



RAPPORT NARRATIF FINAL

1. Description

- 1.1. Nom du bénéficiaire du contrat de subvention : Coopération Technique Belge
- 1.2. Nom et Fonction de la personne contact : Tchouaiteu Jean Christophe, Responsable de Projet.
- 1.3. Nom des partenaires de l'action : CARE Cameroun, Voluntary Services Overseas VSO Cameroun.
- 1.4. Intitulé de l'action : Action de promotion de la PRI en charge COMMunautaire Intégrée des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA/TB dans la province de l' Extrême Nord du Cameroun. En abrégé « APRICOM/VIH/SIDA/TB –EN »
- 1.5. Numéro du contrat : Santé/2004/078/654 du 21 décembre 2004.
- 1.6. Date du début et date de fin de la période de reporting : 02 janvier – 31 mars 2008.
- 1.7. Pays ou région (s) cible(s) : République du Cameroun Province de l' Extrême Nord en particulier les villes de Maroua, Kousseri, Kaélé et Bogo.
- 1.8. Bénéficiaires finaux et/ou groupes cibles : 1400 Patients PVVIH, TB et autres Maladies chroniques, 1400 pourvoyeurs de soins, 5000 orphelins et enfants Vulnérables, 24 associations, 25 structures de santé et 70 Volontaires Communautaires.
- 1.9. Pays dans lequel les activités sont réalisées : République du Cameroun.

2. Evaluation de la mise en œuvre des activités de l'action.

2.1. Activités et résultats

Résultats Intermédiaires	Indicateurs (prévus ou réalisés)	Etat de réalisation
R. 1. 75% des ménages participants à l'opération reçoivent la gamme complète des services de PCC adaptés à leur contexte et à leurs besoins et adhèrent au traitement anti tuberculeux	Le projet devait identifier et assurer la prise en charge communautaire de 1400 patients, avec l'appui de 70 volontaires et 1400 pourvoyeurs de soins qu'il aura formé. 5000 orphelins et enfants vulnérables devaient être identifiés et prise en charge	A la fin de l'opération, nous avons identifié et encadré 2263 patients (soins cliniques et palliatifs) et 2065 patients (suivi psychologique, social et spirituel) avec 2345 pourvoyeurs de soins et 72 volontaires effectivement actifs sur les 150 initialement formés. 6668 ont été identifiés et pris en charge par le projet directement au plan médical et nutritionnel, et indirectement à travers notre partenaire CARE qui dans le cadre du CARE Match assuré la prise en charge scolaire et sociale. Le projet à partir du milieu de la 2 ^{ème} année, a dû adjoindre à la gamme de services, la prise en charge nutritionnelle et médicale des indigents. C'est ainsi que 1285 patients indigents ont été pris en charge. Ceci a permis de maîtriser le taux de décès et de le maintenir à environ 10,9 % au lieu des 20% de la première année. La file active en fin de projet est composée de 2016 personnes dont seulement 20 % nécessitent des soins réguliers. Le reste ayant repris une vie active normale.
R. 2. Réseautage et orientation adéquats et actifs entre les ménages, les services communautaires et les structures de santé	Dans ce cadre, le projet devait collaborer avec 25 centres de santé et 04 centres sociaux 1400	Nous avons effectivement collaboré avec 06 centres sociaux et 47 centres de santé dont 04 hôpitaux de districts, 01 hôpital provincial et 01 hôpital privé tous fonctionnant dans la zone du projet. Pour la pérennisation des activités, Les délégués provinciaux ont signé un protocole de collaboration pour formaliser cette collaboration et désigné des points focaux VIH/SIDA. 03 des 04 sites ont un forum des parties prenantes fonctionnel.
R. 3. 60% des membres de famille pourvoyeurs de soins et les volontaires communautaires participant à l'opération assurent une prise en charge correcte des symptômes et une bonne qualité de vie aux malades et aux mourants.	Il était prévu la formation de 1400 pourvoyeurs de soins dans les familles et 70 volontaires	Nous avons formés 2345 pourvoyeurs de soins et 150 volontaires communautaires dont 72 ont été retenus pour assurer l'encadrement des malades au quotidien parallèlement avec la formation à la tâche et permanente des pourvoyeurs de soins.
R. 4 75% des bénéficiaires vivant avec le VIH/SIDA/ TB et autres maladies chroniques et participant à l'opération appliquent correctement les connaissances et aptitudes de base en vue de mieux s'occuper d'eux-mêmes et vivent positivement.	La cohorte attendue était fixée à 1400 patients	Le projet a identifié et suivi 2263 patients, nous en avons perdus 247 pas décès. A la fin du projet nous laissons une file active de 2016 patients dont 20% soit 403 seulement ont besoins de soins et d'un suivi régulier parce que entré récemment dans la cohorte.

Résultats Intermédiaires	Indicateurs (prévus ou réalisés)	Etat de réalisation
R.5. 20% des ménages participant à l'opération démontrent qu'il existe un partage plus équitable du fardeau que représente la fourniture de soins dans la maison entre les hommes et les femmes.	Les aspects Genre bien intégrés par les divers intervenants au sein des familles	Le projet pour servir d'exemple, a intégré les hommes tant dans les équipes PCC que parmi les volontaires et les pourvoyeurs de soins. Nous avons fait une analyse du contexte environnemental du projet et organisé des formations de formateurs sur l'intégration des aspects genre dans les activités de la PCC. Un recueil d'outils pédagogiques mis au point à la suite de ces formations sur les quatre sites va servir de support pour la poursuite des activités de sensibilisation et de mobilisation sociale en faveur de l'allègement de la charge de l'entretien de malades qui pèse essentiellement sur les femmes et les filles.
R. 6. Le modèle PCC est intégré et complémentaire aux services de santé existants et les leçons apprises et les meilleures pratiques communiquées à toutes les parties prenantes concernées.	Un recueil présentant un modèle de PCC répliquable rédigé et disponible	Ce recueil a été rédigé par une consultante mise à la disposition du projet par notre partenaire VSO. Le draft finalisé reste à être imprimé et présenté au public. Le fait que les partenaires et autres parties prenantes aient bien compris tout au long de la mise en œuvre du projet que la PCC est une stratégie complémentaire et indispensable à la prise en charge globale des Malades chroniques en générales et des PVVIH/TB en particulier, a été une étape nécessaire à la poursuite heureuse de cet effort d'intégration de la PCC dans la stratégie nationale de lutte contre le VIH. L'étape suivante sera de promouvoir un lobbying auprès du Ministère de la Santé publique et du Ministère des Affaires Sociales pour la réplique de ce modèle dans le reste du territoire national.
R. 7 Entrer en partenariat avec ONG/OBC/CG engagés dans la PCC	24 Partenaires soutenus	23 associations ont été soutenues par le projet avec une subvention de 2000 000 F. CFA chacune dans le but de créer des AGR pour l'autofinancement de leurs activités de PCC et l'appui aux PVVIH promotrices d'AGR pour leur permettre de reconquérir leur autonomie financière et réussir leur réintégration sociale.

2.2. Comment évaluez-vous les résultats de l'action ? Incluez vos observations sur la mesure dans laquelle l'objectif général et les objectifs spécifiques ont été atteints, et si l'action a eu des résultats positifs ou négatifs inattendus (veuillez spécifier si possible par activité et de façon générale en vous référant aux indicateurs du cadre logique

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>RI.1. Administrer les soins cliniques aux patients</p> <p>Activité 1. Identifier les clients</p> <p>Activité 2. Référer les clients vers les structures de soins.</p> <p>Activité 3. Recevoir les cas contre référés .</p> <p>Activité 4. Effectuer des visites à domicile.</p> <p>Activité 5. suivre l'observance du traitement par les patients.</p> <p>Activité 6. Administrer des soins palliatifs.</p>	<p>Le projet a identifié 2263 patients dont 1082 PVVIH, 350 tuberculeux, 93 VIH/TB et 491 autres malades chroniques. Nous avons enregistré en tout 247 décès ; soit 10,9 %. Au 31 décembre 2007, nous laissons une file active de 2016 patients.</p> <p>Nos services ont référés 3034 patients vers les structures de santé, les religieux et les centres sociaux dont 898 dans les seuls services de dépistage volontaire. Ils ont reçu de ces services Moins de 500 contre référence. Ceci ne signifie pas que les cas référés n'ont pas été reçus mais dénote plutôt une difficulté pour ces services à se plier aux exigences de la contre référence à cause du supplément de travail administratif que ceci exige pour des partenaires souvent seuls à leur poste et sous pression du nombre toujours plus grand de patients qui y affluent, suite à l'action de la PCC.</p> <p>14 264 visites à domicile (VAD) effectuées soit en moyenne 07 visites par patient et par mois.</p> <p>788 visites de suivi des 5067 patients sous traitement (IO et autres maladies courantes) parmi lesquels nous avons décompté 270 cas de rupture de traitement par manque de médicaments ou d'aliments. Ces cas ont été résolus grâce au programme de prise en charge médicale et nutritionnelle.</p> <p>1763 patients ont bénéficié des soins palliatifs. C'est parmi eux que nous avons enregistré les 247 décès.</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>RI.2. Administrer les soins psycho sociaux et spirituels au sein des structures de santé et à travers les ONG/ OBC/CG</p> <p>Activité 1. Effectuer le counseling aux usagers. Activité 2. diffuser les dépliants Activité3. référer les clients pour les soins psycho sociaux et spirituels.</p>	<p>443 séances de counselling et 1784 visites à domicile on permis d’apporter un soutien social et psychologique à plus de 30072 membres des familles affectées, 8006 patients toutes catégories confondues hors cohorte.</p> <p>Le projet a produits et diffusé plus de 10000 dépliants d’information sur le VIH et la PCC, et des affiches pour vulgariser sa devise « Prévenir, Soigner, Assister ».</p>
<p>RI.3. Offrir un appui social au sein des établissements de santé et à travers les ONG/ OBC/CG</p> <p>Activité 1. Organiser un appui au PVVIH/TB en cas de conflits Activité 2. Assurer l’assistance judiciaire en cas de nécessité. Activité 3. Recenser les OEV Activité 4. Assurer le soutien aux OEV en les référant aux projets en cours.</p>	<p>L’appui social et les règlements de conflits familiaux et conjugaux dus au VIH a intéressé moins de 100 clients adultes surtout des veuves suite au décès de leur conjoint.</p> <p>Par contre 2 519 ont bénéficié de l’appui de notre partenaire CARE pour leur inscription à l’état civil et à l’école dans le cadre du projet SOEVEN comme contribution au projet APRICOM dénommé CARE MATCH(soutien global) sur seulement 2 des 4 site du projet et 2251 par APRICOM (nutrition et santé).</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>R 2. Sensibilisation des communautés sur les points d'administration de la PCC.</p> <p>Activité 1. Sensibiliser les femmes enceintes lors des CPN pour le dépistage volontaire.</p> <p>Activité 2. Sensibiliser les masses par le biais des volontaires, des membres des EPCC et les associations.</p> <p>Activité 3. Organiser les causeries éducatives.</p> <p>Activité 4. sensibiliser les jeunes par le biais des pairs éducateurs.</p> <p>Activité 5. Sensibiliser les jeunes par les projections de films.</p>	<p>1090 femmes enceintes ont été touchées au cours des séances d'information sur la PTME dans les CPN. Mais dans le contexte du projet, la femme même convaincue de l'intérêt qu'elle aurait à se faire dépister, ne peut pas le faire sans obtenir au préalable l'autorisation de son mari. C'est ce qui explique que malgré cette activité intense, nous n'avons pu enregistrer que 38 femmes enceintes sous traitement PTME.</p> <p>129 séances de sensibilisation de masses ont permis d'atteindre 41 624 personnes et 320 causeries éducatives ont intéressé 16 177 personnes. Sur le site de Bogo en particulier, une intense activité en direction des jeunes scolaires a permis de former 12 pairs éducateurs et de sensibiliser 4539 jeunes contre les méfaits des IST et du VIH/SIDA grâce aux pairs éducateurs et 880 jeunes grâce à la projection de film éducatifs pertinents.</p> <p>Ces activités de sensibilisation étaient au départ justifiées par la nécessité de créer un environnement communautaire indispensable à la mise en place des activités de la PCC.</p>
<p>R 3. Renforcement des capacités des collaborateurs.</p> <p>Activité 1. Former à la base les 16 membres des équipes PCC.</p> <p>Activité 2. Recycler les membres des équipes PCC.</p> <p>Activité 3. Former à la base au moins 70 volontaires communautaires.</p> <p>Activité 4. assurer la formation permanente des volontaires communautaires.</p>	<p>Au début des activités du projet, une session de formation sur les techniques de la PCC a été organisée pour les 16 membres des EPCC. A partir de la deuxième année des sessions de recyclage étaient couplées aux réunions de coordination pour compléter de formations un peu plus individualisées dispensées par les membres de l'UGP au cours des séances de supervisions mensuelles.</p> <p>La session de formation initiale des volontaires s'est effectuée par site et a concerné 150 participants parmi lesquels 72 ont été retenus pour collaborer à la PCC. Leur formation permanente a obéi à la même logique que celle des membres des EPCC au cours de réunions mensuelle.</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>R 4. Supervision et revus des progrès accomplis par les volontaires et les membres des EPCC.</p> <p>Activité 1. Faire des réunions de concertation trimestrielles.</p> <p>Activité 2. Tenir des réunions hebdomadaire de coordination EPCC et volontaires.</p> <p>Activité 3 Organiser la supervision des volontaires par les EPCC.</p> <p>Activité 4. Organiser la supervision mensuelle des EPCC par l'unité de gestion du projet.</p>	<p>Ces activités de monitoring interne du projet ont été régulièrement réalisées en intégrant les aléas de calendriers des collaborateurs. C'est ainsi que nous avons tenues 10 réunions trimestrielles de coordination qui ont permis tant de planifier les activités que d'en évaluer la mise en œuvre. Ces réunions étaient aussi pour l'équipe une grande occasion de partage et de renforcement de l'esprit de groupe.</p> <p>Une fois par semaine, les membres de équipes PCC avaient une réunion de synthèse avec les volontaires dont l'objet portait sur la synthèse des statistiques de la semaine, la supervision des volontaires avec arrêt du plan d'action pour la semaine suivante. Ces rencontres permettaient également d'identifier les besoins de formation des membres du groupe et d'en organiser la satisfaction en relation avec l'Unité de gestion du projet.</p>
<p>R 5. Orientation des acteurs clés vers la PCC</p> <p>Activité 1. Organiser des sessions d'information et de plaidoyer auprès des autorités traditionnelles, religieuses et toutes autres associations susceptibles d'appuyer la PCC</p>	<p>Dans le cadre des réunion de sensibilisation et des fora des paries prenantes, 249 autorités traditionnelles et religieuses ont été touchées. Leur rôle s'est avéré indispensable tant dans la facilitation de l'accès dans les familles, l'intégration des volontaires communautaires, la lutte contre la stigmatisation. L'implication de ces autorités dans l'information sur le VIH a contribué à lever le caractère tabou de la maladie et de faire progresser plus rapidement la possibilité de trouver des PVVIH qui acceptent de témoigner à visage découvert comme leur contribution à la vulgarisation préventive de la réalité de la pandémie à l'attention des plus sceptiques.</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>R 6. Formation des PVVIH et des prestataires de soins sur les connaissances et les techniques de base des soins à domicile et une meilleure qualité de vie.</p> <p>Activité 1. Former les pourvoyeurs de soins à la PCC</p> <p>Activité 2. Former les PVVIH à leur auto prise en charge.</p> <p>Activité 3. Encourager les PVVIH à partager leur statut sérologique.</p> <p>Activité 4. Former les PVVIH à la vie positive avec le VIH.</p>	<p>Pour soutenir ces formations, le projet a produit un recueil intitulé « Guide du volontaire communautaire », une boîte à images pour accompagner les séances de sensibilisation contre la stigmatisation, un diaporama « CTB Projet APRICOM/EN par Franck Ribas » et un téléfilm documentaire d'information « Le chemin de Bogo par Hubert Atangana du CIRTEF » sur les activités du projet.</p> <p>5380 pourvoyeurs de soins, amis et membres des familles des patients ont été formés aux techniques de soins à domicile.</p> <p>1782 PVVIH ont été éduqués sur leur auto prise en charge.</p> <p>2063 PVVIH ont été positivement encouragées à partager leur statut sérologique.</p> <p>241 PVVIH au bord du désespoir, ont réappris à vivre positivement avec le VIH</p>
<p>R 7. Formation des membres des ONG/OBC/GC sur le montage, l'exécution et le suivi des micro projets.</p> <p>Activité 1. Encourager la mise en places associations de PVVIH.</p> <p>Activité 2. Tenir des réunions d'information avec les membres des associations.</p> <p>Activité 3. Former les membres des associations sur la vie associative et les AGR.</p>	<p>Cette activité n'a pas été réalisée parce que le travail avec les associations a commencé assez tard, le préalable ayant été de mobiliser d'abord les populations pour les activités concertées de groupe.</p> <p>Nous avons réussi à promouvoir la création de 10 nouvelles associations de PVVIH dans les quatre sites du projet.</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>R 8. Fourniture des Kits médicaux et non médicaux pour les soins à domicile aux volontaires, aux PVVIH/TB et à leurs prestataires de soins.</p> <p>Activité 1. Fournir les KITS</p> <p>Activité 2. Contrôler et monitoring de la gestion des KITS.</p>	<p>Les Kits médicaux fournis en permanence par le projet étaient les médicaments usuels contre les IO, le nécessaire pour les pansements, les vitamines. 7481 personnes, sexe et âge confondus ont bénéficié de ces Kits médicaux.</p> <p>Les kits non médicaux étaient constitués de 5000 moustiquaires imprégnées, du savon de ménage, de la vaseline. 7188 personnes en ont bénéficié et 6395 OEV ont bénéficié des kits médicaux et non médicaux</p> <p>Sur chaque site, la pharmacie était tenue par l’infirmier, membre de l’EPCC et le contrôle était assuré sur la base des fiches de stocks, mensuellement par l’Assistante administrative de l’UGP. Le chef d’équipe assurait le suivi des stocks à travers les fiches de stocks tenues par l’infirmier et les ordonnances servies.</p>
<p>R 9. Former les membres de fora des parties prenantes dans les quatre sites sur la PCC et les aspects Genre dans la PCC.</p> <p>Activité 1. Tenir des réunions avec les parties prenantes à la PCC.</p> <p>Activité 2. Former les partenaires du secteur santé sur la PCC et les aspects Genre dans la PCC.</p> <p>Activité 3. Former les partenaires du secteur Affaires sociales sur la PCC et les aspects Genre dans la PCC.</p> <p>Activité 4. Former les membres des associations partenaires sur la PCC et les aspects Genre dans la PCC.</p>	<p>Des quatre sites du projet, Trois ont réussi chacun, à mettre sur pied un forum de parties prenantes fonctionnel avec la participation de 165 personnes en tout. Le caractère cosmopolite de la ville de Maroua a rendu cette activité difficile. La récente réorganisation administrative de la ville de Maroua en trois communes urbaines est certainement un facteur qui va permettre de retenir l’expérience sur la base de ces unités administratives plus restreintes.</p> <p>Cependant, dans le site de Maroua, une mobilisation des 150 chefs traditionnels à la base a permis de faciliter l’intégration des volontaires dans les familles.</p> <p>127 personnels de santé et 115 membres des comités de santé à la base ont été formés à la PCC et sur les aspects genre.</p> <p>45 personnels des affaires sociales ont aussi été formés sur le PCC et sur les aspects Genre mais avec un accent particulier sur les stratégies d’intégration de la PCC dans le cahier de charge des travailleurs sociaux, en préparation du processus d’appropriation de la PCC par les services sociaux de base.</p> <p>150 membres des 10 associations de P+ ont été formés sur la PCC, les aspects genre.</p> <p>Compte tenu du fait que ces formations visent essentiellement le changement des comportements humains. Il nous semble nécessaire de continuer à soutenir cette information permanente pour réussir à terme à faire accepter la perception de la participation des hommes dans les activités de PCC comme quelque chose de normale.</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>R 10. Intégration des aspects Genre dans tous les tous les aspects des activités de PCC,du centre de santé au continuum des soins à domicile.</p> <p>Activité 1. Sensibiliser les communautés pour l'implication des hommes dans la PCC.</p> <p>Activité 2. Recycler les membres des EPCC et les volontaires communautaires sur les aspects Genre.</p> <p>Activité 3. Former les pourvoyeurs de soins sur les aspects genre.</p>	<p>Comme préalable à cette activité, nous avons réalisé une analyse sexo spécifique du contexte des quatre sites du projet avec l'aide d'une consultante spécialisée dans la gestion des aspects GENRE. A l'issu de cette analyse, Une série de quatre séminaires a été organisés dans les quatre sites pour recycler les 16 membres des EPCC et les 72 volontaires sur les aspects genre.</p> <p>A l'issu de ces formations, un recueil d'outils pédagogiques a été mis à leur disposition pour leur permettre de pouvoir à leur tour former d'autres partenaires qui sont les membres des familles, les pourvoyeurs de soins, les leaders traditionnels, religieux ainsi que les membres des fora des parties prenantes.</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>R 11. Organiser un partenariat avec les ONG/OBC/GC capables de contribuer aux activités communautaires.</p> <p>Activité 1. Lister les ONG/OBC/GC candidates aux activités par sites.</p> <p>Activités 2. Contacter les ONG/OBC/GC retenues.</p> <p>Activité 3. Programmer les rencontres avec les ONG/OBC/GC retenues.</p> <p>Activité 4. Elaborer un programme d'activités avec les ONG/OBC/GC retenues.</p> <p>Activité 5. Assurer la supervision des activités des associations retenues.</p>	<p>Suite à un appel à manifestation d'intérêt et à projets que nous avons largement diffusé dans les sites du projet, plus de 150 associations ont fait parvenir leurs projets et une commission ad hoc les a analysés sur la base des critères de faisabilité et de possibilité pour les projets à générer des ressources pour permettre soit à l'association à autofinancer des activités PCC en faveur les PVVIH, soit au PVVIH soutenu à reconquérir son autonomie financière dans un contexte de pauvreté endémique qui caractérise la province en générale et les sites du projet APRICOM en particulier.</p> <p>Parmi les 120 associations, 23 ont été retenues et subventionnés à concurrence de 2000 000 F. CFA par association. Le suivi financier des AGR financés et la formation des membres des associations ont été réalisés avec l'aide d'une consultante retenue à cet effet. Compte tenu du fait que cette activité a mis du temps à être opérationnel, nous n'avons pas pu réaliser tout le programme de formation. Les volets « vie associative et gestion financière des AGR » on été réalisés en priorité. Nous recommandons au GICAF, ONG locale qui reprend les activités du projet, de poursuivre ce cycle de formation par les volets Stratégie d'identification des sources de financement locaux - Montage des dossiers de demande de financement appropriés – Stratégies d'approches des bailleurs de fonds.</p>

Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)
<p>R 12 Soutien médical et nutritionnel aux indigents et OEV</p> <p>R 12.1 Soutenir les indigents. Activité 1. Identifier les indigents Activité 2. soutenir les indigents selon leurs besoins.</p> <p>R 12. 2 Soutenir les OEV Activité 1. Identifier les OEV Activité 2. Soutenir les OEV selon leurs besoins.</p>	<p>Le comité de pilotage de mars 2007 avait décidé d'intégrer la prise en charge médicale et nutritionnelle des indigents et des OEV dans les préoccupations du projet afin de juguler le taux de mortalité galopant parmi les patients qui n'arrivaient pas à payer les frais médicaux pour leurs soins contre les Infections Opportunistes, le taux élevé d'arrêt de traitement pour cause de dénutrition.</p> <p>Parmi les patients identifiés, 981 ont été déclarés indigents sur la base des analyses suivant la grille nationale d'indigence. Ils sont pour la grande majorité des chargés de famille ; d'où le nombre élevé des personnes indigentes prises en charge dans le projet soit 1285. Ils ont bénéficié de soins médicaux gratuits, des examens pré thérapeutiques et bilans semestriels gratuits ainsi qu'un appui nutritionnel pour soutenir les actions de suivi de l'observance di traitement.</p> <p>Parallèlement à l'action de notre partenaire CARE en direction des OEV dans le cadre du CARE MATCH, le projet a directement identifié 2873 OEV et déterminé les besoins de 2802 parmi lesquels 2251 ont été directement soutenus au plan médical et nutritionnel et ceux qui avaient des besoins éducatifs et de formation professionnelle et de soutien judiciaire (inscription à l'état civil et appui à la résolution des problèmes de succession) ont été référés aux structures plus appropriées pour action.</p>
<p>R. 13. Assurer la pérennisation des activités du projet pilote.</p>	<p>Deux actions ont été prises pour assurer la continuité des activités de PCC après le 31 décembre 2008.</p> <p>L'identification d'une ONG locale GIC Avenir Femme qui avec l'appui de notre partenaire VSO a pu trouver un financement du Global FUND pour couvrir l'exercice 2008. Cette ONG a pris possession du patrimoine des sites et continue le suivi des patients depuis le 1^{er} janvier 2008. ARPICOM continue son appui technique jusqu'en fin mars 2008 pour assurer un processus de passation ancrage harmonieux des activités en relation avec les superviseurs de site mis en place par le GICAF et les points focaux désignés par les délégués provinciaux de la santé Publique et des Affaires Sociales.</p> <p>Le fait d'avoir non seulement centré son action sur le VIH, mais aussi d'avoir intégré la tuberculose, le paludisme, les autres maladies chroniques et les Infections Opportunistes dans son répertoire de cas a contribué à réduire la stigmatisation et à renforcer l'action complémentaire de la PCC dans la chaîne de la prise en charge globale des patients. Ceci nous semble être une manière originale pour APRICOM/EN de montrer la réalité du fait que la pandémie VIH/SIDA est effectivement une maladie comme les autres malgré ses spécificités propres.</p>

2.3. Quel est l'apport de l'action pour les bénéficiaires finaux et /ou les groupes cibles et pour la situation dans le pays ou la région visé par l'action.

Les patients P+ et leurs familles qui ont bénéficié de cette prestation ont très positivement perçu l'action du projet APRICOM comme arrivée au bon moment pour les aider à s'assumer et à survivre avec leur statut sérologique positif. Le seul goût amer qu'ils en garde est la rapidité avec laquelle il est arrivé et qu'il repart. Ils auraient tous souhaité voir les activités du projet continuer à leur dispenser des soins gratuits dans un contexte de pauvreté endémique. Ils ont développé avec le projet les réflexes de survie suivants :

- Une spontanéité à se rendre à l'hôpital lorsque l'on ne se sent pas bien.
- Une meilleure compréhension du VIH et une habilité à vivre positivement avec cette maladie et/ou avec les malades du SIDA.
- Une meilleure image de soi malgré son statut sérologique ; ce qui les a aidé à réduire la tendance à l'auto stigmatisation et au repli sur soi. La facilité avec laquelle on trouve aujourd'hui dans la zone du projet, des séropositifs pour faire des témoignages à visage découvert, est un indicateur de cette libération de l'emprise de la maladie.
- Une meilleure acceptation du traitement à vie ou de longue durée pour la TB. Dans cet ordre d'idée, le taux des perdus de vue est allé en décroissant dans les centres de traitement de la tuberculose dans les quatre sites du projet.

En ce qui concerne la situation de la lutte contre le VIH dans la région de l'Extrême Nord du Cameroun couverte par le projet, la synergie que le projet a créée entre les services de santé, des affaires sociales, les associations et les leaders communautaires constitue une innovation qui va impulser une nouvelle dynamique dans la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010 en ce qui concerne les axes prioritaires relatifs à la prise en charge psychosociale des patients séropositifs en particulier. Le modèle PCC APRICOM qui en est le résultat va certainement inspirer d'autres actions similaires dans les autres parties du pays ; ceci, par son rôle multiplicateur, va permettre une prise en charge plus étendue et plus efficace des malades chroniques en général et des PVVIH en particulier.

2.4. Veuillez énumérer toutes les publications (et le nombre d'exemplaires) produites pendant l'Action quel qu'en soit le format, entre autre celles contenant de nouvelles approches, des moyens innovateurs de communication.

Pendant l'Action, nous avons produit les publications suivantes :

1. Une boîte à images sur la stigmatisation des PVVIH, en 150 exemplaires et distribués aux membres des équipes PCC, aux 72 volontaires communautaires, aux 23 associations subventionnées, aux points focaux de la Délégation du Ministère de la Santé Publique et de la Délégation provinciale du Ministère des Affaires Sociales.
2. Un brochure intitulé « Guide du volontaires communautaires » pour servir d'aide mémoire aux volontaires au cours de visites à domicile pour les soins curatifs et les entretiens et soins divers dispensés aux patients à domicile. Produits en 1500 exemplaires ce document a été distribué à tous les intervenants dans la chaîne de soins autres que les volontaires communautaires.
3. Une affiche présentant la devise du projet « Prévenir, Soigner et Assister » Produite en 1000 exemplaires et distribuée largement pendant les séances de causeries éducatives et de sensibilisation.
4. Des dépliants sur des thèmes aussi divers que les informations générales sur le VIH/SIDA, le Nutrition du PVVIH, le lutte contre le paludisme, le projet APRICOM.
5. Trois spots radiophoniques sur le VIH traduits en Français, Ffuldéd et Arabe et diffusés sur radio Maroua.

6. Un film documentaire intitulé « Le chemin de Bogo » en Français et « Bogo's dream » pour la version anglaise, avec les concours du représentant régional du CIRTEF. Ce film a été diffusé une fois à la CRTV et à STV, deux télévisions de grande écoute au Cameroun. Le siège de la CTB à Bruxelles a aussi annoncé sa diffusion sur TV5 Europe, TV5 Afrique, RTB F2 et RTB SAT dans le cadre de la rubrique « Reflets du Sud ». Il a été aussi mis sur DC DVD et distribué aux partenaires et aux sites du projet pour servir de composante aux divers CD thème sur la SIDA
7. Deux diaporamas sur le projet, l'un par un photographe professionnel M. Franck Ribas et l'autre par notre informaticien maison.

2.5. Veuillez énumérer tous les contrats (travaux, fournitures, services) de plus de 5000 Euros attribués pour la mise en œuvre de l'action en indiquant pour chacun d'eux le montant, la procédure d'attribution et le nom du contractant.

Numéro d'ordre	Intitulé du CSC	Date d'envoi ou de publication	Pays partenaire	Code Navision prestation	Type de marché	Date et heure de clôture	Date de passation	Attributaire ou Contractant	Budget prévu (€)	Montant final du marché passé (€) HTVA	Montant final de la facture (FCFA)	Montant final de la facture (éq. en €)
CAM/004	AOLO pour la fourniture de 16 motos pour l'Action de Promotion de la prise en charge communautaire intégrée pour les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA/TB.	28/04/2005	Cameroun	CAM 04 0101 T	Fournitures	26/05/2005 à 10h00	26/05/2005	PBC Sarl Yaoundé	48 784	45 491	29 840 000	45 491
CAM/005	AOLO pour la fourniture de deux (2) véhicules pour l'Action de Promotion de la prise en charge communautaire intégrée pour les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA/TB.	03/03/2005	Cameroun	CAM 04 0101 T	Fournitures	25/03/2005 à 10h00	22/04/2005	Ets EBA Yaoundé	60 000	51 833	34 000 000	51 833
CAM/018	Fourniture de 210 vélos pour l'Action de Promotion de la prise en charge communautaire intégrée pour les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA/TB.	26/04/2005	Cameroun	CAM 04 0101 T	Fournitures	26/05/2005 à 10h00	27/05/2005	EDICOM Yaoundé	32 014	24 011	15 750 000	24 011
CAM/019	Acquisition de 2 ordinateurs, 2 imprimantes, 3 logiciels, 3 onduleurs, 3 surges, 1 imprimante-photocopieur-fax-scanner combiné et 1 photocopieur pour l'Action de Promotion de la prise en charge communautaire intégrée pour les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA/TB.	16/02/2005	Cameroun	CAM 04 0101 T	Fournitures		08/03/2005	Est Mohamadou Maroua	8 000	7 885	5 172 000	7 885
CAM/023	Fourniture de kits non médicaux pour l'action de promotion de la prise en charge communautaire intégrée pour les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA/TB dans la province de l'Extrême-nord.	05/08/2005	Cameroun	CAM 040101/T	Fournitures	05/09/2005 à 10h00	08/09/2005	Ets EMT		39 127	25 665 500	39 127

Numéro d'ordre	Intitulé du CSC	Date d'envoi ou de publication	Pays partenaire	Code Navision prestation	Type de marché	Date et heure de clôture	Date de passation	Attributaire ou Contractant	Budget prévu (€)	Montant final du marché passé (€) HTVA	Montant final de la facture (FCFA)	Montant final de la facture (éq. en €)
CAM/024	Fourniture de médicaments, consommables médicaux et assimilés pour l'Action de prise en charge communautaire intégrée pour les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA/TB dans la province de l'Extrême-nord.	06/08/2005	Cameroun	CAM 040101/T	Fournitures	05/09/2005 à 10h00	24/11/2005	CENAME Yaoundé	31 603	10 827	7 102 046	10 827
CAM/025	Mission d'appui à l'adaptation d'un plan de mise en œuvre, d'assistance technique à distance par e-mail et d'évaluation à mi-parcours pour l'Action de prise en charge communautaire intégrée pour les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA/TB dans la province de l'Extrême-nord.	01/08/2005	Cameroun	CAM 040101/T	Services	22/08/05 à 10h00	01/09/2005	Dr Alberto Piubello , Médecin spécialisé en santé publique	10 212	14 800	9 708 164	14 800
CAM/075	Appui conseil et l'organisation d'un atelier sur le renforcement de l'esprit d'équipe et la communication / APRICOM	05/04/2006	Cameroun	CAM 04 0101T	Services	15/04/2006 à 17h00	21/04/2006	Cabinet AGESFO Douala	5 000	4 817	3 160 014	4 817
CAM/080	Fourniture de moustiquaires avec kit d'imprégnation à l'Action de prise en charge communautaire intégrée pour les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA/TB dans la province de l'Extrême-nord.	09/05/2006	Cameroun	CAM 04 0101T	Fourniture	Gré à gré	07/06/2006	ACMS Yaoundé	21 953	14 400 000	14 400 000	21 953
CAM 081	Fourniture de deux appareils spectrophotomètres et hématologie pour le compte des Districts de Santé de Bogu et Kaélé	20/09/2006	Cameroun	CAM 04 0101T	Fourniture	Dossier en cours de finalisation	01/12/2006	Ets SOPREST Yaoundé	26 831	17 599 982	17 599 982	26 831
CAM/100	Fourniture des Kits médicaux par la CENAME avec dérogation de la DCE Yaoundé sur lancement DAO	31/01/2007	Cameroun	CAM 04 0101T	Fourniture	12/02/2007 à 10h00	20/02/2007	CENAME Yaoundé	19 768	17 230	11 302 139	17 230
CAM/101	Appels à Projets pour Associations (Subvention de 24 (vingt quatre) Associations/ ONGs pour les AGR sur sites du Projet	31/07/2006	Cameroun	CAM 04 0101T	Subvention	20/04/2007	01/06/2007	23 associations/ CTB	73 171	70 127	46 000 000	70 127

Numéro d'ordre	Intitulé du CSC	Date d'envoi ou de publication	Pays partenaire	Code Navision prestation	Type de marché	Date et heure de clôture	Date de passation	Attributaire ou Contractant	Budget prévu (€)	Montant final du marché passé (€) HTVA	Montant final de la facture (FCFA)	Montant final de la facture (éq. en €)
CAM/102	Fourniture du paquet alimentaire sur les quatre sites du Projet en deux Lots	26/03/2007	Cameroun	CAM 04 0101T	Fourniture	30/04/2007 à 11h00	19/06/2007	Ets Espoir Business Yaoundé (Lot N°1) Ets Mohamadou Maroua (Lot N°2)	138 576	182 927	123 020 800	187 544
CAM/107	Enquête sexospécifique		Cameroun	CAM 04 0101T	Services	26/07/2007 à 11h00	20/06/2007	Cabinet FOCAP Yaoundé	5 793	5 793	3 799 958	5 793
CAM/108	Fourniture de 1000 moustiquaires pré imprégnées à GICAF-VSO pour le compte APRICOM MATCH	06/01/2008	Cameroun	CAM 04 0101T	Services	11/01/2008 13h21	12/01/2008	AMCS Yaoundé	5 183	5 183	3 400 000	5 183
CAM/109	Fourniture des Kits médicaux par la CENAME avec dérogation de la DCE Yaoundé sur lancement DAO	31/01/2008	Cameroun	CAM 04 0101T	Fourniture	12/02/2008 à 10h00	20/02/2008	CAPP MAROUA	9 146	8 222	5 393 500	8 222
CAM/111	Fourniture des Kits non médicaux (Vaseline)	05/02/2008	Cameroun	CAM 04 0101T	Fourniture	07/02/2008 à 11h45	01/03/2008	Ets FACO Maroua	1 646	1 646	1 080 000	1 646
CAM/112	Fourniture de 300 Pneus VTT et 300 Chambres à Air	04/04/2008	Cameroun	CAM 04 0101T	Fourniture	07/04/2008 à 15h20	15/04/2008	Ets ABBA DAÏROU Maroua	2 287	2 287	1 500 000	2 287
CAM/113	Evaluation Finale du Projet APRICOM-EN	18/03/2008	Cameroun	CAM 04 0101T	Services	08/04/2008 à 11h00	11/04/2008	Cabinet AGESFO Douala	7 866	7 866	5 160 000	7 866

2.6. Indiquer si l'Action va se poursuivre après la fin de l'aide de la Communauté Européenne Y a-t-il un suivi des activités envisagé ? Qu'est-ce qui va assurer la durabilité de l'Action ?

La pérennisation de l'action était l'une des préoccupations des partenaires tout au long de la mise en œuvre du projet. C'est pour répondre à ce souci qu'une ONG locale a été identifiée Pour assurer la continuité des activités dans les quatre sites du projet après le phase pilote financée par l'Union Européenne. Ceci sera fait pendant l'année 2008 avec l'appui technique de VSO et le soutien financier du Global Fund. Une équipe tripartite composée des représentants des délégations provinciales du Ministère de la Santé Publique et du Ministère des Affaires Sociales, du GICAF et de VSO va poursuivre le suivi des activités avec en finale l'intégration des activités de prise en charge communautaire dans les cahiers de charge des personnels de ces partenaires institutionnels, des associations et des membres de la communauté.

En perspective, la promotion d'une volonté politique pour la réplique du modèle PCC APRICOM sur l'ensemble du territoire national avec l'appui des partenaires institutionnels va assurer la durabilité de l'Action.

2.7. L'Action a-t-elle assuré la promotion de l'égalité des genres, des personnes handicapées ? Si c'est le cas veuillez expliquer.

L'un des constats de l'étude de base qui a conduit à la conception de l'Action est la féminisation de la prise en charge des malades dans la communauté cible du projet. En effet, traditionnellement, le poids de la prise en charge à domicile des malades incombe à la femme et aux filles. Elles sont seules à assumer les charges sociales de la prise en charge des malades (entretiens au quotidien, soins de santé, alimentation, hygiène corporelle, ...etc). L'homme assurant généralement les charges économiques (donner l'argent nécessaire pour assurer les soins, frais d'hospitalisation, médicaments, nourriture, ... etc.). Notre action tout au long de la mise en œuvre du projet a consisté à convaincre les gens pour une juste répartition des tâches sociales sur les personnes des deux sexes dans les familles affectées.

La constitution des équipes mixtes de volontaires communautaires, le choix et la formation des pourvoyeurs de soins des deux sexes ont permis de faire voir la faisabilité de cette répartition. Cependant, compte tenu du fait que le changement de comportements humains, nécessitent un long temps d'acclimatation, nous pensons que le message a été entendu et que progressivement les hommes vont s'impliquer également dans les soins palliatifs et l'assistance psychologique aux malades.

2.8. Comment et par qui les activités ont été monitorisées/évaluées ? Veuillez résumer les résultats du feed-back reçu, y compris de bénéficiaires.

Le système de suivi évaluation mis en place pendant la mise en œuvre du projet a obéi à deux logiques complémentaires ; une logique interne et une logique externe.

- En interne.

- Le comité de pilotage, organe de gestion stratégique du projet a régulièrement fonctionné, siégeant en principe tous les six mois même si, pour des raisons de calendrier et de disponibilité de certains membres statutaires, il a été parfois difficile de respecter ce rythme. Il a siégé huit fois pendant la durée du projet.
- La réunion de coordination trimestrielle, regroupant tous les intervenants du terrain (membres de équipes PCC, les représentants de volontaires, du Ministère

de la santé publique et du Ministère de la santé, s'est tenue régulièrement à la fin de chaque trimestre pour faire le point des activités et planifier la suite.

- Les réunions hebdomadaires des volontaires sur les sites et les réunions de service au niveau de l'Unité de gestion du Projet ont constitué un cercle de concertation et de supervision des collaborateurs.
- La supervision mensuelle des équipes de terrain par le superviseur des activités communautaires, régulières au début ont été moins régulières pendant la dernières années, étant donné que les membres des équipes avaient acquis les réflexes souhaités pour effectuer leur activités avec beaucoup plus d'autonomie.
- Au plan financier, au vu du rapport financier mensuel présenté par l' Unité de Gestion du Projet, la cellule de contrôle interne de la Représentation de la CTB a assuré systématiquement chaque mois, le suivi de la comptabilité du projet sur FIT et ses observations ont permis à notre service administratif et financier de faire régulièrement les corrections et les redressements qui s'imposaient.
- L'Unité de Gestion au Projet était également tenu de respecter le rythme régulier de rapportage hebdomadaire, mensuel, trimestriel et annuel à fin de permettre aux partenaires de faire un meilleur suivi des activités du projet.

- A l'externe.

- Un consultant permanent a assuré le suivi évaluation du projet tout au long de son déroulement. Il a fait la révision du plan de mise en œuvre en septembre 2005, effectué une évaluation à mi-parcours 11 mois plus tard. Les recommandations de cette mission ont permis, l'intégration des volets prise en charge nutritionnelle et médicale des indigents dans le cahier de charge du projet, ainsi que la réalisation d'une enquête de qualité pour apprécier l'impact social du projet. Parallèlement à ses missions ponctuelles, ce consultant a assuré le monitoring à distance des activités du projet en émettant des avis assez constructifs sur les grandes décisions que l'Unité de gestion envisageait de prendre pour une meilleure atteinte des résultats du projet.
- Dans le même ordre d'idée, une mission de monitoring dépêchée par le bailleur de fonds a séjourné dans le projet en septembre 2006 pour apprécier l'état d'avancement.
- Une mission d'évaluation finale conduite par le cabinet AGESFO a séjourné à Maroua du 18 au 28 avril 2008. En attendant le dépôt du rapport de cette mission, la séance de restitution à chaud qui a eu lieu le 28 avril 2008 à la Direction du projet à Maroua a émis les recommandations suivantes :
 - Renforcer la plate forme tripartite BERAC–MINSANTE MINAS (communication pour la promotion du Projet BERAC, intégrer les relations de collaboration dans le cadre du Plan Stratégique du BERAC).
 - Rendre effective la convention de partenariat APRICOM/MINSANTE/MINAS par des instructions opérationnelles aux divers services déconcentrés.
 - Capitaliser les activités du projet (modules de formation).
 - Revoir les stratégies de motivation des Volontaires Communautaires.
 - Adapter le seuil d'indigence aux ressources du projet tout en accordant une attention particulière aux personnes en situation de détresse ponctuelle.
 - Poursuivre l'accompagnement des OBC et le renforcement de leurs capacités.
 - Faire une évaluation économique du projet.
 - Valider et vulgariser le modèle de PCC.

- Au plan financier, un cabinet d'audit externe est commis pour auditer à la fin de chaque année les comptes du projet. Le dernier audit a eu lieu en mai 2008 et le rapport est attendu.

2.9. Qu'est-ce que votre organisation/partenaire a appris de l'action et comment cela a-t-il été utilisé et disséminé ?

La mise en œuvre du projet APRICOM nous a permis d'apprendre les leçons suivantes :

- Le rôle des autorités traditionnelles est incontournable dans les actions communautaires.
- Les volontaires doivent être issus de tous les milieux pour toucher les clients de toutes les couches.
- Les femmes doivent être encouragées à se prendre elles-mêmes en charge.
- La nutrition des P+ doit faire partie des kits non médicaux pour les plus démunis.
- La formation continue permet aux P+ de se libérer.
- Utiliser des stratégies adaptées au contexte local quand on met en place les associations de P+.
- La pérennisation de la PCC passe par
 1. La multiplication des Centres de Traitement Agréés (CTA) et des Unités de Prise En Charge (UPEC) par le MINSANTE
 2. L'intégration dans leur cahier de charge quotidien des activités de prise en charge psychosociale des PVVIH par les services déconcentrés du Ministère des Affaires Sociales qui doit soutenir cette action par la multiplication des services de l'action sociale près des centres de santé en général et des CTA et UPEC en particulier.
- La multiplicité des tâches du soignant en milieu hospitalier ne lui laisse pas assez de temps pour se consacrer à l'écoute du patient comme il lui est demandé ou comme il aurait souhaité. Ceci peut être des occasions de frustration qui en s'additionnant peuvent générer un sentiment de culpabilité et ou d'échec face au décès d'un patient. C'est autant de pièges qui guettent le soignant en milieu hospitalier.
- La promotion et le développement d'un bon réseau de référence et de contre référence favorise des échanges qui permettent le partage de la charge émotionnelle entre plusieurs collaborateurs au chevet d'un même patient.
- Le fait d'intégrer la prise en charge psychosociale dans ses préoccupations comme étant les attributions d'un autre permet au soignant de se convaincre qu'il n'est pas seul au chevet du patient, ce qui constitue un exutoire pour les stress en milieu professionnel et réduit les risques du Burn-out.
- Le partenariat entre le soignant et les collaborateurs de APRICOM (Assistant social, animateur communautaire, infirmier, volontaire) ou ceux des services sociaux constitue un grand atout dans la réduction du nombre de perdus de vue parmi les malades soumis à des traitements de longue durée.
 1. Il contribue à améliorer le taux d'efficacité de ces traitements.
 2. Il rend le soignant plus à l'aise dans la gestion des situations délicates ayant trait à l'intimité du client.
- Le continuum de soins entre la famille, la communauté et les formations sanitaires devient une réalité grâce à une démocratisation de la dispensation des soins palliatifs par les infirmiers visiteurs, les volontaires et les membres des familles formés comme pourvoyeurs de soins à domicile.

- Le lien entre le patient et le soignant est maintenu grâce au système bien huilé de référence et de contre référence.
- L'implication des parties prenantes dans la chaîne de soins favorise la compréhension de la maladie et la mobilisation des fonds nécessaires à la gestion du système de santé.

Ces leçons entre autres, vont être reprises dans le modèle PCC à l'intention de ceux qui voudraient bien répliquer cette expérience. C'est pour nous, le moyen le plus efficace de les disséminer et d'en faire profiter le plus grand nombre.

3. Partenaires et autres coopérations

3.1. Comment appréciez-vous les relations entre les partenaires formels de cette Action ; c'est-à-dire les partenaires qui ont signé une déclaration de partenariat ? Veuillez spécifier pour chaque partenaire.

Le partenariat tripartite CTB/VSO/CARE pour la mise en œuvre du projet quoique judicieux, n'a pas souvent permis un travail d'équipe suffisamment motivé pour chacun des membres des équipes de terrain qui ne se croyait pas toujours juridiquement responsable devant la Direction du projet. Il aurait fallu dans la mise en œuvre de ce partenariat, donner à l'Unité de gestion du projet, toute l'autorité nécessaire pour recruter et gérer tout le personnel terrain. Cette manière de faire aurait donné un meilleur contenu au règlement intérieur du projet qui, dans le contexte du partenariat que nous avons vécu, ne liait pas réellement tout le personnel et en tout temps.

De manière spécifique, La CTB principale bénéficiaire de la subvention de l'UE, avait la responsabilité de la gestion administrative et financière du projet. Elle a recruté le chef du projet et le staff d'appui (Responsable administratif et financier, Assistant administratif, Chauffeurs, Gardiens de l'Unité de gestion du Projet, 04 chefs d'équipe et 04 gardiens des sites).

CARE qui avait une meilleure maîtrise du terrain a fourni les personnels techniques constitutifs des équipes PCC ; à savoir 04 assistants sociaux, 04 infirmiers et 04 animateurs communautaires ainsi que la superviseur des activités communautaires.

A cause de l'imprécision du rôle des volontaires VSO au sein des équipes PCC et surtout du fait que les intéressés étaient tous anglophones sans grande maîtrise du français, principale langue de tous les collaborateurs et de la majorité des populations locales, le premier groupe de quatre volontaires mis à la disposition du projet par VSO n'a pas pu résister aux difficultés d'intégration et trois ont démissionné. Celui qui est resté, a été ramené à l'Unité de Gestion du Projet en qualité superviseur des activités de renforcement des capacités des collaborateurs. Mais là aussi, sa contribution a été très limitée à cause de ses difficultés linguistiques. La volontaire VSO chargée de rédiger le modèle PCC a pris ses fonctions en juillet 2007 au lieu de janvier 2007 comme prévu. Ce qui explique qu'elle n'ait pas eu le temps matériel pour bien finaliser son travail avant l'échéance de son contrat en mars 2008. La volontaire VSO chargée du suivi des associations a dû repartir plus tôt que prévu pour des raisons de famille. C'est avec l'aide d'une consultante camerounaise coopté en urgence que nous avons pu mener cette activité à bout.

Même si pour des raisons stratégiques le protocole de partenariat entre le projet et les délégations du MINSANTE et du MINAS n'a pu être signé qu'en fin mars 2008, la collaboration avec ces structures institutionnelles a été assez sereine. Le système de référence mis en place a très bien fonctionné même si la contre référence n'a pas toujours satisfait les

attentes plus à cause du déficit de personnel dans les centres de santé et les centres sociaux que par refus de collaboration. Le fruit de cette collaboration aura été en définitive une meilleure prise de conscience par ces partenaires institutionnels, de leur rôle dans la PCC et de la complémentarité de la PCC comme soutien à la prise en charge clinique des patients victimes des maladies chroniques en général et du VIH/SIDA en particulier.

3.2. Le partenariat est-il appelé à se poursuivre ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Le partenariat CTB/CARE/VSO est arrivé à terme le 31 décembre 2007 et n'est pas appelé à se poursuivre pour la simple raison que la CTB et CARE se désengagent du Cameroun. VSO va continuer à rester et s'est engagé à apporter un appui technique au GIC Avenir Femme qui a été identifié pour continuer les activités PCC suivant le modèle APRICOM.

Par contre le partenariat VSO GICAF/MINSANTE/MINAS va se poursuivre sur la base du protocole signé avec le projet et adapté à la nouvelle donne, suivant les recommandations tant du dernier comité de pilotage que de la mission d'évaluation finale du projet.

3.3. Comment évaluer-vous les relations entre votre organisation et les autorités étatiques dans les pays de l'action ? Comment ces relations ont-elles affecté l'Action ?

Les relations avec les autorités administratives, traditionnelles ont été très bonnes dans l'ensemble. Leur engagement aux côtés de nos collaborateurs de terrain a largement contribué à atteindre les résultats escomptés. Au plan opérationnel, les relations avec les services déconcentrés du Ministère de la Santé Publique et du Ministère des Affaires Sociales, partenaires institutionnels dans l'Action, n'ont souffert parfois que des moyens limités de ces administrations publiques. En effet, leur engagement dans l'Action demandait un surcroît de personnel qu'elles ne disposaient pas toujours. Néanmoins pour la poursuite des activités en relation avec GIC Avenir Femme et VSO, elles ont désigné formellement chacune, 04 points focaux VIH/SIDA dont 01 par site, à qui le projet a cédé un moyen de locomotion appropriée (Moto Yamaha AG 100) pour leur faciliter les déplacements dans la cadre des visites à domicile.

3.4. Le cas échéant, décrivez vos relations avec toute autre organisation impliquée dans la mise en œuvre de l'Action.

Parmi les organisations impliquées dans le même type d'action, citons le Groupe Technique Provincial (GTP), émanation locale du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), Le Programme national de lutte contre la tuberculose et le paludisme. Nos collaborateurs de terrain ont largement travaillé main dans la main avec les représentants de ces programmes tant au chevet des malades que dans le cadre du forum des parties prenantes, un cercle d'échanges et de concertation institué par le projet sur les sites, dans le but de renforcer la conscience de la complémentarité de nos diverses actions auprès de patients.

Les bénéficiaires directs de l'action que sont les PVVIH/TB et leurs familles ont appris à comprendre l'intérêt qu'il y a à vivre en association. Nous avons ainsi réussi à les aider à se regrouper en 10 associations de PVVIH. Les volontaires communautaires se sont également organisés en 04 associations pour mieux se soutenir dans leur action quotidienne auprès des malades.

3.5. Le cas échéant, décrivez les liens que vous auriez développés avec d'autres actions.

Nous avons développé un lien de collaboration avec une troupe théâtrale de Maga qui fait dans la sensibilisation sur le VIH SIDA auprès des pêcheurs. Ce lien a abouti à la réalisation conjointe à Maroua d'une soirée de gala et d'animation par le théâtre à l'occasion de la semaine du SIDA 2007.

3.6. Si votre organisation a reçu d'autres subventions ayant comme objectif d'appuyer le même groupe cible, dans quelle mesure cette Action a pu renforcer ou compléter la ou les précédentes ?

Dans ce cadre, Le partenaire CARE s'était engagé à contribuer en nature au budget du projet à concurrence de 250 000 Euros au titre de CARE MATCH. Cette contribution, évaluée en terme d'activités de prise en charge globales des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) que ce partenaire menait parallèlement dans le projet SOEVEN a permis au projet de renforcer ses actions en faveur de ce groupe de population.

3.7. Comment évaluez-vous la coopération avec l'autorité contractante ? Néant.

4. Visibilité

4.1. Comment la visibilité de la contribution de l'UE est-elle assurée dans l'action ?

La visibilité de la contribution de l'UE est assurée dans l'Action par :

- L'information théorique sur le financement UE. Dans tous les documents relatifs à la présentation du projet, il est stipulé « Dans le cadre du financement des actions extérieures de la Commission Européenne ». Le montant du financement et sa source sont explicitement mentionnés chaque fois que l'on parle du projet.
- Le drapeau de l'UE flotte en permanence devant le siège du projet à Maroua et le logo de L'UE figure en haut et à gauche des papiers entêtes du projet ainsi que sur tous les documents de visibilité que le projet à produit tout au long de sa mise en œuvre.

4.2. La Commission Européenne pourrait souhaiter publier les résultats des Actions. Auriez-vous des objections à la publication de ce rapport sur le site Internet de l'Office de coopération EuropeAid ? Si c'est le cas, veuillez exposer vos objections.

Nous n'avons aucune objection quant à la publication de ce rapport sur le site Internet de l'Office de coopération EuropeAid. Cependant, pour des raisons de déontologie et du respect de la confidentialité et des droits des PVVIH, il faudra simplement prendre les précautions nécessaires en cas de publication de photos de patients.

Nom de la personne contact pour l'Action : Tchouatieu Jean Christophe, Responsable de projet.

Signature :

Localité : Maroua

Date à laquelle le rapport était dû : 30 juin 2008

Date d'envoi du rapport : 21 mai 2008.