



EMPOWERMENT – RENFORCEMENT du POUVOIR D'AGIR

Manuel d'appui à l'élaboration d'un dispositif de suivi-évaluation

Sommaire

SOMMAIRE	2
LISTE DES ACRONYMES	3
MODE D'EMPLOI	4
I- DEFINITIONS – DU GENRE AU POUVOIR D'AGIR	7
II- ZOOM SUR LES 4 DIMENSIONS DU POUVOIR D'AGIR	11
2.1 DIMENSION COGNITIVE	11
2.2 DIMENSION RELATIONNELLE	13
2.3 DIMENSION SOCIETALE	15
2.4 DIMENSION TRANSVERSALE	17
III- PROCESSUS DE SUIVI-EVALUATION	19
3.1 DEFINIR, CHOISIR ET CALCULER LES INDICATEURS DE MESURE DU POUVOIR D'AGIR	19
3.2 CHOISIR LES MOYENS DE COLLECTE ET IDENTIFIER LES SOURCES DE VERIFICATION	22
3.3 ENREGISTRER ET ANALYSER LES RESULTATS DES INDICATEURS	22
IV- MATRICE D'INDICATEURS DE LA MESURE DU POUVOIR D'AGIR	25
4.1 DIMENSION COGNITIVE	25
4.2 DIMENSION RELATIONNELLE	27
4.3 DIMENSION SOCIETALE OU POLITIQUE	28
4.4 DIMENSION TRANSVERSALE D'ACCES AUX SOINS	30
ANNEXES	31

Liste des acronymes

APS	Accompagnement Psychosocial/ Accompagnateur·rice psychosocial·e
DSE	Dispositif de Suivi-Évaluation
FEG	Fraternité Espoir Guinée
LGBT+	Lesbiennes, Gays, Bisexuelles et Trans
NETHIPS	Network of HIV Positives in Sierra Leone
PEC	Prise En Charge
PVVIH	Personne(s) Vivant avec le VIH
OSC	Organisation(s) de la Société Civile
RUCHE	Remettre les Usagèr·es au Centre de la lutte contre le viH
S&E	Suivi et Evaluation

Mode d'emploi

Quel est l'objet de ce manuel ?

Solthis et ses partenaires œuvrent pour accompagner la transformation de l'environnement social, juridique, et des conditions de vie des usager·ères des services de soins et de celles et ceux qui en sont éloigné·es en accompagnant le renforcement de leur pouvoir d'agir, processus par lequel une personne, ou un groupe de personnes, retrouve un pouvoir d'action et de décision sur sa santé et son environnement politique et social.

Afin d'appréhender dans quelle mesure ses projets y contribuent et de savoir comment cela se traduit, Solthis propose ce manuel de suivi-évaluation de l'empowerment permettant de produire des informations fiables et de qualité.

Pour ce faire, ce manuel contient notamment les éléments suivants :

- Une matrice des effets et des indicateurs élaborés, à titre d'exemple, de façon participative avec les participant·e·s aux ateliers de réflexion ;
- une méthodologie participative reproductible par les équipes Solthis et des OSC partenaires d'élaboration d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs leur permettant d'adapter et d'ajuster les indicateurs et les outils qui ne seraient pas transférables à un contexte et/ou un projet ;
- des outils de collecte et d'analyse.

Comment a-t-il été élaboré ?

Produit en 2021¹, ce manuel repose sur l'expérience des patient·e·s qui participent aux projets RUCHE et EMPOWER² respectivement menés en Guinée Conakry et en Sierra Leone, partagée au cours d'ateliers de réflexion collective. Dans chacun des deux pays Les équipes Solthis et des partenaires associatifs, ont testé et ajusté les outils proposés³ pour garantir une utilisation simple et la plus pertinente possible selon chaque contexte de mise en œuvre.

Quel est le public visé par le manuel ?

Ce manuel s'adresse aux personnes qui gèrent des projets/programmes au sein de Solthis.

Il pourra être également utilisé par des partenaires OSC qui ont déjà une bonne appréhension et des connaissances en S&E ainsi que des compétences de mise en œuvre d'un tel dispositif.

Il peut être utilisé :

1. au moment de la conception du projet, pour alimenter le cadre logique (et/ou la théorie du changement),
2. au démarrage du projet, au moment de l'élaboration du dispositif de suivi-évaluation, pour déterminer et ajuster les indicateurs avec les personnes concernées en utilisant les méthodologies participatives proposées.

¹ Ce manuel a été élaboré par une équipe de consultant·e·s (Ada Bazan, Pauline De La Cruz et Arnaud Laaban) avec l'appui du [F3E](#).

² Voir présentation de ces deux projets en fin de document

³ Cf. Annexes

3. tout au long du projet, afin de collecter les données au fil de l'eau permettant de suivre le processus du pouvoir d'agir des personnes concernées ou à la fin du projet, afin d'évaluer l'évolution de celui-ci.

Qu'en est-il des autres ressources de Solthis ?

Ce manuel est complémentaire de la **boîte à outils Suivi-évaluation** développée par Solthis (dénommée [Toolkit S&E](#)), et du « **Plan de suivi-évaluation** » qui décrit en détail les principales composantes d'un dispositif de suivi-évaluation et les étapes de mise en œuvre d'un tel dispositif. Le suivi-évaluation du pouvoir d'agir est donc à intégrer dans le « plan de suivi-évaluation » du projet, ainsi que dans la Matrice des indicateurs associée⁴.

Le manuel de S&E du pouvoir d'agir ne reprend pas les éléments généraux et de définition du toolkit S&E et ne se soustrait pas aux instruments classiques de collecte, de consolidation des données, et de reporting sur les activités et les résultats des projets.

Il porte spécifiquement sur la mesure de la contribution des projets au pouvoir d'agir des participant·e·s aux activités et ne couvre pas les actions de renforcement de capacités des partenaires, les actions de plaidoyer (sauf si celles-ci sont menées directement par les participant·e·s), et tout autre type d'action qui ne contribue pas directement à processus de renforcement du pouvoir d'agir des participant·e·s.

Dans son introduction, le manuel présente les documents de référence de Solthis, sur lesquels s'appuient les concepts qui ont guidé la démarche de co-construction de ce dispositif : la note de positionnement Genre, et la présentation des axes stratégiques du renforcement du pouvoir d'agir des usagè·e·s, qui seront formalisés dans le cadre d'une Note de positionnement et d'un référentiel (en cours d'élaboration).

Comment utiliser au mieux ce guide ?

Si vous êtes en train de lire ce manuel, c'est que vous allez mettre en place un dispositif de suivi-évaluation de l'empowerment. Ce manuel est une **boîte à outil** pour vous guider dans ce travail ambitieux !

Vous pouvez y piocher ce qui sera le plus pertinent pour votre projet et suivre les conseils pour définir la manière dont va s'organiser le suivi-évaluation, dans la répartition des responsabilités et la temporalité, en veillant à les adapter au contexte de mise en œuvre du projet et aux moyens disponibles.

De quoi parle-t-on exactement quand on parle de pouvoir d'agir à Solthis ?

Pour répondre à cette question, vous allez tout d'abord trouver une définition des concepts qui structurent les stratégies d'intervention de Solthis et qui ont guidé la démarche de co-construction du DSE : la **perspective intersectionnelle de genre** et le **pouvoir d'agir individuel et collectif**.

⇒ [Chapitre I – Définitions – Du genre à l'empowerment](#)

⁴ Plan de suivi-évaluation - Note de cadrage, Trame narrative et trame matricielle, Solthis

Que va-t-on mesurer exactement ?

A partir des expériences des projets RUCHE et EMPOWER en Guinée et en Sierra Leone, ce manuel propose une **matrice des principaux effets** auxquels les activités de Solthis et ses partenaires contribuent, structurée selon les 4 dimensions du pouvoir d'agir (cognitive, relationnelle, sociétale et transversale).

⇒ [Chapitre II – Zoom sur les 4 dimensions du pouvoir d'agir](#)

Comment va-t-on procéder ?

Le manuel décrit le processus à suivre pour pouvoir mesurer et évaluer le degré de renforcement du pouvoir d'agir des individus : il s'agit de définir et choisir les indicateurs adéquats et moyens de collecte associés, de préciser les modes de calcul et sources de vérification qui seront mobilisés, et enfin, d'enregistrer et analyser, les résultats issus des données collectées.

⇒ [Chapitre III – Processus de Suivi-évaluation](#)

Comment va-t-on mesurer exactement les effets escomptés ?

A partir de la matrice des principaux effets présentée ci-dessus, le manuel présente une série d'indicateurs, classés selon les 4 principales dimensions du pouvoir d'agir, et d'outils de collecte et sources de vérification, au sein desquels vous choisirez les indicateurs et effets les plus pertinents pour votre propre référentiel de suivi-évaluation.

⇒ [Chapitre IV – Matrice des indicateurs](#)

Comment va-t-on mesurer ces effets ?

Pour chaque indicateur, le manuel propose des **outils pratiques pour aider à les élaborer et à les collecter**. Chaque outil permet de travailler plusieurs indicateurs.

Les **outils** sont présentés dans des fiches annexes. Ces outils sont présentés avec des exemples d'indicateurs issus des projets RUCHE et EMPOWER. Chaque outil proposé doit être adapté et mis à jour selon les composantes du suivi-évaluation retenues par chaque projet : indicateurs, fréquence, parties prenantes, etc.

⇒ [Annexes – Fiches outils ; Outils de collecte et d'analyse des données](#)

I- Définitions – Du genre au pouvoir d’agir

Genre et Sexe⁵

Le sexe est une donnée biologique, qui définit des caractéristiques génétiques et physiques d’une personne, alors que le genre, lui, est construit socialement.

Les rapports sociaux de sexe et les stéréotypes qui y sont associés produisent une répartition des pouvoirs inégale et des enjeux de domination et de subordination qui sont incorporés puis reproduits dans tous les espaces sociaux, que ce soit l’école, la famille, le travail, l’hôpital ou au travers des médias, dès l’enfance et tout au long de la vie.

Les sociétés et cultures valorisent traditionnellement davantage ce qui relève du masculin plutôt que ce qui relève du féminin et les stéréotypes, autour des places et rôles de chacun-e, renforcent ou créent des inégalités et des discriminations entravant le plein exercice des droits à la santé de certaines personnes.

Genre et santé⁶

Le genre, en tant que construction sociale du masculin et du féminin, a un impact direct sur la santé des femmes et des hommes, mais également sur le respect de droits à la santé, plus spécifiquement des femmes et des jeunes filles, des personnes LGBTQ+, des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ou des travailleur-euses du sexe. Selon les normes sociales locales et les rôles assignés, ces personnes peuvent être davantage discriminé-es dans leur accès à des soins de qualité et à des services essentiels, notamment de santé sexuelle et reproductive.

D’autres déterminants, comme le niveau d’éducation et de littératie en santé, l’accès et le contrôle des ressources, vont intervenir

intervenir par extension sur l’état de santé et le bien-être des personnes ainsi que sur leur expérience des services de santé.

L’approche intersectionnelle de genre⁷

Cette démarche permet de comprendre et d’appréhender l’articulation des différents facteurs d’oppression qui produisent discriminations, inégalités et violence. Les facteurs les plus fréquents sont le sexe, le genre, la catégorie sociale, l’origine ethnique, l’âge, le handicap, l’orientation sexuelle ou encore l’identité sexuelle.

Genre et processus du pouvoir d’agir⁸

Solthis s’engage à accompagner les **processus de renforcement du pouvoir d’agir** des personnes à faire valoir leurs droits à la santé dont les droits sexuels et reproductifs, à la non-discrimination et à l’égalité. L’organisation affirme son engagement pour que les rapports de pouvoir se rééquilibrent et que les femmes, les jeunes filles, les personnes LGBTQ+ et PVVIH ne soient plus victimes de normes sociales patriarcales qui, articulées avec d’autres facteurs d’oppression, entravent leur empowerment, et réduisent leurs accès à une vie en bonne santé physique et mentale. Afin que toutes les personnes, sans différence aucune, puissent développer les aptitudes nécessaires à comprendre leur environnement social et politique, à négocier, prendre des décisions, et dénoncer tout abus, il est important de réaliser avec elles un processus d’empowerment multidimensionnel en tenant compte des freins auxquels chaque personne est confrontée dans les différents espaces, y compris dans les services de santé.

⁵ [Note de positionnement genre](#), Solthis, 2021

⁶ Op citra

⁷ Op citra

⁸ Op citra

Le renforcement du pouvoir d'agir est un processus transformatif individuel et collectif

Le terme anglais « Empowerment » inclut les notions de pouvoir et de processus d'apprentissage⁹. C'est un processus de changement, transformatif, à travers lequel les capacités de choisir et de décider se développent et où l'étape finale est l'acquisition d'une capacité d'agir.

Les projets de Solthis agissent sur trois composantes interdépendantes d'un processus d'empowerment¹⁰ :

- Le **pouvoir d'agir individuel**, qui correspond au processus d'appropriation d'un pouvoir par une personne ou un groupe ;
- Le **pouvoir d'agir communautaire**, c'est-à-dire la prise en charge du milieu par et pour l'ensemble du milieu ;
- Le **pouvoir d'agir organisationnel**, qui représente à la fois le processus

d'appropriation d'un pouvoir par une organisation et la communauté à l'intérieur de laquelle une personne ou une autre organisation a renforcé son pouvoir d'agir.

⁹ MH Bacquet, *L'empowerment, une pratique émancipatrice?* -2015

¹⁰ W. Ninacs, *Empowerment et intervention*, PUL, 2008

Les 4 dimensions du pouvoir d'agir

Les 4 dimensions du pouvoir d'agir sont interconnectées et dynamiques. Elles sont indissociables et ne fonctionnent pas de façon linéaire, l'une après l'autre. Cela signifie qu'elles sont mobilisées, toutes les quatre, en permanence mais de façon différente selon le moment et la situation donnée. On peut se retrouver temporairement en situation de « desempowerment » sur une des dimensions, mais les autres dimensions peuvent aussi servir de force et venir en appui de celle-ci.

Dimension cognitive	Dimension relationnelle	Dimension sociétale ou politique
Être capable de comprendre d'où vient sa situation personnelle, les facteurs qui y ont contribué, et ses forces pour y répondre	Travailler la qualité et le type de relations que les personnes établissent avec leur entourage	Travailler pour et par l'action collective au changement des structures et systèmes d'oppression
Dimension transversale		
L'information et la compréhension de l'information nécessaire à toutes les étapes et dimensions de l'empowerment en termes de santé		

Etude de cas du projet RUCHE

Pour permettre à une femme, mariée, ayant un enfant et une grossesse en cours, dépendante socialement et financièrement de son mari, d'accepter son statut séropositif :

- *il faudra identifier avec elle les différents facteurs d'oppression qui s'articulent entre eux (dimension cognitive) ;*
- *L'aider à prendre conscience que ces facteurs (re)produisent des relations de pouvoir, domination, subordination (dimension relationnelle) ;*
- *l'informer sur le statut sérologique, sur les modes de transmission du virus, sur les traitements existants pour vivre dignement, mais également l'informer sur ses droits (dimension transversale) ;*
- *l'inviter à participer à des espaces collectifs afin de rompre l'isolement et la dépendance, lui présenter le mouvement associatif... (dimension sociétale et politique) ;*

Le tout dans un processus dynamique et interactif allant de l'individuel au collectif en permanence.

Bonne pratique :

Pour initier un travail d'empowerment multidimensionnel, il est important de disposer du « savoir expérientiel ». C'est-à-dire de connaître, avec et à partir des personnes impliquées dans le contexte de l'action, les normes sociales de genre, les facteurs d'oppression spécifiques à la catégorie de personnes avec lesquelles le projet travaille, mais également le tissu associatif du territoire, les personnes ressources, les politiques publiques qui garantissent (ou qui peuvent faire obstacle) les droits humains, et en particulier ceux des femmes et de patient·es.

Reconnaître et valoriser le « savoir expérientiel » des personnes impliquées en tant qu'expertes de leur vie et de leur statut VIH renforce non seulement leur pouvoir d'agir, mais leur permet également de devenir facilitateur·rices / accompagnateur·rices d'autres personnes porteuses du VIH qui entrent dans les processus d'empowerment.

II- Zoom sur les 4 dimensions du pouvoir d’agir

2.1 Dimension cognitive

La dimension cognitive implique la prise de conscience, au niveau individuel, des facteurs d’oppression qui empêchent sa capacité de décision et d’agir, de son rôle d’acteur et d’actrice face aux systèmes d’oppression, et de sa capacité à faire des choix au niveau individuel comme collectif.

On peut y ajouter la **dimension psychologique**, c’est à dire le sentiment de confiance en soi et d’estime de soi qui sont des manifestations de cette prise de conscience au niveau individuel.

Par exemple : Le critère « la capacité à faire valoir ses droits, et/ou d’exprimer ses besoins dans le cadre d’une consultation » implique :

- la connaissance de ses droits en tant que citoyen·ne et patient·e
- la prise de conscience d’être un sujet politique, porteur·se de droits.

Ce critère implique également d’avoir une lecture de son environnement social, économique et politique, y compris dans le cadre des services de santé.

Parmi les facteurs d’oppression identifiés dans le projet RUCHE en Guinée se trouvent :

- *le manque de connaissances et de compréhension des droits des humains, notamment ceux des femmes et ceux de patient·e·s ;*
- *l’internalisation des représentations stéréotypées du statut VIH ;*
- *le manque d’information sur les modalités de transmission (le stéréotype relatif à la sexualité débridée, l’orientation sexuelle, etc.) ;*
- *les normes sociales qui favorisent le silence et l’obéissance des femmes, et les personnes en situation de vulnérabilité ;*
- *les rapports de pouvoir entre soignant·e·s et soigné·e·s.*

Tous ces facteurs s’articulent entre eux et pèsent davantage sur les femmes qui devront davantage se renforcer individuellement et collectivement avant d’accéder à la reconnaissance de leurs droits.

Dimension 1 - Cognitive
Effets attendus sur les individus
1. Accepter ses difficultés, les obstacles en lien avec sa séropositivité ou une autre affection de santé estimée stigmatisante 2. Disposer de compétences techniques et connaissances sur la maladie (ex : VIH) 3. Comprendre les systèmes d'oppression et l'articulation des facteurs d'oppression 4. Comprendre le système genre et les normes de genre qui l'institutionnalisent 5. Être capable d'identifier les facteurs qui engendrent des discriminations multiples, notamment à l'égard des personnes porteuses du VIH 6. Retrouver une confiance en soi 7. Prendre conscience de sa propre capacité d'action et de l'influence de l'environnement 8. Connaître ses droits et comprendre l'accès aux droits humains et des patient-es en tant que pare-feu des facteurs d'oppressions 9. Avoir la capacité de faire valoir ses droits, et/ou d'exprimer ses besoins, par exemple dans le cadre d'une consultation 
Activités génériques mises en place dans le cadre du projet
- Ateliers pour comprendre l'impact du genre et des masculinités, avec une perspective intersectionnelle, les constructions sociales du féminin et du masculin et leur impact différencié dans la vie et la prise en charge médicale des femmes, des jeunes filles et des hommes dans toute leur diversité - Ateliers d'échanges entre catégories d'acteur-rices (soignant-es/soigné-es) pour construire des stratégies et des solutions collectives (ex. diagnostic participatif pour identifier i) les systèmes et facteurs d'oppression et comprendre leur articulation ii) les problématiques des services et systèmes de santé, dont la relation de soin) - Ateliers d'éducation pour la santé, ateliers de littératie, ateliers art et santé, ou auto-soins (auto-observation, auto-gynécologie¹¹), ateliers sur les dimensions psychosociales - Ateliers sur les droits humains, en particulier ceux des femmes et des patient-es pour se visualiser en tant que citoyen·nes porteur·ses des droits - Ateliers de leadership, transformateurs, collectifs afin de renforcer les capacités à faire valoir ses droits - Participation des patient-es au diagnostic des besoins, à l'élaboration et la mise en œuvre des activités - Ateliers participatifs de conscientisation et de co-construction de solutions collectives¹² qui valorisent les savoirs expérientiels des personnes impliquées¹³
Exemples d'activités issus des projets RUCHE et EMPOWER
- Réunions de groupes de soutien portant sur des thématiques variées et s'appuyant sur l'échanges entre pair-es et/ou avec des intervenant-e-s extérieur-es : sensibilisation à la divulgation de son statut, sensibilisation aux droits, connaissance du traitement, etc. - Activités de sensibilisation afin de réduire la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des PVVIH - Ateliers sur la relation soignant-e – soigné-e - Ateliers de diagnostic participatif sur site et des besoins des APS, ateliers de littératie et psychosociaux - Co-construction des activités et des outils pédagogiques avec les APS

¹¹ 1970 - USA -mouvement de *self-help* autour des questions gynécologiques, fondés sur l'appropriation des savoirs gynécologiques. <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2019-2-page-109.htm>

¹² Cf ateliers menés à Conakry et à Freetown, outils utilisés : la ligne de temps, le théâtre

¹³ L'approche intersectionnelle prend en compte les expériences et les connaissances produites par la position particulière sur le réseau des systèmes d'oppression et d'identité.

2.2 Dimension relationnelle

La dimension relationnelle renvoie à la manière dont la personne entretient des relations avec son entourage : au sein du foyer, au sein de la famille, au sein du groupe ou de la communauté de santé, etc. Cela concerne les rapports de pouvoirs (subordination, horizontaux, de domination) que la personne construit avec son entourage et qui lui permettent ou pas de négocier au sein de ces catégories, de défendre sa liberté de mouvement (ex. : par rapport au·à la conjoint·e ou à la famille), d'éviter de subir des violences domestiques¹⁴.

Au sein de cette dimension, il s'agit d'observer le type et la qualité de relation construite plutôt que l'action au sein d'un collectif (qui relève de la dimension 3-Sociétale). Ainsi, l'appartenance à des réseaux / collectifs entrera dans cette dimension par la capacité de la personne à entrer dans une relation collective avec d'autres personnes.

Par exemple : Le critère « Réduire les inégalités et les rapports de pouvoir entre les soignant·e·s et les soigné·e·s » est très connecté aux autres dimensions car il implique :

- la prise de conscience des rapports de pouvoir qui habitent ces relations ;
- la façon dont elles se construisent et dont elles se traduisent, plus ou moins avec certain·e·s patient·e·s ;
- la connaissance et la compréhension des droits des patient·e·s ;
- la valorisation de son propre savoir en tant qu'expert·e de sa vie, en tant que détenteur·rice d'un savoir expérientiel ;
- le renforcement de l'estime de soi,
- le renforcement de la confiance en soi, pour se placer dans son rôle d'acteur·rice sur ce système d'oppression.

Ce processus de prise de conscience et de renforcement de ses connaissances et de ses compétences constitue un indicateur objectif de renforcement du pouvoir d'agir qui pourra se traduire par une relation davantage équilibrée avec le·la soignant·e s'il·elle est également sensibilisé·e et accepte que l'expérience du·de la patient·e constitue une expertise au même titre que l'expertise médicale

14 Huis, Hansen, Otten, et Lensink, « Comprendre l'autonomisation des femmes : l'interaction entre l'autonomisation personnelle et relationnelle ». (2017)

Dimension 2 - Relationnelle	
Effets sur les individus	
1. Connaître et comprendre les modes de transmission du VIH et autres MST 2. Comprendre le système genre et les normes de genre qui l'institutionnalisent 3. Construire la confiance et le soutien au sein du couple / de la famille 4. Promouvoir la coresponsabilité du couple dans l'éducation des enfants, dont l'éducation sexuelle et le respect des droits et santé sexuels et reproductifs 5. Réduire les inégalités et les rapports de pouvoir au sein du couple, de la famille, des ami·e·s, soignant·e·s et soigné·e·s, etc. 6. Réduire les discriminations et violences basées sur le genre au sein du couple et de la famille, ami·e·s, soignant·e·s et soigné·e·s, représentant religieux, etc. 7. Être mis·e en relation avec les réseaux et collectifs de défense des droits et de lutte contre les violences 8. Être outillé·e pour l'analyse	
	
Activités génériques mises en place dans le cadre du projet	
- Ateliers sur les droits des humains, en particulier ceux des femmes et des patient·es - Ateliers participatifs, de conscientisation et de co-construction de solutions collectives¹⁵ qui valorisent les savoirs expérientiels des personnes impliquées¹⁶ - Ateliers sur les représentations sociales auprès des équipes soignantes - Activités centrées sur l'entourage : travail sur les masculinités avec les maris, les fils, la sensibilisation des ancien·nes - Actions relatives à la coresponsabilité dans la parentalité : ateliers et campagnes de sensibilisation sur la paternité responsable avec les hommes dans l'éducation, les soins des enfants, les jeux, etc. - Ateliers de cartographie des acteurs de la santé pour la mise en relation avec les réseaux et collectifs de défense des droits et de lutte contre les violences - Ateliers collectifs sur les dimensions psychosociales des patient·es - Échanges entre pair·es - Atelier d'éducation pour la santé	
Exemples d'activités issus des projets RUCHE et EMPOWER	
- Ateliers participatifs pour travailler sur le pouvoir et les rapports de pouvoir¹⁷ - Réunions de groupes de soutien et des APS portant sur des thématiques variées et s'appuyant sur l'échanges entre pair·es et/ ou avec des intervenant·es extérieur·es : sensibilisation à la divulgation de son statut, sensibilisation aux droits, connaissance du traitement, etc. - Activités de sensibilisation afin de réduire la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des PVVIH - Ateliers sur la relation de soin	

¹⁵ Cf ateliers menés à Conakry et à Freetown, outils utilisés : la ligne de temps, le théâtre

¹⁶ L'approche intersectionnelle prend en compte les expériences et les connaissances produites par la position particulière sur le réseau des systèmes d'oppression et d'identité.

¹⁷ Cf ateliers menés à Conakry et à Freetown, outils utilisés : la ligne de pouvoir, chaises de pouvoir

2.3 Dimension sociétale

La dimension sociétale ou politique¹⁸ est la capacité à analyser l'environnement en termes sociaux et politiques, ainsi que la capacité à s'organiser et à se mobiliser en vue de produire un changement social.¹⁹

Cette dimension est aussi celle qui permet le changement d'échelle : la personne ou le groupe qui se situe dans un processus de renforcement du pouvoir d'agir n'agit pas seulement pour provoquer un changement individuel ou limité au groupe, mais un changement global à un niveau macro.

Dans ce cadre, la **dimension politique** du pouvoir d'agir se traduit par la capacité à assumer des responsabilités (leadership), à mener des actions de plaidoyer et à construire des alliances. Ce leadership peut être individuel ou collectif.

Par exemple : Le critère « Prendre part aux processus de décision au niveau de la communauté de santé » implique :

- la connaissance, la compréhension et la capacité d'analyse des politiques publiques et leur impact différencié dans la vie quotidienne des femmes et des hommes séropositif·ves ;
- la connaissance, la compréhension et la capacité d'analyse du fonctionnement du système de santé public/privé ;
- de connaître et d'avoir accès aux espaces de prises de décision de la communauté de santé ;
- d'accepter son statut VIH et d'être suffisamment renforcé·e (dimension cognitive) pour prendre la parole en public et défendre sa position.

Lorsque les patient·es participent effectivement aux processus de décision, ils·elles ont parcouru un processus d'apprentissage qui témoignent d'un renforcement de leur pouvoir d'agir qui pourra se traduire par exemple par une relation symétrique soignant·es - soigné·es ou le fait que les professionnel·les de santé acceptent que l'expérience du·de la patient·e· soit aussi une expertise au même titre que leurs savoirs académiques.

¹⁸ "Politique" qui doit être compris selon son sens étymologique : l'organisation de la vie en communauté (du grec "polis" qui signifie "cité").

¹⁹ Stromquist (1993)

Dimension 3 - Sociétale	
Effets sur les individus	
1. Connaître et comprendre le fonctionnement des institutions garantes des droits à la santé 2. Connaître l'environnement associatif et militant des droits humains et de patient-es 3. Créer un espace de confiance et d'appartenance entre pair-es 4. Agir dans le cadre d'un collectif et mobiliser les autres personnes qui y participent 5. S'engager dans la communauté 6. Initier des actions de lutte contre la stigmatisation et pour le respect des droits, dans sa communauté (église, lieu de travail, etc.) 7. Construire des alliances avec d'autres groupes, collectifs, organisations 8. Réduire les inégalités et les rapports de pouvoir de genre dans une perspective intersectionnelle au sein des collectifs 9. Prendre part aux processus de décision au niveau de la communauté de santé 10. Disposer de capacités à parler en public, renforcement du leadership collectif, démocratique et transformatif	
	
Activités génériques mises en place dans le cadre du projet	
- Ateliers de leadership transformateur, collectif, avec des outils pour travailler la prise de parole, la négociation... afin de renforcer le pouvoir d'agir des personnes participant aux activités - Ateliers de renforcement des compétences de plaidoyer destinées aux personnes militant dans les associations - Ateliers de cartographie sociale sur les espaces de prises de décision de la communauté de santé destinées aux personnes militant dans les associations - Ateliers sur la connaissance du fonctionnement des institutions garantes des droits à la santé, les politiques publiques de santé, destinés aux personnes militant dans les associations - Ateliers d'appui d'autres OSC / collectifs et mise en réseau, notamment pour contribuer à la structuration associative en lien avec l'empowerment (pouvoir d'agir des personnes membres des OSC et du collectif en soi) - Ateliers de sensibilisation des agents des centres médicaux / ministères et toutes les personnes qui peuvent aider à transformer l'environnement - Campagnes de sensibilisation de l'entourage sur les IST, les droits, la coresponsabilité, etc. - Participation des personnes en tant que co-promoteur-rice du projet, dès la planification du projet	
Exemples d'activités des projets RUCHE et EMPOWER	
- Mise en place d'échange d'expérience entre les groupes de soutien et les APS - Réunions trimestrielles de NETHIPS avec les autorités locales et nationales - Réunions régulières de NETHIPS avec les groupes de soutien et les représentant-es des professionnel·les de santé - Réunion et actions de plaidoyer du collectif inter- associatifs.	

2.4 Dimension transversale

La dimension transversale, en matière de santé, est celle de l'information et du niveau de littératie, en lien avec les déterminants de la santé : l'accès à l'information de qualité, la capacité à lire et comprendre l'information sur sa santé, à connaître les lieux et les dispositifs des soins et de prévention, les espaces d'appui, la connaissance du cadre juridique et des droits des patient·e·s, etc.

Le manque d'information, la désinformation ou de mauvaises informations (la transmission des croyances par exemple) peuvent entraver le pouvoir d'agir (ex : culpabilisation des personnes séropositives, un manque de confiance et de leadership, et un manque de sentiment de légitimité à prendre la parole en consultation ou publiquement etc.

Tout cela permet de créer des rapports différents avec les autres personnes vivant ou non avec le VIH, mais également de déculpabiliser et rééquilibrer les rapports de pouvoir avec son entourage, y compris la communauté de soignant·e·s.

Par exemple : Le critère « Cadre stratégique de plaidoyer pour les droits de patient·e·s » implique :

- un travail d'information et de réflexion sur les droits des patient·e·s ;
- la connaissance et le partage de l'impact différencié du VIH sur la vie des femmes et des hommes ;
- la connaissance des politiques publiques de prévention, de protection et des soins ;
- de l'autonomie pour être signataire de la charte des droits de patient·e·s (projet RUCHE).

Dimension 4 - Transversale
Effets sur les individus
1. Savoir où chercher une information de qualité et fiable sur sa santé 2. Savoir où chercher l'information relative à ses droits 3. Connaître et comprendre son statut, l'impact sur la santé en général, les traitements et ses effets, etc. 4. Connaître et comprendre ses droits humains et de patient·e·s afin de pouvoir adhérer à la charte des droits 5. Connaître et comprendre « la route de la prise en charge », les acteur·rices impliqué·e·s, le fonctionnement (pour changer de centre d'attention par exemple) 6. Savoir négocier l'accès à une prise en charge de qualité et la prescription d'examen de suivi (suivi du traitement dans le cadre d'une maladie chronique, prescription d'examen comme la mesure de la charge virale – peu prescrite – permettant d'ajuster un traitement, etc.) 7. Avoir accès à un « cadre » sur lequel s'appuyer pour mener collectivement des actions de plaidoyer 8. Être mis en contact avec les associations qui défendent les droits des patient·e·s 
Activités génériques mises en place dans le cadre du projet
- Diffusion d'informations en langues locales et donnant la priorité à l'illustration pour les personnes peu ou pas lettrées - Diffusion sur des supports adaptés via des canaux pertinents : vidéos, affichage, flyers, applications téléphoniques - Organisation de moments informatifs lors des ateliers, quel que soit le thème, pour vérifier que les participant·e·s ont accès à l'information - Organisation de moments ludiques, sous forme de quizz par exemple pour vérifier le degré d'information des patient·e·s - Ateliers de théâtre forum et de représentations sociales, pour donner et échanger des informations, des croyances, des stéréotypes et faire le lien avec les droits à une prise en charge de qualité - Ateliers de cartographie sociale sur des points de santé, d'appui psycho-social, d'écoute, de tout autre appui important pour les personnes porteuses du VIH - Réunions ouvertes aux associations qui favorisent la mise en réseau, la participation aux associations, le plaidoyer
Exemples d'activités des projets RUCHE et EMPOWER
- Réunions de groupes de soutien et APS portant sur des thématiques variées et s'appuyant sur l'échanges entre pair·es et/ ou avec des intervenant·e·s extérieur·e·s : sensibilisation à la divulgation de son statut, sensibilisation aux droits, connaissance du traitement, etc. - Ateliers sur la relation soignant·e – soigné·e - Réunions régulières de NETHIPS avec les groupes de soutien et les représentant·e·s des professionnel·le·s de santé - Réunions entre la FEG et les APS avec les groupes de soutien et les représentant·e·s des professionnel·le·s de santé

III- Processus de suivi-évaluation

Le suivi-évaluation du pouvoir d'agir est à intégrer dans le « plan de suivi-évaluation » qui est le document narratif qui décrit en détail les principales composantes du dispositif envisagé dans le cadre d'un projet, ainsi que dans la Matrice des indicateurs associée²⁰.

3.1 Définir, choisir et calculer les indicateurs de mesure du pouvoir d'agir

Être cohérent avec le contexte d'intervention et le profil des groupes cibles

A partir de l'expérience des projets RUCHE et EMPOWER, le manuel propose une matrice des effets et une série d'indicateurs pour les mesurer (chapitres II et IV). Ce travail s'est appuyé sur le savoir expérientiel des patient-es et des partenaires, en utilisant une méthodologie participative de co-construction du référentiel de suivi-évaluation.

Les effets et indicateurs pour chaque projet peuvent être identifiés, à partir de ceux présentés dans le présent manuel, en suivant les étapes suivantes :

1. Déterminer **sur qui porte** le DSE, c'est-à-dire les personnes, les patient-es qui participent aux activités de sensibilisation, formations, groupes de soutien, etc. des projets de Solthis. Il s'agit de femmes et d'hommes de tous âges, principalement issu-es de milieux défavorisés. Chaque projet définit les cibles selon les activités déployées et les objectifs en termes d'empowerment.

*Dans le projet **EMPOWER**, les cibles du DSE sont les participant-es aux groupes de soutien.*

*Dans le projet **RUCHE**, les cibles sont les APS et les participant-es aux activités du projet accompagné-es par les APS.*

2. Organiser avec les cibles du DSE des ateliers pour **retracer les parcours et processus d'empowerment** à l'aide d'outils d'animation participatifs :

Objectif	Outil
▪ Identifier les facteurs entravant le pouvoir d'agir	La ligne de pouvoir (annexe 7)
▪ Comprendre les constructions sociales des femmes et des hommes et leur impact, dans la vie quotidienne et en matière de santé	Le sac à dos (annexe 8) Ce qui aurait changé dans ma vie, si...
▪ Caractériser les processus d'empowerment individuel	La ligne de temps (annexe 3)
▪ Caractériser les processus d'empowerment collectif	Le mur des changements (annexe 9)

3. Identifier et **co-construire** avec les membres des équipes locales de Solthis et des partenaires associatifs, à partir des éléments récoltés au cours des ateliers, les effets en lien avec les 4 dimensions et définir pour chaque effet un ou deux indicateurs.

²⁰ Plan de suivi-évaluation -Note de cadrage, Trame narrative et trame matricielle, Solthis

Être cohérent avec les moyens du projet

Chaque projet ne dispose pas des mêmes moyens pour effectivement mettre en œuvre un dispositif de suivi-évaluation. Comme dans une démarche de suivi-évaluation classique, le **choix du nombre d'indicateurs** à suivre et mesurer est fonction des capacités opérationnelles effectivement mobilisables. Certains indicateurs peuvent être déjà mesurés dans le cadre des activités prévues au projet ; d'autres devront être ajustés en début de projet avec les personnes bénéficiaires.

Il faut autant que possible s'appuyer sur les outils déjà utilisés dans la mise en œuvre des projets et pouvant être utilisés pour la collecte, notamment en complément des outils de suivi-évaluation existants.

Exemple du projet **EMPOWER**

Il dispose de moyens en ressources humaines dédiés au suivi-évaluation des groupes de soutien. La mesure d'indicateurs de l'empowerment peut donc être couplée à la mission de suivi existante.

A l'inverse, le projet RUCHE n'a pas prévu de moyens dédiés au suivi-évaluation, il fait partie des missions du chef de projet. Ainsi, la collecte et mesure des indicateurs pourrait être partagées avec les APS et leurs associations/sites respectifs, ce qui implique une étape de formation préalable aux concepts et aux outils.

Les moyens disponibles ont aussi une incidence sur le choix de la nature et du nombre d'indicateurs. Par exemple, un projet qui concerne un grand nombre de bénéficiaires et qui choisit des indicateurs à renseigner à l'aide d'entretiens individuels devra prévoir de déterminer un échantillon qui soit pertinent pour l'analyse et faisable en termes de ressources mobilisables.

Dans tous les cas, il est conseillé de choisir un nombre maximum d'indicateurs de 7 et, dans la mesure du possible, de choisir des indicateurs qui seront collectables au travers d'un même outil.

Exemple du projet **EMPOWER**

Pour la phase test du dispositif de suivi-évaluation, le projet a retenu 12 indicateurs mesurés à l'aide d'un même outil de collecte (guide d'entretien individuel), ce qui permet de maîtriser la charge de travail induite.

Calculer et fixer les cibles des indicateurs

Le calcul du % est déterminé par le rapport entre le nombre de personnes au sein d'un groupe de référence qui atteignent l'indicateur (le numérateur) et le nombre de personnes qui constituent le groupe de référence complet (le dénominateur).

Exemple :

Le projet EMPOWER cible 13 groupes de soutien représentant 229 personnes.

Il choisit de fixer comme indicateur : « 70% des femmes et des hommes prennent librement la parole en public dans les groupes de soutien ».

Cela signifie que sur les 229 personnes identifiées comme participant-es régulier-es, 160 prennent librement la parole au cours des réunions du groupe de soutien.

$$\begin{array}{lcl} \text{numérateur} > & 160 & \\ \text{dénominateur} > & \underline{229} & = 70\% \end{array}$$

Le dénominateur doit être déterminé selon **la nature de l'indicateur et des activités du projet**.

Par exemple : Pour l'indicateur « % de femmes et d'hommes qui communiquent sur leur statut VIH au sein de leur couple, famille proche et ami-es proches » : le dénominateur peut être l'ensemble des personnes qui participent à un groupe de soutien (c'est le cas du projet EMPOWER) ; ou, selon le projet, les femmes et hommes diagnostiqués VIH qui sont suivies sous traitement.

Un projet qui concerne un grand nombre de bénéficiaires et qui choisit des indicateurs à renseigner à l'aide d'entretiens individuels devra par ailleurs recourir à l'établissement d'un échantillonnage pour déterminer un dénominateur pertinent et faisable compte tenu des moyens mobilisables.

Le numérateur et le dénominateur, doivent être précisés au cas où la formulation de l'indicateur ne les explicite pas suffisamment dans la Matrice des indicateurs. La méthode de calcul en revanche doit être systématiquement présentée dans la matrice, dans la colonne dédiée.

Fixer des objectifs réalistes aux indicateurs que l'on souhaite atteindre en fin de projet

Les indicateurs sont présentés majoritairement en % et non pas en valeur absolue afin de faciliter les comparaisons entre les groupes et les projets. Chaque projet définit le pourcentage selon deux critères conjoints :

- Quel pourcentage signifiera qu'un processus de changement est à l'œuvre ?
- Quel pourcentage est raisonnablement atteignable par le projet selon le contexte et les activités développées ?

Pour répondre à ces deux questions, il est recommandé de réaliser, au début voire en amont du projet, un diagnostic initial, une étude de « **baseline** ». Celle-ci vise à établir le « point de départ » pour les indicateurs qui seront in fine retenus. En effet, la situation des patient-es peut être très différente d'un groupe à l'autre, d'une ville à l'autre, d'un pays à l'autre et il est difficile de définir des objectifs qui pourraient s'appliquer à tous les projets. Il est donc recommandé de raisonner à partir d'un point de départ et de viser une progression raisonnable à définir en fonction de la **nature de l'indicateur**, des **difficultés anticipées** et de la **capacité du projet à influencer** plus ou moins directement sur l'indicateur par ses activités et sa durée de mise en œuvre. Logiquement, plus le point de départ est proche de 0, plus le taux de progression visé sera élevé et inversement : plus on approche de 100%, plus la progression visée sera faible.

Le tableau suivant constitue une aide pour fixer des objectifs réalistes même s'il convient bien entendu d'ajuster en fonction de la connaissance et de l'expérience des équipes de terrain.

Exemple de table pour aider à fixer les objectifs en % à 3 ou 5 ans :

Point de départ	Objectif en fin de projet
0-15%	30%
15-30%	50%
30-45%	65%
45-70%	80%
70-85%	90%
85-100%	>90%

*Par exemple, si 20% des femmes fréquentent le centre de santé local le plus proche dans le cadre de leur PEC VIH au moment du démarrage du projet, il peut être envisagé de fixer comme objectif, au bout de 5 ans, 50%. Cet objectif est **ajusté** en fonction du contexte local, de l'intensité des activités du projet et de la situation d'empowerment ou de desempowerment des femmes en question.*

3.2 Choisir les moyens de collecte et identifier les sources de vérification

Les outils de collecte et d'analyse proposés dans ce manuel peuvent être appliqués à tous les projets, à condition de les **adapter** aux cibles du projet (niveau de participation, d'alphabétisation, etc.) et aux capacités de facilitation des personnes en charge de la collecte. Chaque outil est également à adapter aux indicateurs et à la fréquence de la collecte retenus.

Le présent manuel présente des outils sous format Word ou Excel qui sont par ailleurs à harmoniser et intégrer au système d'information de chaque projet.

*Exemple du projet **EMPOWER***

Dans le cadre du suivi des groupes de soutien, les équipes de NETHIPS utilisent le KoBo Toolbox, un outil de collecte et de gestion des données en ligne. Le DSE s'appuie sur cet outil pour faciliter la récolte des données sur le terrain et leur utilisation par l'équipe de Solthis (KoBo remplace l'utilisation du cahier de terrain).

La fréquence de la collecte

Dans le cadre d'un dispositif de suivi-évaluation, la collecte s'effectue au démarrage pour constituer la baseline, à mi-parcours pour adapter les activités ou les indicateurs, et à la fin pour mesurer l'atteinte des indicateurs.

Cependant, cette fréquence, En lien avec le choix des indicateurs, est à mettre en cohérence avec le cycle du projet et à adapter à chaque projet selon :

- La durée de mise en œuvre du projet : les processus d'empowerment sont des processus qui s'inscrivent dans le temps long. Il n'est pas pertinent de fixer des indicateurs d'empowerment ambitieux pour des projets qui dureraient moins de 3 ans. La collecte à mi-parcours est en effet pertinente uniquement à partir de 18 mois d'activité.
- Les différents jalons de collecte d'information déjà prévus dans le projet, notamment en lien avec le reporting intermédiaire (annuel, à 18 mois, ...) et final
- Le lien avec la planification des activités : certains indicateurs sont plus directement influencés par certaines activités, il faut donc mettre en cohérence le calendrier du suivi-évaluation avec celui de ces activités

Dans le cadre d'un projet déjà en phase de mise en œuvre, il faut également s'interroger pour savoir si on a encore le temps de constituer une baseline de référence des indicateurs ?

3.3 Enregistrer et analyser les résultats des indicateurs

La base de données des indicateurs d'empowerment

La base de données des indicateurs permet d'enregistrer au fur et à mesure, à partir des diverses sources de vérification (grilles d'observation, compte-rendu d'entretien, etc.), les données du suivi-évaluation. Elle traduit en % les indicateurs et mesure automatiquement leur progression. C'est un document Excel.

Pour chaque participant-e (cible) au suivi-évaluation, l'atteinte de l'indicateur est traduite par un chiffre et renseignée en début et fin de période par exemple.

Exemple :

Dimension : Cognitive

- **Indicateur** : % des femmes et des hommes qui communiquent leur statut VIH au sein de leur couple, famille proche et ami-es proches
- **Source de vérification** : registre
- **Au début du projet** : le-la responsable suivi-évaluation inscrit 0 si la personne n'a pas communiqué son statut à son conjoint ou 1 si elle l'a communiqué
- **A la fin** (ou à mi-parcours si le DSE le prévoit) : le-la responsable inscrit 0 si la personne n'a pas communiqué son statut à son conjoint ou 1 si elle l'a communiqué

La base de données va automatiquement calculer :

- s'il y a une évolution pour les participant-es, chaque ligne correspondant à 1 personne : en cas de passage de 0 à 1, la base de données va indiquer « Vrai » dans la colonne « Évolution ». S'il n'y a pas eu de changement (de 0 à 0 ou de 1 à 1), alors, la base de données va indiquer « Faux » dans la colonne « Évolution ».
- s'il y a une évolution pour l'ensemble des participant-es : la dernière ligne agrège et calcule le niveau d'atteinte de l'indicateur. Les colonnes « Début » et « Fin » calculent en % le nombre de personne qui ont répondu « oui = 1 ». Cela permet de connaître la baseline de départ et de constater s'il y a effectivement une évolution et de quel ordre.

Chaque projet détermine si la base de données est construite par groupe (un onglet pour chaque groupe de soutien par exemple - il faut dans ce cas consolider les résultats entre les groupes) ; ou si elle est « centralisée » sur un seul onglet qui regroupe tou·tes les participant-es inscrit·es dans le DSE.

Noms du M&E officer en charge de l'évaluation : Date/période d'évaluation de début : Date/période d'évaluation mi-parcours : Date/période d'évaluation de fin :						Dimension cognitive															
Codification des réponses: 1=jamais/non 1-presque jamais/un peu 3-parfois/moyennement 4-souvent/beaucoup 5-toujours/oui						1				2				3				4			
GROUPE 1						Estime de soi - A déclaré sa maladie à son conjoint / sa famille 0 = Non 1 = Oui				Estime de soi - A déclaré sa maladie à ses enfants 0 = Non 1 = Oui				Confiance en soi - Parler librement au health care worker 0 = Non 1 = Oui				Conscience de sa capacité d'action - Se projeter dans le futur 0 = Non 1 = Oui			
Nom Prénom	Sexe	Age	Situation familiale	Niveau d'éducation	Nombre d'enfants	Début	Fin	Evolution	Mesure de l'évolution	Début	Fin	Evolution	Mesure de l'évolution	Début	Fin	Evolution	Mesure de l'évolution	Début	Fin	Evolution	Mesure de l'évolution
xx	F	34	Marié	Primaire	2	0	0	FAUX	0,00	0	1	VRAI	1,00	1	1	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	H	41	Divorcé	Secondaire	4	0	0	FAUX	0,00	1	1	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	F	39	Célibataire	Universitaire	0	0	1	VRAI	1,00					0	1	VRAI	1,00	1	1	FAUX	0,00
xx	H	24	Marié	Primaire	2	0	1	VRAI	1,00	0	0	FAUX	0,00	1	1	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	F	54	Divorcé	Primaire	5	0	0	FAUX	0,00	0	1	VRAI	1,00	0	1	VRAI	1,00	0	1	VRAI	0,20
xx	F	34	Célibataire	Secondaire	0	0	0	FAUX	0,00					0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	F	57	Célibataire	Secondaire	2	0	1	VRAI	1,00	1	1	FAUX	0,00	0	1	VRAI	1,00	1	1	FAUX	0,00
xx	H	22	Marié	Universitaire	1	0	1	VRAI	1,00	0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	H	44	Divorcé	Secondaire	3	0	0	FAUX	0,00	0	1	VRAI	1,00	1	1	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	F	36	Célibataire	Universitaire	0	0	1	VRAI	1,00					1	1	FAUX	0,00	1	1	FAUX	0,00
xx	H	21	Marié	Primaire	2	1	1	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	H	17	Marié	Primaire	1	0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00	0	1	VRAI	1,00	0	0	FAUX	0,00
xx	H	28	Célibataire	Secondaire	3	0	1	VRAI	1,00	1	1	FAUX	0,00	0	1	VRAI	1,00	0	1	VRAI	0,20
xx	F	31	Marié	Secondaire	4	1	1	FAUX	0,00	0	1	VRAI	1,00	1	1	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	F	46	Marié	Secondaire	5	1	1	FAUX	0,00	1	1	FAUX	0,00	1	1	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	H	33	Divorcé	Universitaire	2	1	1	FAUX	0,00	0	1	VRAI	1,00	0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	F	27	Marié	Primaire	2	0	0	FAUX	0,00	0	1	VRAI	1,00	0	1	VRAI	1,00	0	0	FAUX	0,00
xx	H	45	Célibataire	Universitaire	2	0	1	VRAI	1,00	1	1	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00	1	1	FAUX	0,00
xx	F	24	Marié	Primaire	3	0	1	VRAI	1,00	0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
xx	F	23	Marié	Secondaire	0	0	0	FAUX	0,00					0	0	FAUX	0,00	0	0	FAUX	0,00
Moyenne						34,00	2,15	20%	60%	25%	55%			30%	60%			20%	30%		

La base de données facilite l'extraction des indicateurs par sexe, âge, situation maritale, etc.

Elle permet également un premier niveau d'analyse en croisant les informations sur le profil des patient-es et le niveau d'atteinte des indicateurs. Sur quels types de publics les effets ont-ils été les plus importants / les moins importants et pourquoi ?

Analyser ce que traduisent les indicateurs

La base de données traduit en résultat quantifié l'atteinte des indicateurs de mesure du pouvoir d'agir. L'étape suivante est l'analyse pour comprendre ce qui permet ou non l'atteinte des indicateurs et la contribution aux effets.

Exemple : existe-t-il une corrélation entre l'âge et le fait de communiquer et d'annoncer son statut sérologique ? Auprès de qui ? Entre le niveau d'éducation et la capacité à dialoguer avec son-sa soignant-e ? etc.

Elle est réalisée par l'équipe ou par un-e ou/des consultant-es externes dans un cadre permettant de prendre du recul (ex : Ateliers d'analyse des effets). Dans le cas où une évaluation externe est engagée, celle-ci peut prendre en charge l'animation de ce temps d'analyse à partir des indicateurs consolidés ou intégrer à son propre exercice d'analyse le résultat produit par l'équipe de suivi-évaluation.

A visée stratégique, l'analyse permet d'identifier, de mesurer et de qualifier les effets pour en tirer des enseignements sur l'approche de l'intervention, ses objectifs, son périmètre, etc. Elle doit permettre de répondre, pour chaque dimension et chaque effet identifié, aux questions suivantes :

- **Par quels mécanismes l'effet ou le résultat en question a-t-il été produit ?**
 - ⇒ Il s'agit d'analyser les étapes ou moments clés de la mise en œuvre des activités qui ont pu contribuer à la production de cet effet ou résultat.
- **Quels sont les limites et obstacles des effets générés ?**
 - ⇒ Certains indicateurs peuvent comporter un risque de « retour de bâton » ou d'« effet pervers » : si plus de femmes annoncent leur séropositivité à leur conjoint (indicateur jugé positif) mais qu'en retour elles subissent des violences ou doivent quitter le domicile conjugal contre leur gré, l'appréciation finale ne peut être positive.
- **Sur quels publics les effets ont-ils été les plus importants / les moins importants et pourquoi ?**
 - ⇒ Les effets ne sont pas nécessairement les mêmes selon les types de publics ou sur les différents publics et les résultats peuvent parfois être contrintuitifs.
- **Comment expliquer les inégalités de genre observées (ou au contraire l'absence d'inégalités) ?**
 - ⇒ Il est important de creuser spécifiquement et systématiquement la question du genre pour être sûr de ne pas contribuer à invisibiliser les effets du système patriarcal.

Cette analyse est ensuite formalisée, dans un document spécifique synthétique, qui facilite ainsi la remontée d'information pour la rédaction des rapports d'exécution sollicités par les bailleurs et autres activités de reporting et redevabilité à l'égard des différentes parties prenantes au projet.

Restituer et mettre en perspective les résultats de l'analyse

A la suite de la formalisation de l'analyse, deux restitutions peuvent être envisagées :

- **Une restitution auprès des participant-es** : Solthis et ses partenaires sont avant tout redevables vis-à-vis des porteurs et porteuses des processus de changement. Il est donc essentiel de leur restituer les résultats du DSE à l'occasion d'une réunion pouvant également rassembler les autres parties prenantes impliquées (ex : partenaires).

A la suite de cette restitution, une discussion peut s'engager sur les pistes d'amélioration.

- **Une restitution interne à Solthis et ses partenaires** : L'analyse réalisée dans le cadre du DSE peut constituer la base d'un échange autour du projet entre les équipes siège et terrain de Solthis et les équipes des partenaires opérationnels en charge de sa mise en œuvre. A la suite de cette restitution, une discussion peut s'engager sur les pistes d'amélioration, et la construction des prochaines phases.
- **Une restitution externe** : une fois mis en forme, les résultats du DSE constituent des sources d'information afin de valoriser les effets des projets auprès des partenaires et bénéficiaires, des bailleurs et donateurs.

IV- Matrice d'indicateurs de la mesure du pouvoir d'agir

Dans ce chapitre, pour chaque dimension du pouvoir d'agir est proposée une série **d'indicateurs** de mesure et des **outils** pour les renseigner. Tous les projets n'ont pas vocation à reprendre la liste complète de ces indicateurs, mais il convient pour chacun d'identifier **ceux qui correspondent à leur intervention**, et, le cas échéant, d'en reformuler certains, voire en proposer de nouveaux.

4.1 Dimension cognitive

Effets	Indicateurs	Outil de collecte	Source de vérification
1. Accepter ses difficultés, les obstacles en lien avec sa séropositivité (estime de soi) ou une autre affection de santé estimée stigmatisante	% de femmes et d'hommes qui communiquent sur leur statut VIH au sein de leur couple, famille proche et ami.es proches	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu de l'entretien
	% de femmes et d'hommes qui fréquentent le centre de santé local le plus proche, dans le cadre de leur PEC VIH	- Atelier de cartographie sociale (annexe n°1)	- Grille d'observation de la cartographie sociale
2. Disposer de compétences techniques et connaissances sur la maladie.	% de femmes et d'hommes qui connaissent et comprennent leur traitement	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	% de femmes et d'hommes qui connaissent et comprennent l'impact du VIH sur leur santé et celle de leur entourage	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	% de femmes et d'hommes qui déclarent respecter leurs rdv médicaux	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	% de femmes et d'hommes qui sont capables de témoigner des changements observés dans leur état de santé (gestion des effets secondaires, résultat de la charge virale, etc.)	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
3. Comprendre les facteurs qui engendrent des discriminations à l'égard	% de femmes et d'hommes qui arrivent à identifier les facteurs (d'oppression) qui produisent discriminations, et/ou violence au moment d'informer leur séropositivité	- Atelier de retour d'expérience des équipes (annexe n°11)	- Compte-rendu d'atelier

des personnes porteuses du VIH			
4. Renforcer la confiance en soi	% de femmes et d'hommes qui prennent librement la parole en public dans le cadre du projet	- Observation au cours des activités collectives (annexe n°2)	- Grille d'observation de la prise de parole
	% de femmes et d'hommes qui déclarent avoir plus de facilité à prendre la parole en public depuis la participation au projet	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	% de femmes et d'hommes qui participent à l'animation des groupes de parole, à l'élaboration d'outils pédagogiques, autres...	- Observation au cours des activités collectives (annexe n°4)	- Cahier de terrain ²¹
5. Prendre conscience de sa propre capacité d'action et de l'influence de l'environnement	% de femmes et d'hommes (désagrégé) qui se projettent dans des projets de vie personnelle, associative et/ ou professionnelle	- Atelier de ligne de temps collective (annexe n°5)	- Grille d'observation de la ligne de temps collective
6. Avoir la capacité à faire valoir ses droits, et/ou exprimer ses besoins	% des femmes et d'hommes qui connaissent et adhèrent à la charte des droits de patient-e-s	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	% de femmes et d'hommes qui expriment librement des besoins, des limites, une demande d'aide	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien

²¹ Dans le cadre du projet EMPOWER, les membres de l'équipe de NETHIPS utilisent KoBo Toolbox pour collecter les indicateurs. Cet outil en ligne remplace le cahier de terrain.

4.2 Dimension relationnelle

Effets	Indicateurs	Outil de collecte	Source de vérification
1. Construire la confiance et le soutien au sein du couple / de la famille	% de femmes et d'hommes qui abordent les questions en lien avec la santé, les soins, les difficultés, mais aussi les droits à la santé avec leur conjoint·e et le reste de la famille	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3) - Atelier de ligne de temps collective (annexe n°5)	- Compte-rendu d'entretien - Grille d'observation de la ligne de temps collective
	% de femmes et d'hommes bénéficiant d'un soutien (moral, économique, autre) de leur conjoint et/ ou de leur famille	- Atelier de ligne de temps individuelle (annexe n°5)	- Grille d'observation de la ligne de temps
2. Promouvoir la coresponsabilité du couple dans l'éducation des enfants, dont l'éducation sexuelle et le respect des droits et santé sexuels et reproductifs.	% de femmes et d'hommes qui sensibilisent leurs enfants (à partir de 11- 12 ans, âge de la puberté) aux SSR et aux IST	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
3. Réduire les inégalités et les rapports de pouvoir au sein du couple, de la famille, des ami·e·s, soignant·e·s et soigné·e·s, etc.	Forme d'engagement de la coresponsabilité sexuelle au sein du couple (usage de contraceptifs, relations extra-conjugales, etc.)	- Atelier de ligne de temps collective (annexe n°5) - Atelier de retour d'expérience des équipes (annexe n°11)	- Grille d'observation de la ligne de temps collective - Compte-rendu d'atelier
	% de femmes et d'hommes qui montrent la volonté d'engager une redistribution plus équitable de la prise de décision, notamment en ce qui concerne la santé et les soins des enfants et d'autres personnes de la famille	- Atelier de ligne de temps collective (annexe n° 5) - Atelier de retour d'expérience des équipes (annexe n°11)	- Grille d'observation de la ligne de temps collective - Compte-rendu d'atelier
	% de femmes et d'hommes qui questionnent le choix de leur traitement et dialoguent librement avec leur référent·e médical·e ou leur médecin	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien

4. Réduire les discriminations et violences basées sur le genre au sein du couple et de la famille, ami-e-s, soignant-e-s et soigné-e-s, représentant religieux, etc.	% de femmes et d'hommes qui déclarent être moins exposé-e-s à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH (y compris la violence) au sein du foyer	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	% de femmes et d'hommes qui déclarent être moins exposé-e-s à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH (y compris la violence) au sein de la communauté de soin	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien

4.3 Dimension sociétale ou politique

Effets	Indicateurs	Outil de collecte	Source de vérification
1. Agir dans le cadre d'un collectif et mobiliser les autres personnes qui y participent	- % de femmes et d'hommes qui ont rejoint un groupe de soutien	- Atelier de retour d'expérience des équipes (annexe n°11)	- Compte rendu de l'atelier
	% de femmes et d'hommes membres d'un groupe de soutien qui sont actif-ves dans leur animation / développement	- Atelier de ligne de temps collective (annexe n°5)	- Grille d'observation de la ligne de temps
	% de femmes et d'hommes membres d'un groupe de soutien qui ont coopté d'autres membres	- Atelier de ligne de temps collective (annexe n°5)	- Grille d'observation de la ligne de temps
2. S'engager dans la communauté	% de femmes et d'hommes qui participent à des activités associatives, en particulier celles liées avec la santé	- Atelier de cartographie sociale (annexe n°1)	- Grille d'observation de la cartographie sociale
	Nombre et type d'espaces fréquentés dans la communauté (mosquée, groupes féminins, groupes masculins, etc.)	- Atelier de cartographie sociale (annexe n°1)	- Grille d'observation de la cartographie sociale
	Place qu'occupe le-la patient-e dans l'association (militant, membre d'un espace de décision, salarié-e, bénévole, ...)	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien

3. Initier des actions de lutte contre la stigmatisation et pour le respect des droits, dans sa communauté (église, lieu de travail)	% de patient·e·s qui témoignent sur leur statut auprès de la communauté	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	Nb et type de réunions / campagnes auxquelles participent les patient·e·s	- Atelier de retour d'expérience des équipes (annexe n°11)	- CR des actions feuille d'émargement
4. Construire des alliances avec d'autres groupes, collectifs, organisations	Nb de groupes de soutien ou de patient·e·s capable d'orienter leurs membres vers d'autres organisations/structures selon leurs besoins et demandes	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	Nb d'initiatives partagées avec d'autres collectifs	- Atelier de ligne de temps collective (annexe n°5)	- Grille d'observation de la ligne de temps
5. Réduire les inégalités et les rapports de pouvoir de genre dans une perspective intersectionnelle au sein des collectifs	Qualité de la participation des femmes et des hommes aux cercles, espaces de prise de décisions	- Atelier de retour d'expérience des équipes	- Compte-rendu d'atelier
6. Prendre part aux processus de décision au niveau de la communauté de santé	% de femmes et d'hommes qui participent à des espaces de décision au niveau de la communauté de santé.	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3) - Atelier de cartographie sociale (annexe n°1)	- Compte-rendu d'entretien - Grille d'observation de la cartographie sociale

4.4 Dimension transversale d'accès aux soins

Effets	Indicateurs	Outil de collecte	Source de vérification
1. Avoir accès à une information de qualité et fiable sur sa santé	% de femmes et d'hommes qui savent où et comment trouver de l'information sur leur statut, leurs traitements, etc.	- Atelier de cartographie sociale (annexe n°1)	- Grille d'observation de la cartographie sociale
	% de femmes et d'hommes qui sont capables de comprendre les informations sur le statut VIH et les traitements utilisés.	- Atelier Quiz de la santé (annexe n°6)	- Compte-rendu d'atelier
2. Avoir accès à l'information sur ses droits et de patient·e	% de femmes et d'hommes qui connaissent leurs droits en lien avec leur statut	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	% de femmes et d'hommes qui adhèrent et font valoir leurs droits en lien avec leur statut auprès des professionnel·les de santé	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
3. Savoir négocier l'accès à une prise en charge de qualité et la prescription d'examen de suivi	% de femmes et d'hommes qui sont satisfait·es du traitement médical et l'accompagnement psycho-social de la part des professionnel·les de santé	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	% de femmes et d'hommes qui comprennent les observations / diagnostics du médecin traitant	- Atelier de retour d'expérience des équipes (annexe n°11)	- Compte-rendu d'atelier
	% de femmes et d'hommes qui manquent très souvent / parfois / jamais un rdv	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
	% de femmes et d'hommes qui respectent les prescriptions	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien
4. Construire un cadre stratégique de plaidoyer pour les droits de patient·es	% de femmes et d'hommes qui s'engagent dans un processus collectif visant à faire connaître et valoir leurs droits (et/ ou charte des patient·es, ...)	- Entretien individuel semi-directif (annexe n°3)	- Compte-rendu d'entretien

Annexes

Annexe N°1 :	Cartographie sociale
Annexe N°2 :	Grille d'observation de la prise de parole
Annexe N°3 :	Guide d'entretien
Annexe N°4 :	Cahier de terrain
Annexe N° 5 :	Ligne de temps individuelle et collective
Annexe N° 6 :	Quizz de la santé
Annexe N° 7 :	Ligne de Pouvoir
Annexe N° 8 :	Jeu du Sac à dos
Annexe N° 9 :	Le Mur des changements
Annexe N° 10 :	Trame de Base de données
Annexe N°11 :	Trame d'animation d'ateliers de retour d'expériences
Annexe N° 12 :	Fiche d'analyse consolidée des résultats et effets
Annexe N° 13 :	Exemple de matrice d'indicateurs - Projet Ruche
Annexe N° 14 :	Exemple de matrice d'indicateurs - Projet EMPOWER
Annexe N° 15 :	Fiche Projet Ruche
Annexe N° 16 :	Fiche Projet EMPOWER

Présentation des deux projets PACTES/RUCHE et Empower

PACTES en Guinée

Le projet PACTES en Guinée a pour objectif d'améliorer le respect des droits des PVVIH à une prise en charge de qualité. Il se déroule en deux phases : une phase I de juillet 2017 à janvier 2020 et une phase II de février 2020 à 2022. La première phase de ce projet a permis de générer des premiers résultats sur les axes suivants :

- l'amélioration de l'offre et de l'organisation de la prise en charge des patient·e·s dans les sites ciblés avec : la mise en place des premiers cadres d'échanges entre soignant·e·s et patient·e·s ; la formation des directeur·rice·s des structures au management de la qualité ; l'intégration de l'accompagnement psychosocial (APS) dans le circuit du patient·e et le développement d'outils d'APS ; la fourniture d'un appui matériel ayant permis d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge ; l'amélioration de l'accès à la charge virale, examen clé pour permettre une prise en charge individualisée des patient·e·s ;
- l'initiation d'une démarche réflexive d'analyse des pratiques par les acteur·rice·s de soins pour améliorer la relation soignant·e-soigné·e et ainsi diminuer la discrimination et la stigmatisation vis-à-vis des patient·e·s ;
- la mise en place d'un collectif inter-associatif pour la défense des droits des patient·e·s VIH+ et l'organisation de premières actions de plaidoyer commun de ce collectif.

La seconde phase de ce projet (2020-2022), le projet RUCHE, qui a servi de cadre de l'élaboration du présent manuel et dispositif de suivi-évaluation, vise à poursuivre la dynamique initiée pour approfondir, consolider et pérenniser les acquis en matière de démarche collective de soins (incluant l'APS), d'amélioration de la relation soignant·e-soigné·e, d'empowerment des usager·e·s et de défense des droits des patient·e·s. Un volet d'accompagnement à la structuration associative des partenaires de la société civile (FEG et collectif inter-associatif) est également déployé en complément pour favoriser la transition des activités du projet. Afin de générer des changements effectifs de pratiques et de développer des interventions répondant aux besoins des bénéficiaires, le projet s'appuie sur une méthodologie fortement participative. Les outils visant à améliorer l'information délivrée aux patient·e·s et leur APS sont élaborés directement par des groupes de patient·e·s en tant qu'acteur·rices expert·e·s.

EMPOWER en Sierra Leone

Une première phase du projet EMPOWER a été mise en place de janvier 2016 à février 2019. Ce programme visait à contribuer au renforcement de la société civile et des équipes soignantes pour l'exercice du droit à la santé dans le pays. Cette première phase du projet a confirmé la motivation et l'engagement de ces partenaires (réseau des PVVIH Nethips et le Ministère de la Santé) pour la mise en œuvre du projet, qui a également permis de les renforcer.

Une seconde phase (EMPOWER II) est en cours depuis mars 2019, élaborée conjointement avec les partenaires et visant à renforcer leur implication et leur autonomie. La phase 2 du projet EMPOWER vise à consolider et pérenniser les acquis de la 1ère phase du projet en matière de qualité de la prise en charge du VIH/Sida et souhaite développer une prise en charge de qualité centrée sur le/la patient·e en Sierra Leone, par le renforcement des capacités des équipes soignantes dans 20 structures de santé de Freetown et de Port Loko et par la promotion des droits des usager·e·s des services de santé, y compris les usager·e·s les plus vulnérables. Ce deuxième volet repose principalement sur un appui à Nethips et à une vingtaine de groupes de patient·e·s actif·ive·s dans les zones d'intervention du projet.