes à composantes multiples mieux intégrés.

Dans ce contexte, il est urgent d'adopter une approche fondée sur des principes pour l'engagement des bailleurs et des modalités d'intégration, afin d'assurer la pérennité et la continuité des financements tout en préservant les principes fondamentaux du modèle CLM. Désormais bien défini et opérationnel dans la majorité des pays soutenus par le Fonds mondial, ce modèle offre une opportunité majeure : le mobiliser comme réponse au monde en polycrise, développer des pratiques durables et à fort impact de plaidoyer multi-acteurs, et faire des programmes de CLM une stratégie de renforcement du pouvoir d'agir et de l'appropriation par les communautés.

1.2 Cibles et applications proposées

Ce guide se veut une ressource pour les responsables de la mise en œuvre de programmes de CLM, nouveaux ou existants, ainsi que pour les partenaires et bailleurs du CLM souhaitant comprendre les différents types d'intégration et leur applicabilité selon divers contextes et besoins. Plus précisément, trois types d'intégration seront abordés : l'intégration de plusieurs programmes de CLM, l'intégration de thématiques au sein de programmes de CLM existants, et l'intégration du CLM dans les systèmes nationaux d'assurance/amélioration de la qualité.

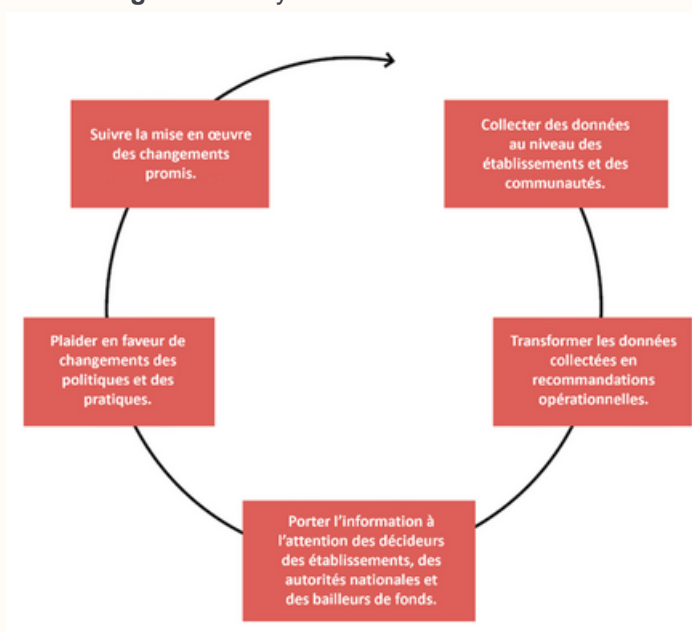
02. DÉFINITIONS CLÉS

2.1 Concepts clés de la Surveillance Dirigée par la Communauté

La surveillance dirigée par la communauté est une approche de redevabilité sociale dans laquelle des organisations dirigées par la communauté mènent un suivi indépendant et des actions de plaidoyer autour de l'accès et de la qualité des services (Fig. 1). Bien que l'approche soit adaptée au contexte de chaque pays, le modèle de CLM suit un processus cyclique comprenant:

- Collecte de données sur des thèmes prioritaires, généralement la prestation des services de santé
- Analyse de ces données par les communautés
- Construction d'un consensus sur les priorités et les solutions proposées
- Conduite d'actions de plaidoyer auprès des parties prenantes clés
- Suivi pour vérifier si les changements proposés sont mis en œuvre et se traduisent par des améliorations

Figure 1. Le cycle du CLM ^[2]



2.2 Valeurs, principes et pratiques non négociables

Les approches du CLM sont diverses, car les stratégies de mise en œuvre et de plaidoyer sont adaptées par les communautés et la société civile afin de maximiser l'impact dans des contextes différents. Toutefois, un ensemble de principes unificateurs fondamentaux distingue le CLM d'autres stratégies^{[3][4]} de suivi et de redevabilité. Selon ces principes, les programmes de CLM doivent:

- **Être dirigés** par les communautés directement concernées, y compris les personnes vivant avec le VIH, la tuberculose et/ou le paludisme ainsi que les populations clés
- **Maintenir** un leadership local et une indépendance, en se prémunissant contre toute ingérence programmatique d'autres acteurs, notamment les bailleurs, les gouvernements nationaux et les autres systèmes de suivi-évaluation ;
- **Appartenir** aux communautés à chaque étape, y compris pour l'identification des enjeux prioritaires, la définition des indicateurs, l'établissement de canaux de communication privilégiés avec les partenaires, et les décisions sur l'hébergement et l'utilisation des données
- **Inclure** des activités de plaidoyer visant à générer la volonté politique et à faire progresser l'équité, compte tenu de la fonction fondamentale du CLM en tant qu'outil de redevabilité sociale ;
- **Respecter** l'éthique de la collecte des données, le consentement, la confidentialité et la sécurité des données. La collecte doit être vérifiable, fiable, effectuée de manière routinière/continue et conduite selon le principe « ne pas nuire » ;
- **Garantir que** les données appartiennent aux communautés, en donnant aux programmes le pouvoir de partager publiquement, à leur discrétion, les données du CLM. Les

^[2] ONUSIDA. Mettre en place une surveillance dirigée par la communauté des services VIH : principes et processus. 2021. Disponible à l'adresse : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf

^[3] Community-Led Accountability Working Group (CLAW). *Surveillance dirigée par la communauté : meilleures pratiques pour renforcer le modèle* (titre traduit). Décembre 2022

^[4] Rambau N, Policar S, Sharp AR, Lankiewicz E, Nsubuga A, et al. Power, data and social accountability: defining a community-led monitoring model for strengthened health service delivery. J Int AIDS Soc. 2024 Nov;27(11):e26374.

programmes de CLM ne doivent pas être amenés à recollecter, remplacer ou dupliquer des données de suivi-évaluation provenant de systèmes existants ;

- **Veiller** à ce que les moniteurs communautaires soient représentatifs des usagers des services, et qu'ils soient formés, accompagnés et correctement rémunérés pour leur travail, tout en préservant l'indépendance de la communauté vis-à-vis du bailleur ;
- **Être coordonnés par** une structure centrale, appartenant à la communauté, capable de gérer les composantes programmatiques, financières et de ressources humaines du programme.

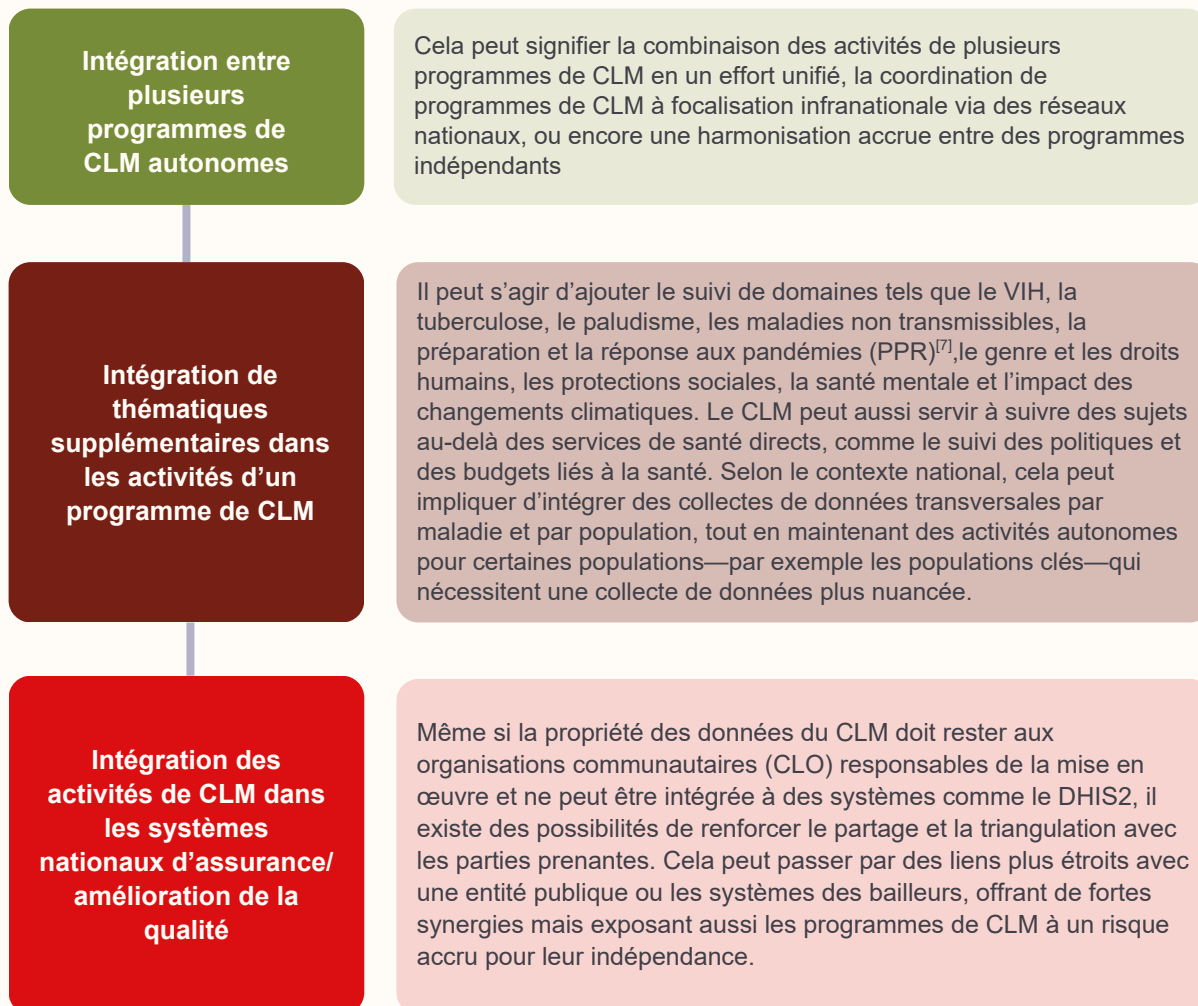
Les éléments probants issus des programmes de CLM dans le monde indiquent que plusieurs pratiques sont associées à une mise en œuvre^[5] plus robuste et à plus fort impact. Elles sont décrites ci-dessous:

Ce qui fonctionne bien	À ne pas faire
• Collecter des données complémentaires à d'autres sources • Collecter des données qui expliquent pourquoi un problème survient dans le système, plutôt que de se contenter de le décrire	• Collecter exactement les mêmes données que les bailleurs ou les gouvernements • Exclure des priorités ou des communautés parce qu'elles ne correspondent pas à celles du gouvernement ou d'autres parties prenantes
• Renforcer les capacités afin que toutes les parties prenantes partagent une compréhension commune des rôles et objectifs du CLM • Mener des actions de plaidoyer et d'engagement avec les parties prenantes, y compris le gouvernement, jusqu'à obtenir l'adhésion aux principes et à l'efficacité du CLM	• Laisser des acteurs non communautaires définir unilatéralement le rôle du CLM dans le système de santé • Permettre à des personnes extérieures à la communauté d'assumer des rôles qui reviennent à la communauté
• Se coordonner avec d'autres programmes de CLM pour identifier des synergies dans les priorités et les stratégies de plaidoyer	• Utiliser des outils identiques à ceux d'autres projets de CLM malgré des priorités différentes (p. ex., employer un questionnaire destiné aux personnes vivant avec le VIH—PVVIH—dans un programme de CLM spécifique aux travailleuses et travailleurs du sexe
• Aligner les indicateurs du CLM sur les politiques lorsque l'enjeu est d'en assurer la mise en œuvre appropriée	• Aligner les indicateurs du CLM sur des politiques lorsque le problème tient à la politique elle-même, et non à sa mise en œuvre

2.3 Définitions

La Surveillance Dirigée par la Communauté (CLM) est un outil visant à convaincre les gouvernements, les bailleurs et autres dépositaires d'obligations d'agir sur les recommandations des communautés pour améliorer la qualité des services de santé. Historiquement, le modèle de CLM est issu de la riposte au VIH ; on trouve des exemples de plaidoyer fondés sur des données recueillies par les communautés dès les années 1970^[6].

L'intégration est une stratégie potentielle pour créer des voies solides permettant aux programmes de CLM de collaborer avec d'autres secteurs et partenaires. L'intégration peut générer de l'impact, tout en comportant des risques qui doivent être soigneusement évalués. Dans la mesure du possible, ce document inclut des exemples concrets de ces stratégies mises en pratique. De manière générale, l'intégration renvoie à l'harmonisation, la coordination et l'ancrage de certains processus au sein d'un ensemble unifié. Dans le contexte du CLM, trois types d'intégration sont examinés :



2.4 Compromis, avantages et considérations supplémentaires

Avantages potentiels de l'intégration

La conception de stratégies appropriées pour élargir la portée, renforcer les partenariats et intégrer les programmes de CLM, peut être extrêmement bénéfique pour ces programmes, notamment en :

^[7] Organisation mondiale de la Santé (OMS). Un cadre pour le suivi des progrès mondiaux en matière de préparation aux pandémies respiratoires. 21 février 2025. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094246>

Accroissant la durabilité du CLM:

Des programmes de CLM fragmentés peuvent gagner en pérennité en s'intégrant dans un cadre unifié ou dans des programmes plus larges. Cette consolidation réduit le nombre de partenaires de mise en œuvre et favorise la collaboration entre parties prenantes, leur permettant de co-construire un modèle cohérent de collecte de données.

Réduisant les doublons:

Un CLM intégré peut minimiser le chevauchement des personnes sollicitées par plusieurs initiatives. En veillant à ce que les outils de collecte incluent des questions pertinentes pour toutes les communautés cibles, les programmes intégrés fluidifient l'engagement. Une répartition claire des responsabilités de collecte entre les principaux metteurs en œuvre, selon les régions et les populations, réduit encore la redondance. Cette approche permet aussi une interpellation coordonnée des dépositaires d'obligations, afin que les recommandations du CLM soient présentées de manière synchronisée.

Mobilisant le CLM pour agir sur des champs de santé plus vastes:

Des programmes intégrés de CLM peuvent recueillir des données transversales couvrant des secteurs de santé qui se recoupent. Par exemple, une initiative axée sur les personnes qui consomment des drogues peut intégrer des questions relatives au travail du sexe, à la criminalisation, ainsi qu'aux expériences des HSH et des personnes transgenres, rendant visibles les interconnexions entre ces enjeux.

Autonomisant d'autres secteurs:

By broadening the scope of information gathered, integrated CLM programs can provide insights into experiences across various sectors. For example, a CLM initiative examining health service provision could assess the impact of climate change on healthcare access or analyze how budget allocations by Ministries of Finance influence health outcomes.

Renforçant l'impact du plaidoyer:

En définissant des trajectoires, des mécanismes, des stratégies de communication et des outils d'information clairs, les acteurs communautaires peuvent convaincre plus efficacement les dépositaires d'obligations d'agir. Des efforts de plaidoyer ciblés améliorent sensiblement la probabilité d'atteindre les résultats visés.

Gérant les conflits d'intérêts liés au financement :

Dans les programmes de CLM soutenus par le Fonds mondial, les financements transitent généralement par un Bénéficiaire principal (BP) et peuvent impliquer des sous-récipients (SR). À mesure que le soutien des bailleurs diminue pour des programmes financés de manière bilatérale, des gouvernements ou des bailleurs non traditionnels peuvent prendre le relais, souvent sans expérience préalable du modèle de CLM. Pour naviguer ce paysage, les programmes de CLM et leurs bailleurs doivent établir des garde-fous permettant un regard des bailleurs tout en préservant l'autonomie du programme sur ses activités et ses données.

Compromis liés à l'intégration

Bien que l'intégration accrue présente des avantages importants, elle comporte aussi des risques significatifs, notamment :



- **Réduction de la spécialisation** : l'une des forces clés du CLM réside dans le leadership des communautés les plus touchées par des maladies ou conditions spécifiques. Ces communautés développent une expertise technique pour formuler des messages de plaidoyer probants, fondés sur des données, et dialoguer avec les décideurs. Élargir le cadre du CLM à d'autres maladies ou thématiques peut diluer ce savoir spécialisé, contraignant les experts communautaires à élargir leur champ au détriment de la profondeur. Ce glissement peut affaiblir le sentiment d'identité du programme de CLM.
- **Réduction de la flexibilité** : l'alignement des programmes de CLM sur les calendriers et processus d'autres parties prenantes peut réduire la marge de manœuvre des metteurs en œuvre. Cela peut freiner la capacité à répondre rapidement aux défis émergents ou à adapter la collecte de données pour mieux refléter les besoins communautaires et le contexte local
- ▲ **Allongement des questionnaires**: l'intégration de nouvelles maladies ou thématiques exige l'ajout de questions dans les outils de collecte. Les programmes de CLM se retrouvent alors face à un dilemme : soit élargir les outils, alourdissant la charge pour les collecteurs, les patients et les cliniciens ; soit déprioriser des questions existantes, au risque d'affaiblir la robustesse des données recueillies.
- **Bureaucratie accrue** : l'élargissement du champ de la collecte requiert un leadership plus large incluant les communautés touchées par les nouvelles thématiques. Cette inclusion peut conduire à des équipes de gouvernance plus importantes, avec davantage de lourdeurs administratives, d'enjeux politiques et de complexités de gestion.
- **Risques pour la sécurité**: les programmes de CLM—en particulier sur le VIH—se concentrent souvent sur des populations clés et vulnérables. Dans des contextes de criminalisation, de stigmatisation et d'oppression juridique, la sécurité des metteurs en œuvre est primordiale. Toute collaboration avec des partenaires externes doit être abordée avec prudence, en priorisant la sécurité et l'indépendance du programme..
- ▶ **Érosion du leadership communautaire** : Si la collaboration avec les acteurs gouvernementaux peut renforcer le plaidoyer, elle peut aussi fragiliser l'indépendance du modèle CLM. L'implication de représentants gouvernementaux dans les processus décisionnels peut exposer le programme à des conflits d'intérêts (CI) et diluer le leadership communautaire, pourtant essentiel au maintien de l'intégrité des initiatives de CLM

Gestion des conflits d'intérêts (CI) dans les programmes de CLM

Les programmes de CLM sont exposés à plusieurs formes de conflits d'intérêts (CI)^[8]—réels, potentiels ou perçus. Le CLM est vulnérable aux CI dans les flux de financement, lorsque les fonds des bailleurs transitent par un intermédiaire financier qui fait lui-même l'objet du suivi et du plaidoyer.

Le CLM est aussi vulnérable aux CI liés à la sélection des metteurs en œuvre du CLM qui sont également responsables de programmes faisant l'objet du suivi. Enfin, des CI peuvent survenir lorsque la conception du programme intègre entièrement les activités du CLM dans les structures gouvernementales et que le programme est perçu comme une fonction de suivi-évaluation (S&E).

Une stratégie pour minimiser les CI consiste à définir clairement les rôles que chaque partie prenante peut, est autorisée à, et ne peut pas jouer dans le cycle du CLM. S'agissant des acteurs gouvernementaux, ils ne peuvent pas siéger dans les instances de gouvernance du programme de CLM, ni participer à l'hébergement ou à la propriété des données.

Ils devraient en revanche faciliter l'accès du programme de CLM aux établissements de santé publics et participer aux réunions de restitution. La compréhension de ces « à faire » et « à ne pas faire » est essentielle pour établir des structures, rôles et normes qui préviennent les types de CI susceptibles de compromettre l'impact et l'intégrité du CLM.

^[8] Community-Led Accountability Working Group (CLAW). *Conflits d'intérêts dans les programmes de surveillance dirigée par la communauté (CLM)*. Février 2022.

Considérations prioritaires pour les communautés

Lorsqu'elles envisagent l'intégration du CLM dans un pays, les communautés devraient prendre en compte les éléments suivants :

Protéger l'indépendance du programme de CLM

Le succès du CLM tient au fait qu'il est structuré comme une initiative dirigée par la communauté, avec un leadership communautaire à chaque étape, de la collecte de données au plaidoyer. Les communautés devraient évaluer sérieusement si l'intégration risque de compromettre l'intégrité de cette structure et, si c'est le cas, renoncer à l'intégration.

Mettre en balance la « valeur pour l'argent » et la qualité de la mise en œuvre du CLM

Au moment d'examiner des options d'intégration, les communautés devraient veiller à ce que toute proposition d'économies soit évaluée en regard de la capacité à maintenir des programmes de CLM de qualité. Étant donné l'investissement important consenti par les usagers et les communautés qui mettent en œuvre le CLM, il est essentiel de préserver les standards du CLM pour en garantir la valeur dans la durée.

Politiques nationales permettant l'intégration

Un CLM intégré aux structures gouvernementales sans objectifs, rôles et principes clairs et partagés n'aura pas de chances de réussir. Les communautés qui mettent en œuvre le CLM et les gouvernements doivent s'assurer de l'existence de politiques définissant les rôles de chacun et rendant ces rôles réellement applicables, en particulier lorsque le gouvernement finance le CLM.

Contexte juridique

Lorsque l'intégration du CLM intervient dans des contextes où des lois criminalisent encore les metteurs en œuvre du CLM, il convient d'explorer d'autres sources de financement afin de garantir la sécurité des données communautaires et la conduite efficace du CLM sans crainte.

L'intégration ne doit pas se faire au détriment de la visibilité des populations clés et marginalisées. Si l'alignement des cadres de collecte de données peut renforcer l'efficacité globale du système, il est crucial que les gouvernements incluent les données de toutes les communautés à risque, y compris les populations clés, pour assurer une planification juste et un contrôle épidémique effectif. Dans de nombreux contextes, les données sur les populations clés et vulnérables (PCV) restent absentes ou reléguées au second plan—surtout aux niveaux infranationaux où la stigmatisation est souvent plus forte et l'accès plus facilement entravé. Les gouvernements, en particulier au niveau national, jouent un rôle déterminant pour permettre une collecte de données sûre et inclusive, en imposant la coopération à tous les niveaux du système et en s'engageant à protéger l'indépendance et l'intégrité des initiatives de données dirigées par les PCV. Les efforts d'intégration doivent explicitement inclure les communautés marginalisées, et non les invisibiliser ou les écarter—aucun pays ne peut parvenir au contrôle de l'épidémie sans des données qui reflètent pleinement celles et ceux qui sont le plus touchés.

Cartographier le leadership communautaire

En cas d'intégration, quelles organisations communautaires sont les mieux placées pour mettre en œuvre le CLM ? Une analyse du contexte national est essentielle. Dans certains pays, de grands réseaux ont la capacité de couvrir des zones étendues ; toutefois, ces réseaux et organisations doivent être examinés pour s'assurer qu'ils représentent véritablement les voix communautaires et bénéficient d'un fort soutien des communautés. La taille et la couverture géographique, bien qu'importantes, ne doivent pas être les seuls critères. Dans certains cas, une collecte de données plus fine exigera de petites équipes spécialisées (par ex. collecte auprès de populations clés).



Lorsqu'une intégration immédiate et complète n'est pas possible, les programmes de CLM peuvent envisager les voies suivantes vers l'intégration :

1- Améliorer la coordination comme tremplin vers l'intégration

Dans le contexte du CLM, la **coordination** renvoie aux tactiques et stratégies permettant de mieux planifier et organiser les activités du programme afin de les aligner sur les processus, calendriers et cadres d'autres programmes de CLM, d'autres partenaires et des dépositaires d'obligations.

Entre metteurs en œuvre, la coordination peut notamment consister à séparer les zones de collecte de données tout en intégrant la collecte entre différentes maladies pour éliminer les doublons, ainsi qu'à harmoniser les périodes de collecte pour éviter de sursolliciter les populations ciblées et faire ressortir à la fois les lacunes et les réussites collectives dans les données destinées au plaidoyer.

Les acteurs publics avec lesquels les programmes de CLM interagissent fonctionnent souvent comme des bureaucraties complexes, avec des calendriers fixes, des plans annuels et des protocoles juridiques rigides. Bien que les programmes de CLM n'aient pas l'obligation d'adhérer à ces protocoles dans leur propre travail, le fait de les comprendre et d'en tirer parti peut accroître considérablement l'impact des activités de plaidoyer. En pratique, progresser vers l'intégration par une meilleure coordination revient à renforcer la communication, l'alignement et l'engagement avec les partenaires gouvernementaux et autres dépositaires d'obligations

2- Utiliser l'harmonisation comme voie d'intégration

L'**harmonisation** désigne l'alignement des processus, politiques et objectifs entre acteurs, de manière à rendre leurs résultats complémentaires. Pour les metteurs en œuvre du CLM, cela peut passer par l'adoption conjointe de principes de collecte et de production de rapports, ainsi que par un accord collectif sur des cadres nationaux de collecte de données qui guideront la mise en œuvre du CLM dans le pays

03. TYPES D'INTÉGRATION

Cette section présente des stratégies et des opportunités d'intégration des programmes de CLM à différents stades du cycle de vie du programme : lors de la conception, de la phase pilote et du démarrage ; au moment de la gestion et de l'analyse des données ; et pendant l'utilisation des données et les activités de plaidoyer. La liste n'est pas exhaustive ; elle met en avant des façons d'opérationnaliser des approches d'intégration.

3.1 Intégration entre plusieurs programmes de CLM autonomes

3.1.1 Regrouper plusieurs programmes de CLM en une seule initiative

Intégrer plusieurs programmes de CLM dans une initiative cohérente unique peut améliorer l'efficacité, rationaliser la collecte de données et amplifier les efforts de plaidoyer. Cette approche permet de mutualiser les ressources, les expertises et l'engagement des parties prenantes, ce qui peut, au final, renforcer l'impact du cadre de CLM.

Si des programmes de CLM choisissent de s'unir en un effort unique, il est essentiel de mettre en place une structure de gouvernance claire qui précise les rôles et responsabilités et qui garantisse le leadership des communautés. Il faut également examiner avec soin les méthodologies et les indicateurs de collecte de données existants, afin d'harmoniser ce qui doit l'être tout en respectant les contextes et besoins propres à chaque communauté

3.1.2 Développer des cadres communs intégrant des plans d'action conjoints, des rôles définis et l'intégration des retours des parties prenantes

Clarifier les rôles des acteurs du CLM et élaborer des plans d'action conjoints peut constituer une stratégie d'intégration efficace. Lorsque les communautés et les parties prenantes comprennent leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre du CLM, les programmes gagnent en solidité, en impact et réduisent les conflits d'intérêts^[9]. Concrètement, ces cadres devraient préciser quels groupes communautaires pilotent la planification opérationnelle, la collecte de données et l'élaboration des recommandations.

Parallèlement, les agences gouvernementales peuvent se voir confier des tâches telles que la participation à des sessions trimestrielles de plaidoyer, la réception régulière des données du CLM pour leurs processus d'assurance qualité, ainsi que la triangulation des données du CLM avec leurs propres systèmes de suivi-évaluation (S&E).

Un exemple probant vient des **Philippines**, où la pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité de systèmes de santé robustes et résilients capables de maintenir des services essentiels, notamment les programmes de tuberculose et de VIH, en situation d'urgence. En réponse, le programme de CLM a élaboré un cadre de CLM intégré incluant un volet de préparation et de réponse aux pandémies (PPR), afin de renforcer la redevabilité et la résilience du système de santé grâce à des mécanismes de retour d'information portés par les communautés.



^[9] Community-Led Accountability Working Group (CLAW). Conflits d'intérêts dans les programmes de surveillance dirigée par la communauté (CLM). Février 2022.

Étude de cas : Philippines

À propos du programme de CLM

Aux Philippines, le programme de CLM est conçu pour passer d'un suivi spécifique par maladie à un cadre national unifié. Portée par un consortium de quatre organisations établies, l'initiative maintient une approche fondée sur les droits humains et transformatrice du genre. L'effort d'intégration s'aligne sur la vision du Department of Health (DOH) visant à unifier les systèmes communautaires et gouvernementaux, en soulignant l'importance d'un engagement communautaire structuré pour un CLM efficace.

Type d'intégration:

Aux Philippines, l'intégration du CLM se déploie en quatre phases : la Phase 1 pose les bases d'un système unifié de CLM pour la tuberculose et le VIH, transformant des approches cloisonnées en un modèle cohérent, avec l'élaboration d'indicateurs communs guidés par le cadre AAAQ (Disponibilité, Accessibilité, Acceptabilité, Qualité) et l'intégration de composantes de préparation et de réponse aux urgences ; la Phase 2 consiste en une mise en œuvre pilote dans 10 régions pour en évaluer la faisabilité et l'impact ; la Phase 3 vise la pérennisation et la montée en échelle, en intégrant les données de OnelImpact TB et en étendant la mise en œuvre aux régions sous-desservies ; enfin, la Phase 4 concerne l'institutionnalisation, en ancrant le système de CLM dans les cadres sanitaires nationaux et locaux afin d'en assurer la reconnaissance et la durabilité à long terme.

Leçons tirées:

Les enseignements clés de ce processus d'intégration soulignent l'importance de mobiliser les parties prenantes pour élaborer définitions et indicateurs communs, condition d'une durabilité et d'un portage communautaire à long terme. Le renforcement des capacités est crucial pour une collecte de données et une mise en œuvre efficaces, notamment pour de nouveaux volets tels que la préparation et la réponse aux pandémies (PPR). Par ailleurs, le transfert vers une organisation hôte communautaire est déterminant pour que le système de CLM reste réactif aux besoins des communautés et capable de s'adapter à l'évolution des défis sanitaires. Enfin, institutionnaliser le CLM au sein des cadres gouvernementaux devrait renforcer la redevabilité et la mobilisation des ressources, améliorant in fine la qualité et l'équité des services TB et VIH à l'échelle nationale.

De même, en **République démocratique du Congo (RDC)**, la mise en place d'un cadre de coordination du CLM (« cadre de concertation ») a offert une plateforme formelle permettant à plusieurs organisations de la société civile d'aligner leurs priorités de suivi, leurs outils de collecte de données et leurs messages de plaidoyer. Ce cadre a permis la validation conjointe des données du CLM, renforçant ainsi la crédibilité des résultats et favorisant l'adhésion du gouvernement. Le cas de la RDC montre également que l'intégration n'est pas uniquement technique : elle exige un important travail de construction de relations et de négociation entre des parties prenantes diverses dont les agendas se recoupent sans être identiques.

Les plans d'action conjoints ne se contentent pas de mobiliser du soutien et de tisser des partenariats autour d'objectifs partagés ; ils précisent aussi les activités qui ne doivent pas être pilotées par les acteurs gouvernementaux tout en les intégrant dans l'architecture globale du CLM pour assurer l'intégration. Cette approche renforce la transparence et la confiance, tout en donnant aux membres des communautés les moyens de participer activement aux décisions, ce qui conduit in fine à des résultats plus durables et plus impactants pour la communauté.

Étude de cas : République Démocratique du Congo

À propos du programme de CLM:

En RDC, le CLM s'est imposé comme un outil essentiel pour renforcer la riposte nationale au VIH, à la tuberculose et au paludisme. À l'origine, le paysage de mise en œuvre était fragmenté : plusieurs organisations de la société civile menaient des activités de suivi de manière indépendante, avec des indicateurs, des outils de collecte et des formats de rapportage différents. Cette fragmentation a entraîné des doublons, des incohérences et une utilisation inefficace des ressources, limitant l'application stratégique des données probantes du CLM pour le plaidoyer et l'amélioration du système de santé.

Type d'intégration:

L'intégration et l'harmonisation du CLM en RDC ont répondu à la nécessité de combler des lacunes critiques, notamment l'absence d'indicateurs standardisés et un rapportage fragmenté qui entravait l'utilisation systématique des données du CLM par le Ministère de la Santé. Les parties prenantes ont lancé un processus de mutualisation : création d'un mécanisme national unique de coordination du CLM, accord sur des indicateurs prioritaires et développement d'outils numériques partagés pour une gestion des données en temps réel. Une feuille de route nationale a été adoptée pour guider cette transition, en insistant sur la coordination entre la société civile et les acteurs gouvernementaux.

Leçons tirées:

L'expérience d'intégration du CLM en RDC montre que le processus est graduel et requiert un engagement soutenu, un travail relationnel constant et une communication transparente entre société civile et gouvernement. L'établissement d'un cadre unifié d'indicateurs nationaux est indispensable pour agréger les données de manière systématique et nourrir un plaidoyer efficace. Si les solutions numériques améliorent l'efficacité, elles exigent des investissements en infrastructures et en renforcement des capacités. Par ailleurs, l'intégration de processus de validation conjointe renforce la fiabilité des données du CLM, et l'ancrage d'une perspective fondée sur les droits humains en accroît la pertinence. Malgré les complexités, l'intégration apparaît comme une stratégie clé pour faire en sorte que les données du CLM orientent réellement les politiques de santé et la prestation des services, offrant un modèle de systèmes de données communautaires au sein des cadres nationaux de suivi sanitaire.

Étude de cas : Burkina Faso

À propos du programme de CLM:

L'Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) a été créé au Burkina Faso par le Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) et des partenaires communautaires en 2011. Au fil des années, l'OCASS est devenu un mécanisme national de suivi couvrant l'ensemble des 70 districts sanitaires ainsi que les principales structures de santé publiques et privées. L'initiative visait à coordonner des efforts communautaires fragmentés, à unifier la voix du plaidoyer et à s'aligner sur les priorités nationales de santé, incluant le VIH, la tuberculose, le paludisme, la santé maternelle et infantile, ainsi que les droits humains.



Type d'intégration:

L'approche d'intégration menée par l'OCASS a consisté à développer des outils standardisés, à instaurer des canaux de communication structurés et à mettre en œuvre des processus de validation conjoints. Des documents et des outils de collecte de données harmonisés ont été élaborés pour garantir la cohérence entre acteurs et régions. Un dispositif robuste de communication a facilité les réunions régulières, les protocoles de partage des données et la diffusion publique des résultats. Par ailleurs, la validation des données s'est appuyée sur des rencontres harmonisées où différents réseaux examinaient les constats et s'accordaient sur des messages clés, assurant une stratégie de plaidoyer cohérente aux niveaux district et national.

Leçons tirées:

L'initiative OCASS montre que des cadres collaboratifs sont déterminants pour une intégration réussie : les partenariats multi-acteurs favorisent l'appropriation commune et renforcent la crédibilité. Malgré des avancées significatives, des défis subsistent—tels que la fragmentation des systèmes de données et la réticence de certains responsables au niveau des districts—soulignant la nécessité de formations continues et de renforcement des capacités. L'intégration est un processus au long cours qui requiert du temps, de la construction de confiance et des accords clairs sur les rôles. Des canaux de communication réguliers sont essentiels à l'engagement des parties prenantes, et l'insertion des résultats du CLM dans les discussions nationales de santé accroît fortement la portée des voix communautaires. Enfin, ancrer une perspective de droits humains dans les priorités de suivi renforce le plaidoyer et contribue à la pérennité des initiatives de CLM.

3.1.4. Harmonisation des outils, de l'analyse et de l'utilisation des données

Si l'intégration n'implique pas que tous les programmes adoptent des indicateurs identiques—les initiatives de CLM soutenues par PEPFAR, par exemple, pouvant accorder moins d'importance aux services paludisme que celles financées par le Fonds mondial—elle facilite en revanche une collecte et une analyse de données plus complètes. Lorsque les priorités de suivi s'alignent et que des indicateurs similaires sont utilisés, les données peuvent être triangulées ou agrégées pour offrir une compréhension plus globale de la qualité des services et de l'accès. Cet atout est particulièrement précieux pour le plaidoyer auprès des acteurs publics, qui ont besoin d'une **vision nationale consolidée** pour éclairer les politiques et l'allocation des ressources

Au **Burkina Faso**, par exemple, des efforts ont été déployés pour élaborer un cadre national unifié d'indicateurs sous la conduite de l'OCASS et de ses partenaires, permettant une collecte cohérente entre différentes organisations de mise en œuvre. Bien que certains programmes—centrés sur le VIH, la tuberculose ou les violences basées sur le genre—opèrent dans des contextes propres, l'instauration d'un ensemble d'indicateurs partagés a facilité l'agrégation des données au niveau national. Cette approche intégrée a renforcé le plaidoyer en permettant aux parties prenantes de s'exprimer d'une seule voix face aux autorités. L'expérience burkinabè a toutefois mis en lumière des défis, notamment le besoin de formations continues pour les enquêteurs afin de maîtriser de nouveaux outils numériques et de garantir la qualité et la cohérence des données dans des régions diverses.

Les expériences en **RDC** et ailleurs montrent également que l'alignement des calendriers et des stratégies de plaidoyer entre programmes de CLM améliore sensiblement l'efficacité. Dans des contextes où les responsables publics gèrent déjà de lourdes charges et des priorités complexes, des sollicitations répétées par différents programmes—chacun avec ses demandes et messages—peuvent susciter frustration ou résistance. En collaborant pour présenter des analyses et des





recommandations unifiées, les metteurs en œuvre de CLM accroissent leurs chances d'influencer les politiques. En RDC, par exemple, les partenaires engagés dans la mutualisation du CLM ont coordonné leurs calendriers de plaidoyer pour ne pas surcharger les dépositaires d'obligations et pour caler les démarches sur les cycles nationaux de planification.

fDe même, en **Thaïlande**, plusieurs réseaux de populations clés ont travaillé avec les agences gouvernementales à la création d'un tableau de bord national en ligne consolidant les données du CLM sur le VIH, la réduction des risques et les droits humains, afin de permettre une planification conjointe et de renforcer la redevabilité (Rapport ONUSIDA Asie-Pacifique, 2021).

Atteindre ce niveau d'intégration exige non seulement une convergence technique des indicateurs et des outils, mais aussi une coordination intentionnelle des plans et des horizons temporels de plaidoyer. Les programmes doivent cartographier les processus décisionnels et les cycles budgétaires gouvernementaux pour synchroniser la collecte et le rapportage des données avec les moments clés du dialogue politique et de l'allocation des ressources.

Si l'intégration est complexe et spécifique à chaque contexte, les études de cas du Burkina Faso, de la RDC et d'autres régions montrent qu'elle peut produire des bénéfices majeurs—en favorisant un plaidoyer collectif, en consolidant les systèmes de données et en renforçant l'impact sur les politiques nationales de santé. La leçon principale est que l'intégration relève autant de la construction de relations et d'une compréhension partagée que de la standardisation technique.

3.2 Intégration de thématiques supplémentaires dans les activités de suivi et de plaidoyer d'un programme de CLM

Historiquement, les premiers programmes de CLM en santé se concentraient sur le VIH. Portés par des militant·e·s du VIH, ils visaient à recueillir des données probantes sur les obstacles à la prévention et au traitement—ruptures de stock et pénuries, coûts des soins, attitudes stigmatisantes du personnel, etc. L'intégration du suivi d'autres maladies, services de santé ou thématiques connexes au sein de programmes de CLM existants peut sensiblement renforcer leur capacité à répondre aux priorités des communautés.

Cette approche favorise une compréhension globale des défis sanitaires et facilite l'identification d'enjeux imbriqués qui influent sur les résultats de santé. Par exemple, suivre la tuberculose (TB) ou le paludisme aux côtés du VIH peut renforcer la riposte pour des populations affectées de manière similaire. L'intégration de thématiques plus larges—telles que l'accès à l'eau potable ou aux services de santé mentale—donne une image plus complète du bien-être et des déterminants sociaux de la santé. En élargissant ainsi le champ, les communautés sont mieux outillées pour plaider des changements systémiques qui s'attaquent aux causes sous-jacentes et améliorent les résultats de santé.

3.2.1. Suivi d'autres maladies et affections touchant les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

Lorsqu'un programme de CLM axé sur le VIH intègre d'autres affections à son suivi, il peut inclure des infections opportunistes et d'autres conditions pour lesquelles les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) présentent un risque accru d'acquisition ou de mauvais résultats de santé :

- **TB (tuberculose).** Principale cause de mortalité chez les PVVIH, la TB est plus fréquente en cas d'immunodépression. L'accès au dépistage et au traitement de la TB constitue un domaine clé à suivre pour le CLM
- **Autres infections opportunistes.** Outre la TB, on observe fréquemment la candidose, la pneumonie à *Pneumocystis* et certains types d'herpès.





- **Dépistage et traitement des IST.** La prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) est cruciale pour la santé des PVVIH, qui peuvent y être plus vulnérables et présenter des formes plus sévères. Les moniteur-riche-s communautaires peuvent suivre l'accès à un dépistage et à un traitement rapides et confidentiels (syphilis, gonorrhée, chlamydia), la disponibilité des tests, les niveaux de stock de médicaments, le respect de la confidentialité des usager-ère-s et les compétences des prestataires à fournir des soins non jugeants.
- **Prévention liée au VPH.** Le suivi et la promotion de la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et du dépistage peuvent réduire le risque de cancer du col chez les femmes vivant avec le VIH, exposées à un risque accru d'acquisition du VPH et d'évolution vers un cancer. Le CLM peut évaluer l'accès communautaire aux services liés au VPH (vaccination, dépistage du cancer du col, traitement des lésions précancéreuses) et recueillir des retours sur les obstacles à la prestation des services, le niveau d'information du public et les efforts de sensibilisation, afin de garantir l'équité en prévention et en soins.

3.2.2. Suivi de l'accès aux services de santé intégrés et complémentaires

Quel que soit l'axe pathologique du programme de CLM, garantir l'accès à des services de santé accessibles, abordables et de qualité demeure essentiel, car les personnes vivant avec ou affectées par le VIH, la TB et le paludisme ont aussi d'autres besoins de santé. Cela peut inclure :

- **Soins de santé primaires :** collecte de données CLM sur l'accès à une prise en charge holistique couvrant l'ensemble des besoins, y compris les consultations de routine et les soins pour les maladies chroniques et non transmissibles.
- **Santé sexuelle et reproductive (SSR) :** garantir aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) un accès à des services complets de SSR—y compris la contraception, la planification familiale, les soins périnataux et l'avortement sécurisé—est essentiel à leur bien-être global.

3.2.3. Répondre aux thématiques nouvelles et émergentes.

L'une des forces du modèle CLM est sa capacité à évoluer et à intégrer de nouveaux sujets, la collecte de données étant cyclique avec des révisions périodiques des outils. Ces thématiques peuvent inclure :

- **Préparation et réponse aux pandémies (PPR) :** anticipation des épidémies/pandémies par la collecte de données et le plaidoyer en faveur de la résilience des systèmes de santé, de la préparation communautaire et de la capacité de riposte.
- **Maladies ou infections émergentes :** les programmes de CLM peuvent jouer un rôle de surveillance sentinelle de la réponse du système de santé face aux menaces émergentes. Historiquement, cela a inclus la COVID-19 et la Mpox.

3.2.4. Suivi des droits humains

Le suivi des droits humains est indispensable pour promouvoir l'équité en santé et garantir à toutes et tous un accès aux soins et aux soutiens nécessaires. Les violations des droits ont un impact majeur sur les résultats de santé, en particulier pour les groupes marginalisés et criminalisés qui subissent discriminations systémiques et barrières d'accès. Le suivi actif de ces violations permet de plaider des réformes, de sensibiliser et de créer un environnement qui respecte et protège les droits de chacun-e.





- **Genre et équité**: les femmes, les filles et les minorités de genre font face à des défis spécifiques (violences basées sur le genre, discriminations, inégalités socio-économiques) qui entravent l'accès aux soins. Les documenter permet d'identifier les lacunes et d'orienter des interventions ciblées qui promeuvent l'équité de genre et l'autonomisation des populations marginalisées.
- **Violations visant les groupes criminalisés et marginalisés** : travailleuses et travailleurs du sexe, personnes qui consomment des drogues, personnes LGBTQ+, etc. Le suivi est crucial pour consigner discriminations, violences et stigmates. Par le plaidoyer, l'appui juridique et la mobilisation communautaire, les programmes de santé peuvent protéger les droits de ces populations et garantir un accès sans crainte aux soins.

3.2.5. Suivi des impacts des changements climatiques

L'ajout d'un module « changements climatiques » au CLM offre une approche ascendante et inclusive permettant aux communautés de suivre les impacts locaux du climat sur les systèmes de santé et les populations vulnérables. Les évolutions environnementales (événements extrêmes, hausse des températures, catastrophes) peuvent aggraver les résultats de santé, perturber les services et accroître la vulnérabilité—surtout en contextes à ressources limitées.

En intégrant des indicateurs climatiques dans les cadres CLM, les communautés peuvent documenter et rapporter les risques sanitaires liés au climat (résilience des infrastructures, pathologies liées à la chaleur, maladies à transmission vectorielle, perturbations de services liées aux catastrophes), en parallèle des indicateurs classiques de prestation de services. Cela leur permet de fournir des données locales et opportunes pour plaider auprès des gouvernements, des systèmes de santé et des partenaires l'adaptation des politiques et interventions pour une résilience climatique accrue. Le CLM intégré soutient aussi les systèmes d'alerte précoce, renforce la préparation et la réponse d'urgence, et veille à ce que la planification sanitaire intègre les voix des plus impactées par les défis sanitaires et environnementaux.

En définitive, cette approche renforce la redevabilité, améliore les services et positionne les communautés comme partenaires actifs de systèmes de santé équitables et résilients.

3.2.6. Suivi de l'allocation budgétaire et du financement domestique

Intégrer le suivi des dépenses publiques dans les activités de CLM est une stratégie puissante pour s'assurer que les ressources sont utilisées efficacement au service des besoins de santé des communautés. Cela peut inclure le suivi de l'allocation, de l'exécution et de la gestion des ressources au sein des systèmes de santé, notamment pour les programmes VIH, TB, paludisme et autres priorités.

En suivant l'allocation budgétaire, les communautés peuvent plaider une répartition équitable des ressources et vérifier l'alignement des financements sur les enjeux les plus pressants. Ce suivi renforce la redevabilité, favorise la confiance entre communautés et autorités sanitaires, et contribue à bâtir des mécanismes durables de redevabilité.

3.3 Intégration des activités de CLM dans les systèmes nationaux d'assurance/ amélioration de la qualité.



3.3.1. Formaliser le rôle du CLM au sein du système de santé

La formalisation du rôle du CLM dans les systèmes de santé—et dans d'autres secteurs transversaux—est essentielle pour transformer les données produites par les communautés en améliorations concrètes des politiques et des programmes. Au-delà d'un rôle de "vigie" externe, les programmes de CLM peuvent devenir des contributeurs reconnus au sein des instances nationales de gouvernance sanitaire. Ainsi, lors des réunions régulières d'examen des données (revues trimestrielles ou annuelles des performances), des créneaux dédiés peuvent être alloués aux programmes de CLM afin qu'ils présentent constats, tendances et recommandations en regard des données du système national d'information sanitaire et de celles des partenaires de mise en œuvre. Un exemple notable est le modèle opérationnel du PEPFAR, qui imposait l'inclusion des données de CLM dans les processus d'élaboration des Plans opérationnels pays (COP) : ces données n'étaient pas simplement accessoires, elles étaient discutées à parité avec les données de suivi produites par le gouvernement et par le PEPFAR, de sorte que les voix communautaires éclairent les décisions relatives aux allocations budgétaires et aux priorités programmatiques.

La formalisation de l'engagement du CLM peut également prendre la forme d'une représentation directe au sein de groupes de travail techniques gouvernementaux (GTT), de comités de coordination inter-institutions ou de comités consultatifs d'experts dans des domaines tels que le VIH, la tuberculose, la santé maternelle ou le renforcement des systèmes de santé. Cette inclusion permet d'intégrer, dans les débats nationaux, les enjeux mis au jour par les moniteurs communautaires—qu'il s'agisse de réviser des lignes directrices, de prioriser des ressources ou d'ajuster des politiques. Par exemple, en **Afrique du Sud**, des représentants du CLM siègent aux GTT sur l'observance des TAR, garantissant que les perspectives communautaires influencent les stratégies nationales d'amélioration du maintien dans les soins.

Les gouvernements peuvent aussi institutionnaliser les données du CLM en exigeant leur intégration dans des rapports officiels : revues annuelles du secteur de la santé, cadres de performance du Fonds mondial, plans stratégiques nationaux, ou rapports sur les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Au **Kenya**, par exemple, le Ministère de la Santé a commencé à inclure des sections de synthèse sur les résultats du suivi communautaire dans les revues annuelles des programmes VIH, renforçant la redevabilité et mettant en évidence les lacunes identifiées par les communautés qui appellent des réponses programmatiques.

Étude de cas : Kenya

À propos du programme de CLM :

Au Kenya, les systèmes de Community-Led Monitoring (CLM) sont conçus comme des outils durables, ancrés dans les cadres communautaires et nationaux, pour renforcer la redevabilité dans la prestation des services de santé. Fondé sur trois principes—appropriation communautaire, redevabilité et orientation vers les résultats—le CLM est porté par les communautés, notamment les réseaux de personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les populations clés et vulnérables (PCV) et les organisations de la société civile (OSC). Ces acteurs assurent la collecte de données, le plaidoyer et le suivi afin de garantir des interventions de santé pertinentes et adaptées aux besoins locaux.

Type d'intégration:

Pour bâtir un système de CLM coordonné et efficace, le Kenya met l'accent sur l'intégration et l'harmonisation des efforts de gouvernance, de prestation de services, de plaidoyer et de renforcement des capacités. Les partenaires du CLM s'engagent dans les plateformes



nationales et comtales existantes—telles que les groupes de travail techniques du secteur de la santé—pour intégrer les données du CLM et les priorités communautaires dans les processus réguliers de planification et de budgétisation. Cette approche garantit l'intégration du CLM au système de santé au sens large, plutôt qu'un fonctionnement en silo. Par ailleurs, un groupe national de pilotage du CLM, coprésidé par des représentant·e·s communautaires et divers acteurs, assure l'orientation stratégique et la coordination, au service d'un plaidoyer fondé sur des données probantes et de la mobilisation des ressources.

Leçons tirées:

L'expérience kenyane souligne l'importance de l'appropriation et du leadership communautaires pour assurer la pertinence et la durabilité des interventions. Le financement de la durabilité du CLM est anticipé dès le départ par des projections de coûts et une diversification des sources, combinant bailleurs établis et mécanismes innovants. Des modules complets de renforcement des capacités outillent les communautés en droits humains, gouvernance sanitaire et plaidoyer. Des évaluations d'impact régulières sont intégrées aux plans de CLM afin de mesurer l'efficacité et d'alimenter l'amélioration continue. Globalement, les principes d'inclusivité, de responsabilité partagée, de transparence et de bonne gouvernance sont essentiels à l'adaptabilité et au succès à long terme des systèmes de CLM au Kenya.

Des obstacles pratiques subsistent toutefois. L'un des défis majeurs est l'accès aux patient·e·s et aux établissements, en particulier pour les activités de collecte de données. À la différence de la collecte communautaire, le CLM mené en établissements de santé exige des autorisations du Ministère de la Santé et parfois des autorités sanitaires régionales ou de district. Dans plusieurs pays, des responsables d'établissement ont bloqué l'accès du CLM, par mécompréhension de l'objet du programme, par crainte de critiques ou en raison d'inquiétudes liées à la confidentialité. De telles lourdeurs administratives peuvent freiner la mise en œuvre du CLM et retarder des collectes de données cruciales.

Il est donc essentiel que les metteurs en œuvre du CLM établissent proactivement des relations et des accords formels avec les ministères de la Santé et les autorités sanitaires infranationales. Des réunions introductives et des sessions d'orientation aux niveaux national, régional et de district contribuent à sensibiliser les responsables publics à la finalité, à la méthodologie et à la valeur ajoutée du CLM. En retour, les gouvernements devraient adopter des politiques claires et des directives permanentes facilitant l'accès des équipes de CLM aux établissements de santé, afin d'assurer la coopération des responsables et du personnel.

Les gouvernements et les bailleurs peuvent également soutenir ces efforts en formalisant les partenariats de CLM au moyen de protocoles d'accord (MoU) ou en intégrant le CLM dans les accords de subvention. Ces instruments peuvent préciser les attentes en matière de partage des données, définir les protocoles d'accès aux établissements et confirmer le droit des équipes de CLM de mener des activités de suivi sans représailles ni entraves.

L'inclusion formelle du CLM dans les instances de gouvernance sanitaire renforce sa crédibilité, nourrit la confiance et garantit que les éléments probants produits par les communautés sont systématiquement intégrés aux priorités nationales et aux processus décisionnels. Cela requiert toutefois un plaidoyer intentionnel, un travail normatif et un dialogue continu pour surmonter les barrières structurelles et bureaucratiques et permettre au CLM de réaliser pleinement son potentiel transformateur.

3.3.2. Intégrer en instituant un calendrier de réunions régulier et des canaux de communication ouverts et cohérents

Le modèle du CLM se déploie en cycle régulier d'activités : collecte de données dans les établissements et les communautés ; analyse de ces données et formulation de recommandations pour lever les obstacles aux soins ; présentation de ces recommandations aux dépositaires d'obligations aux niveaux local, régional, national et mondial ; puis reprise du cycle. Toutefois, ces



cycles ne sont pas nécessairement synchronisés entre tous les metteurs en œuvre du CLM. Coordonner les séances de restitution pour intégrer les retours peut s'avérer décisif, tant pour les parties prenantes que pour les dépositaires d'obligations.

En pratique, le calendrier des activités du CLM est souvent influencé par des facteurs extérieurs au programme (disponibilité des financements, cycles des bailleurs, contextes locaux). Dans les environnements où plusieurs programmes opèrent, intégrer le CLM en coordonnant les réunions de restitution entre partenaires—afin d'engager plus efficacement les dépositaires d'obligations aux échelons local et régional—constitue une option efficace. Cette démarche peut simultanément accroître les synergies entre programmes (et donc l'impact du plaidoyer), réduire la sursollicitation des dépositaires d'obligations liée à des interpellations répétées sur des enjeux similaires, faire baisser le coût global des processus de redevabilité et renforcer l'appui mutuel autour de recommandations communes.

Format non intégré	Format intégré
Plusieurs programmes de CLM disposent de calendriers distincts pour engager les dépositaires d'obligations	Création d'un calendrier partagé de réunions avec les parties prenantes clés. Cela peut inclure des rencontres avec d'autres programmes de CLM pour discuter des résultats des collectes de données, harmoniser les messages et recommandations de plaidoyer, et réduire les chevauchements lors des activités de plaidoyer.
Les programmes de CLM ont des systèmes de rapportage disparates, non alignés sur les systèmes nationaux	Compréhension par les programmes de CLM du calendrier des cycles budgétaires gouvernementaux ; des consultations et réunions de planification offrant des contributions de la société civile ; des échéances législatives impactant les politiques de santé ; ainsi que du plan de travail et calendrier du Ministère de la Santé, et collaboration avec le gouvernement pour s'inscrire dans ces échéances.
Les phases de plaidoyer du CLM ne sont pas alignées sur les calendriers nationaux de réunions	Pour maximiser les synergies, aligner ces réunions sur la phase de plaidoyer du cycle du CLM, même si le cycle n'est pas toujours prévisible. Les réunions n'ont pas à être initiées uniquement par le CLM : participer aux activités régulières du Mécanisme de coordination du pays (MCP/CCM) offre des opportunités d'engagement ; historiquement, les réunions POART du PEPFAR ont aussi facilité des interactions régulières. Quelle qu'en soit l'initiative, instaurer des rendez-vous réguliers est crucial. Saisir aussi les journées/semaines de santé nationales ou locales et les campagnes de sensibilisation pour caler stratégiquement les actions et maximiser visibilité et impact.



Astuce pratique:

Intégrer le CLM peut aussi passer par la coordination des activités de plaidoyer avec les dépositaires d'obligations—responsables d'établissement, partenaires gouvernementaux régionaux et nationaux. Au-delà des réunions, la création de canaux de communication simples et conviviaux est déterminante pour une mise en œuvre et une intégration efficaces du CLM. Au Mozambique, des groupes WhatsApp relie directement les moniteurs communautaires aux équipes de gestion sanitaire de district, permettant d'escalader rapidement des problèmes comme les ruptures de stock.^[10] Au Kenya, NEPHAK utilise une plateforme numérique couplée à des alertes SMS pour connecter les moniteurs communautaires aux responsables sanitaires des comtés et déclencher des actions rapides.^[11] Au Lesotho, des dialogues communautaires mensuels servent à examiner conjointement les constats du CLM et à co-construire des solutions. En Thaïlande, des tableaux de bord web intégrés donnent en temps réel, à la société civile comme aux autorités sanitaires, une visibilité sur les insuffisances de qualité des services, favorisant la résolution conjointe des problèmes.^[12] Enfin, en Ouganda, UNYPA s'appuie sur les réseaux sociaux pour diffuser rapidement les résultats du suivi et mobiliser les efforts de plaidoyer.^[13] Cette diversité d'outils montre combien une communication multicanale et adaptable est au cœur du succès opérationnel du CLM.

3.3.3. Création d'accords de partage des données

Faciliter l'accès et l'utilisation des données du CLM par les dépositaires d'obligations est une stratégie essentielle : elle favorise l'adhésion, crée des alliés et renforce la confiance autour des données communautaires. Même si la propriété des données du CLM ne peut revenir aux gouvernements, il est important d'établir des voies simples pour un usage régulier et systématique des données du CLM en temps réel. Cela peut passer par des accords formels précisant comment et quand les programmes de CLM partagent leurs données avec les autorités.

Le partage de données ne concerne pas uniquement la relation avec l'État : il peut aussi renforcer la collaboration entre différents programmes de CLM opérant dans un même pays ou une même région. Lorsque plusieurs metteurs en œuvre collectent des données sur des enjeux similaires, le partage de données sélectionnées et agrégées permet de trianguler les constats, de porter une voix de plaidoyer unifiée et de réduire les doublons ; cela requiert toutefois des accords clairs et des règles communes de gouvernance des données pour protéger la confidentialité et éviter les effets indésirables.

Lors de l'élaboration d'accords de partage—qu'ils concernent des gouvernements ou des programmes de CLM—plusieurs précautions s'imposent : de manière générale, et en particulier dans les contextes hostiles aux populations clés et vulnérables (PCV), les données brutes ne doivent jamais être diffusées si elles contiennent des éléments identifiants ou toute information permettant, directement ou indirectement, de cibler ou de sanctionner un répondant (identifiants pouvant être croisés avec d'autres systèmes, caractéristiques individuelles reconnaissables, ou, dans certains cas, données de temps et de lieu d'accès aux services par les PCV). S'il existe un risque que des indicateurs du CLM exposent des personnes—répondant·e·s, metteurs en œuvre du CLM ou professionnel·le·s de santé—ces données ne doivent pas être partagées ; le programme de CLM doit alors convenir du niveau d'agrégation et des indicateurs sûrs et appropriés à diffuser. Une fois les rôles et règles d'accès actés, ils peuvent être formalisés par des protocoles d'accord (MoU), garantissant clarté, sécurité et confiance mutuelle.

^[10] Global Fund CLM SI. (2023). Midterm Implementation Update – Mozambique CLM. Internal Report.

^[11] PEPFAR/USAID. (2022). Surveillance dirigée par la communauté : enseignements tirés des premières mises en œuvre.

^[12] ONUSIDA — Asie-Pacifique. (2021). Atelier régional sur la surveillance dirigée par la communauté. Bangkok : ONUSIDA

^[13] UNYPA (Uganda Network of Young People Living with HIV). (2022). Rapport annuel.

Étude de cas : Nigeria

À propos du programme de CLM:

Au Nigéria, le Community-Led Monitoring (CLM) est conçu pour améliorer la prestation des services dans des domaines tels que le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres enjeux majeurs de santé publique. Le programme donne aux communautés les moyens de participer activement au suivi-évaluation des services, en privilégiant la voix des usager·ère·s —en particulier celles et ceux issus de populations marginalisées ou difficiles d'accès. En produisant des données qui reflètent l'expérience vécue de ces communautés, le CLM nigérian vise à les placer au cœur du processus de prestation des services de santé.

Type d'intégration:

Le CLM au Nigéria est mis en œuvre par plusieurs organisations qui collaborent selon une approche ascendante. Les données collectées au niveau communautaire sont examinées par des parties prenantes à divers échelons—Local Government Areas (LGA), ministères de la Santé des États et gouvernement fédéral. Ce processus d'examen conjoint alimente un plaidoyer fondé sur des données probantes en faveur d'améliorations ciblées des services et de changements systémiques. Le Nigéria cherche à ancrer le CLM dans le cadre du Renforcement des systèmes communautaires (RSC/CSS) afin d'en faire un composant central de l'agenda plus large santé-développement. L'intégration proposée combine des indicateurs quantitatifs et qualitatifs couvrant six domaines clés, appuyés par une plateforme de rapportage harmonisée pour rationaliser la collecte et l'analyse des données.

Leçons tirées:

Les enseignements du plan de durabilité du CLM au Nigéria soulignent l'importance de son institutionnalisation pour la longévité. Intégrer des composantes du CLM aux politiques de santé nationales, étatiques et locales renforce la redevabilité et sécurise sa place dans le système de santé. L'arrimage aux stratégies nationales garantit la reconnaissance du suivi communautaire dans les processus de planification et de budgétisation, l'inscrivant dans la gouvernance sanitaire courante. Le renforcement des capacités, via des partenariats avec des organisations communautaires, consolide l'appropriation locale et la mémoire institutionnelle. La collaboration multi-acteurs est cruciale pour la coordination et la durabilité, tandis qu'un financement domestique dédié—par exemple la création d'une ligne budgétaire spécifique au CLM—assure la viabilité financière. Enfin, l'utilisation effective des données générées par les communautés dans les décisions politiques est essentielle pour porter des réformes et améliorer la prestation des services, justifiant un investissement pérenne dans les initiatives de CLM.

3.3.4. Utiliser des données complémentaires pour intégrer les retours du CLM aux processus nationaux et des bailleurs

Élaborer des cadres de suivi partagés qui alignent les indicateurs dirigés par la communauté sur les outils de collecte de données et les approches de plaidoyer d'autres programmes de CLM, ou sur les priorités gouvernementales. L'intégration par harmonisation des cadres crée un langage commun des données, permet des processus de validation conjointe et garantit que les éléments probants communautaires alimentent directement la planification sanitaire nationale, les décisions d'allocation budgétaire et les dialogues avec les bailleurs, renforçant ainsi la crédibilité et l'impact du plaidoyer du CLM

Cela peut aussi passer par la co-construction d'un ensemble de métriques reflétant à la fois les besoins des communautés et les objectifs des autorités. Point crucial : il ne s'agit pas pour l'État et le CLM de collecter les mêmes données, mais, lorsque les priorités convergent, de recueillir des informations complémentaires répondant aux mêmes enjeux. Si les gouvernements ne peuvent pas concevoir eux-mêmes les outils du CLM, ils peuvent être invités à partager des pistes dont les communautés tiendront compte lors de la définition des indicateurs de collecte.

Le Tableau 1 illustre ce principe : les données gouvernementales décrivent les tendances générales de disponibilité et d'adoption des services de PrEP (prophylaxie pré-exposition), tandis que les indicateurs du CLM expliquent le pourquoi et le comment (freins, leviers, pistes d'amélioration). Ensemble, ces données offrent une image plus complète de ce qu'il faut mettre en place pour atteindre une priorité partagée : améliorer la prévention chez les jeunes femmes

Tableau 1. Intégration en pratique : prévention chez les adolescentes et les jeunes femmes.

Priorité du Plan stratégique national	Indicateurs disponibles dans les systèmes de données gouvernementaux	Indicateurs de CLM complémentaires possibles	En quoi cette harmonisation conduit-elle à l'intégration ?
D'ici 2030, 90 % des adolescentes et jeunes femmes (AJF) ont accès à des services de prévention combinée.	Nombre d'AJF nouvellement initiées à la PrEP Pourcentage d'AJF maintenues sous PrEP à 12 mois Nombre d'établissements offrant toutes les composantes des services de prévention (PEP, PrEP, VMMC, PTME, réduction des risques).	Vous a-t-on proposé des informations sur la PrEP lors de votre dernier test VIH ? Dans quelle mesure étiez-vous satisfaite des services de PrEP offerts ? Pourquoi ne l'étiez-vous pas ? Le personnel de cet établissement vous semble-t-il accueillant envers les AJF ?	Les données sont complémentaires : les informations issues du CLM enrichissent les données gouvernementales . L'intégration se produit lorsque les deux programmes (Gouvernement et CLM) alignent leurs constats afin d'obtenir de meilleurs résultats.



3.3.5. Garantir l'accès aux données tout en préservant la propriété communautaire

De nombreux gouvernements utilisent des systèmes nationaux pour suivre les données sanitaires de routine, comme DHIS2. Dans certains contextes, ils ont proposé d'y verser les données du CLM. Cela pose plusieurs problèmes. D'abord, l'autorité publique deviendrait en dernier ressort responsable d'accorder l'accès aux données une fois transmises, ce qui entre en conflit avec les principes fondamentaux du CLM, les équipes de CLM se retrouvant dépendantes du gouvernement pour accéder à leurs propres données. Ensuite, pour mettre à jour ou modifier des indicateurs via DHIS2, les programmes de CLM devraient attendre les retours des autorités. Par ailleurs, même si DHIS2 est paramétré différemment selon les pays, sa souplesse de formatage des données et des indicateurs reste moindre que celle de nombreux processus de CLM. Enfin, DHIS2 peut ne pas constituer un espace sûr pour des données relatives à des populations clés ou criminalisées. Les politiques et les lois pouvant changer à tout moment, des données qui semblent sûres à héberger par l'État ne le resteront pas forcément. En conséquence, les données du CLM ne doivent jamais être intégrées aux systèmes de données gouvernementaux.

Il existe toutefois des avantages substantiels à garantir que l'État puisse accéder aux données lorsqu'il en a besoin et à faire en sorte que les indicateurs du CLM dialoguent avec les autres systèmes publics de données. Une approche pratique consiste à créer un tableau de bord : les équipes de CLM décident quelles données sont publiquement accessibles et permettent aux parties prenantes de les consulter à tout moment. Point crucial : cette démarche requiert un renforcement des capacités afin que les acteurs externes sachent non seulement accéder aux données, mais aussi les interpréter correctement et en comprendre les limites.

Au-delà des relations avec les gouvernements, des accords d'accès aux données entre programmes de CLM peuvent être très bénéfiques. Lorsque plusieurs programmes opèrent dans un pays—parfois financés par des bailleurs différents ou actifs dans des régions distinctes—le partage de données sélectionnées et agrégées améliore la triangulation, évite les doubles collectes et soutient une voix de plaidoyer unifiée. Mettre en place de tels accords permet de définir quelles données peuvent être partagées, à quelles conditions, et selon quelles garanties de sécurité et de confidentialité. Ces accords doivent traiter explicitement des indicateurs sensibles, surtout lorsqu'ils concernent des populations clés ou criminalisées, afin d'éviter tout usage des données à des fins de surveillance, de persécution ou tout préjudice involontaire.

Qu'ils lient des programmes de CLM entre eux ou des programmes avec les autorités, ces accords gagnent à être formalisés par des protocoles d'accord (MoU) ou instruments juridiques similaires. Ils devraient préciser la propriété des données, les usages autorisés, les procédures de mise à jour ou de rectification, ainsi que les protocoles de réponse en cas de violation potentielle de la sécurité des données. Cette structuration garantit clarté, confiance mutuelle et protection continue des principes cardinaux du suivi communautaire : indépendance, propriété communautaire et plaidoyer fondé sur les droits.

3.3.6. Alignement du suivi du CLM sur les politiques gouvernementales de prestation de soins

L'intégration peut aussi se faire entre les indicateurs du CLM et les politiques nationales. Si le plaidoyer du CLM peut viser à faire évoluer ces politiques, il peut également s'attacher à vérifier que les services sont effectivement mis en œuvre conformément aux normes nationales. Intégrer les constats du CLM dans la décision publique permet ainsi d'orienter les questions de politique à partir des indicateurs. Dans l'exemple du Tableau 2, en alignant les options de réponse sur la politique nationale, les défenseur·e·s du CLM peuvent signaler au gouvernement la part de répondant·e·s dont les expériences liées à la charge virale sont conformes à la politique, ce qui renforce leur argumentaire de plaidoyer. Des données sur la conformité—ou la non-conformité—des établissements aux politiques nationales peuvent s'avérer particulièrement probantes.



Tableau 2. Intégration en pratique : exemples d'intégration d'indicateurs de collecte de données

Exemple de politique	Exemple d'indicateur CLM non harmonisé	Exemple d'indicateur CLM harmonisé
Le Ministère de la Santé fixe un objectif national : les résultats de charge virale (CV) doivent passer du prélèvement de l'échantillon à l'impression en établissement et à la communication au/à la patient·e en 14 jours maximum.	Après votre dernier test de charge virale, combien de temps a-t-il fallu pour recevoir les résultats ? • Le jour même • 1 semaine • 1 mois • Jamais	Après votre dernier test de charge virale, combien de temps a-t-il fallu pour recevoir les résultats ? • Le jour même • Moins d'une semaine • Moins de deux semaines • De deux semaines à un mois • Plus d'un mois • Jamais

Astuce pratique:

Intégrer le CLM en harmonisant la compréhension partagée de sa nature et de sa valeur

Établir une compréhension commune de ce qu'est le CLM, de ses modalités de mise en œuvre et de son rôle au sein du système de santé et des secteurs transversaux—en forgeant un consensus sur sa finalité et sa valeur parmi toutes les parties prenantes, y compris les dépositaires d'obligations—augmente la probabilité que ces acteurs donnent suite aux données et aux efforts de plaidoyer issus du CLM.

Une stratégie clé pour réduire les risques d'interprétations divergentes consiste à mobiliser un éventail diversifié de dépositaires d'obligations tout au long du cycle du CLM, en particulier durant la préparation et la planification. Offrir des formations aux responsables gouvernementaux sur les méthodologies de collecte de données et intégrer leurs retours dans les outils de collecte renforce leur investissement dans le processus : cette implication nourrit la confiance dans les données et clarifie le rôle de chacun, en soulignant la complémentarité des contributions plutôt que leur redondance

Enfin, ces rôles peuvent être formalisés par des protocoles d'accord (MoU) ou d'autres ententes entre les principales parties prenantes du CLM, consolidant ainsi la collaboration et la compréhension mutuelle.



04. EXPLORER DES THÈMES ET QUESTIONS DIRECTEURS

L'intégration doit être envisagée comme une démarche intentionnelle et fondée sur des principes visant à renforcer l'efficacité et la durabilité du CLM sans en compromettre l'indépendance. Pour opérationnaliser ces approches, les stratégies ci-après sont conçues pour guider les metteurs en œuvre du CLM et les bailleurs.

Pour les metteurs en œuvre du CLM et les bailleurs, le cadre suivant doit être utilisé pour déterminer si une activité d'intégration convient au modèle du CLM (voir Tableau 3)

Tableau 3. Cadre d'évaluation des activités d'intégration.

Activité d'intégration proposée:	Activités acceptables	Activités inappropriées
Conférer au gouvernement un pouvoir de décision sur les activités que le programme de CLM mènera ?	Dans le cas d'un gouvernement qui finance ou sert d'intermédiaire financier pour des fonds de bailleurs, il doit exercer un niveau minimal de supervision requis de tous les bénéficiaires.	Intégrer les autorités gouvernementales à la planification opérationnelle avec un rôle décisionnel.
Accorder au gouvernement la propriété des données brutes collectées par le programme de CLM ?	Conclure des accords de partage de données donnant au gouvernement un accès en lecture seule (rapports, partage sécurisé, tableaux de bord).	Tout accès permettant au gouvernement de modifier les données, changer les droits d'accès, imposer le format des données à collecter, ou d'être considéré propriétaire des données.
Accorder au gouvernement le pouvoir de créer les indicateurs du CLM ?	Le gouvernement peut proposer des idées d'indicateurs ; toutefois, les indicateurs finaux doivent émaner des communautés	Le gouvernement prend en charge l'élaboration des indicateurs et conçoit les outils au nom des communautés
Exiger la suppression de données concernant des communautés marginalisées ?	Les gouvernements doivent autoriser la collecte de données pour toutes les communautés et soutenir la mise en œuvre du CLM en facilitant les réunions d'introduction et en apportant un appui en cas de refus d'accès.	Supprimer des données sur des communautés marginalisées pour éviter d'en rendre compte.

4.1 Stratégies et principes pour les metteurs en œuvre du CLM

Du point de vue des metteurs en œuvre du CLM, un alignement accru entre programmes de CLM et autorités publiques doit toujours viser à renforcer l'impact du plaidoyer. Dans cette optique, l'intégration doit être conçue pour lever les obstacles qui empêchent les gouvernements de voir les données communautaires, de recevoir les messages de plaidoyer et d'agir sur ces demandes.

Pour déterminer si une intégration plus poussée peut bénéficier au programme de CLM, les metteurs en œuvre communautaires devraient cartographier les obstacles actuels à un engagement solide : les bailleurs connaissent-ils le programme de CLM ? En comprennent-ils les objectifs ? Comprennent-ils les données que le programme a collectées ? Reçoivent-ils des recommandations dans un format ou par un canal qui leur permet d'agir facilement ?

Les décisions visant à rapprocher davantage le programme de CLM des dépositaires d'obligations ne doivent pas être prises à la légère et devraient toujours être proposées et arrêtées collectivement par le programme de CLM et la communauté, sans engagement des dépositaires d'obligations à ce stade. Ces consultations doivent examiner risques et bénéfices, et prioriser avant tout la préservation de l'indépendance et de la propriété communautaire du CLM, ainsi que la sécurité et le bien-être des personnes servies.

4.2 Stratégies pour les bailleurs de fonds

Les bailleurs jouent un rôle déterminant dans l'opérationnalisation réussie de l'intégration entre les programmes de CLM et les entités gouvernementales. Premier principe : reconnaître la primauté du leadership communautaire dans le fonctionnement du CLM. En conséquence, les bailleurs ne doivent pas exiger que les programmes de CLM intègrent leurs opérations avec les gouvernements, les bailleurs eux-mêmes ou d'autres acteurs non communautaires.

Ils peuvent toutefois offrir des incitations de soutien : financer la collaboration entre programmes de CLM et agences publiques (sessions de formation conjointes, ateliers de renforcement des capacités) ; fournir, lorsque souhaité par le programme de CLM, une assistance technique pour cartographier les activités du CLM, élaborer des plans d'action conjoints et renforcer les compétences relatives à la planification et aux politiques gouvernementales. Lorsque des budgets bailleurs sont orientés vers l'intégration, cela ne doit jamais se faire au détriment du financement de base du cycle du CLM et doit toujours viser un plaidoyer plus impactant, et non l'intégration comme fin en soi.

Lorsque des financements transitent par des entités gouvernementales (p. ex. des ministères de la Santé), les bailleurs ont la responsabilité de veiller à ce que ces canaux financiers comprennent le modèle du CLM et ne soient pas habilités à s'approprier le pouvoir décisionnel du CLM. De même, si un programme de CLM soutenu par des bailleurs est repris par des financements publics, les bailleurs doivent s'assurer que des mécanismes de contractualisation sociale permettent de financer directement les organisations dirigées par les communautés pour mettre en œuvre le CLM, avec des garde-fous protégeant l'indépendance du CLM.

05. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'intégration n'est pas une fin en soi : c'est un levier puissant pour étendre la portée, l'influence et la durabilité du suivi communautaire. Toute démarche d'intégration doit cependant rester solidement ancrée dans les principes d'appropriation communautaire, d'indépendance et de plaidoyer fondé sur les droits. Lorsque ces valeurs risquent d'être compromises, des modèles alternatifs—tels que la coordination ou le plaidoyer parallèle—peuvent offrir des voies plus sûres et plus efficaces.

Bien menée, l'intégration peut débloquent des bénéfices transformateurs pour le CLM : accroître la visibilité et la crédibilité des données produites par les communautés ; sécuriser des financements pérennes via l'inscription dans les budgets et cadres politiques publics ; améliorer l'alignement avec la planification sanitaire nationale ; ouvrir l'accès à des espaces de décision jusque-là difficiles d'accès. Elle peut aussi favoriser de véritables partenariats entre gouvernements et communautés, traduisant les enseignements du terrain en réformes politiques tangibles.

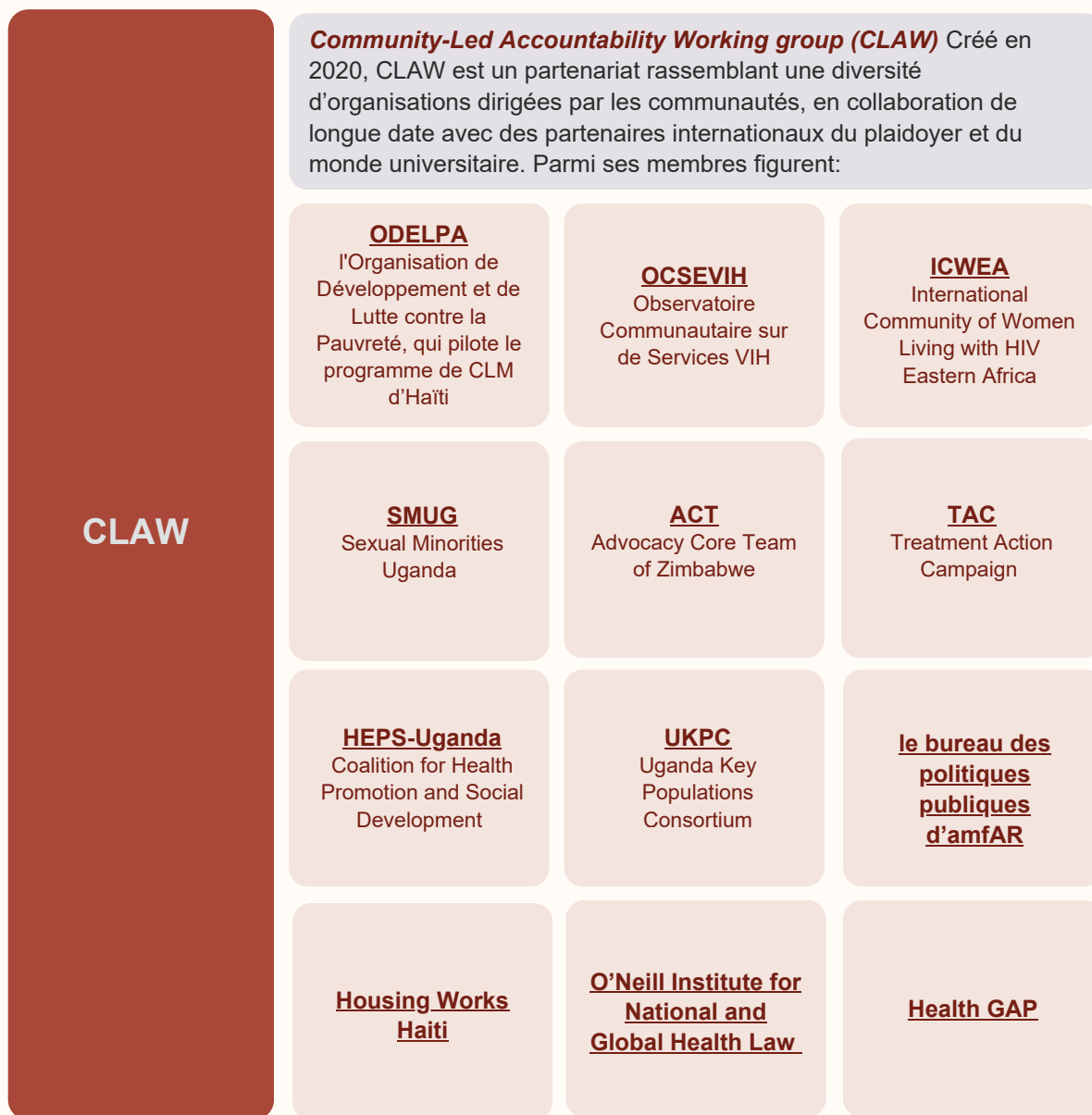
Ces opportunités s'accompagnent toutefois de risques notables. Sans garde-fous clairs, l'intégration peut flouter les lignes d'indépendance, édulcorer le plaidoyer incisif qui fait la force du CLM et contraindre les acteurs communautaires à se conformer aux agendas gouvernementaux—au risque de marginaliser précisément les voix que le CLM a pour mission d'amplifier.

Par conséquent, l'intégration doit être abordée comme un choix stratégique, à poursuivre uniquement lorsqu'elle renforce—plutôt que ne compromette—l'autonomie, l'intégrité et le potentiel transformateur de l'action dirigée par les communautés. Guidée par une finalité claire, des principes et des garde-fous solides, l'intégration peut devenir un catalyseur de changement systémique, garantissant que les voix communautaires non seulement informent, mais façonnent l'avenir de la santé et des droits humains.



06. RESSOURCES ET LECTURES COMPLÉMENTAIRES

À propos de la coalition CLAW, de Coalition PLUS et de WACI Health



Les membres de CLAW disposent d'une vaste expertise en assistance technique (AT) par les pairs et en renforcement des capacités pour créer et consolider le CLM, améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé et lever les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès.



Coalition PLUS

Fondée en 2008, **Coalition PLUS** est un réseau international de plaidoyer actif dans plus de 50 pays aux côtés de 110+ organisations communautaires membres, engagé contre le VIH et les hépatites et visant l'objectif mondial de faire du VIH une menace de santé publique éliminée d'ici 2030 grâce au renforcement du leadership des communautés directement concernées. L'approche stratégique de Coalition PLUS mobilise le plaidoyer, la recherche communautaire, la gestion des connaissances et la coopération Sud-Sud, notamment en Afrique francophone, guidée par les valeurs de respect de la diversité, solidarité et innovation. La présence du réseau—en particulier en Afrique de l'Ouest et du Centre—apporte des capacités et expertises communautaires essentielles dans une région marquée par des inégalités de santé persistantes, où un plaidoyer porté par les communautés est crucial.

WACI Health

Enregistrée en Afrique du Sud en 2008, **WACI Health** est une organisation régionale africaine de plaidoyer qui influence les priorités politiques via une voix pan-africaine de la société civile, fondée sur des données probantes, pour mettre fin aux épidémies mortelles et améliorer les résultats de santé pour toutes et tous en Afrique. Dès le début de la COVID-19, WACI Health s'est imposée à l'avant-plan du plaidoyer en préparation et réponse aux pandémies (PPR) aux niveaux national, régional et mondial. WACI Health est cofondatrice de la Coalition of Advocates for Global Health and Pandemic Preparedness et membre du groupe de travail africain de la Pandemic Action Network (PAN) sur la préparation aux pandémies.

En 2024, **CLAW** a noué un partenariat avec WACI Health et Coalition PLUS pour fournir une assistance technique autour de la préparation et réponse aux pandémies menée par les communautés (COPPER) via le CLM, sur la période d'avril 2024 à décembre 2025. Ce projet est financé par le Mécanisme de riposte à la COVID-19 (C19RM) au titre de l'investissement limité géré de manière centralisée (CMLI), en s'appuyant sur les avancées et enseignements du C19RM porté par le département CRG (droits, genre et communautés) sur 2021–2023.

À la suite de l'approbation par le Conseil du Fonds mondial d'un financement additionnel de 2 millions de dollars US pour COPPER CLM, la mise en œuvre C19RM est prolongée jusqu'en décembre 2025 afin de : renforcer les capacités et la littératie des partenaires communautaires et de la société civile et adapter/étendre les mécanismes de CLM existants pour intégrer les priorités PPR ; appuyer le plaidoyer pour une participation significative des communautés, des metteurs en œuvre du CLM et des partenaires de la société civile aux espaces PPR nationaux et locaux ; accroître l'utilisation des données issues du CLM pour plaider un appui renforcé au renforcement des systèmes communautaires (RSC/CSS) et aux systèmes de santé résilients et pérennes (RSSH) ainsi qu'aux ripostes menées par les communautés, et consolider la préparation aux pandémies ; enfin, produire des connaissances sur le CLM-PPR (articles scientifiques évalués par les pairs, études de cas et réussites documentées, ressources et outils CLM-PPR) et soutenir des événements d'apprentissage aux niveaux mondial et régional.



<https://www.observatoirevih-haiti.org>

<https://www.odelpa.org/>

<https://www.clawconsortium.org>



<https://www.facebook.com/ODELPA>

COPYRIGHT
COPPER,ODELPA,CLAW
SEPTEMBRE 2025

Toutes les photos sont publiées avec l'autorisation d'ODELPA/CLAW

Cette ressource a été élaborée avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme dans le cadre de l'Investissement à gestion centralisée (CMLI) « Communautés dans la préparation et la réponse aux pandémies (COPPER) », au travers de la surveillance dirigée par la communauté (CLM).



COALITION
PLUS