



PROJET :

« MOBILISATION COMMUNAUTAIRE INTEGREE DES COUPLES ET PARENTS
DANS LA PROTECTION DE L'ENFANCE CONTRE LE VIH A HOMBO »

RAPPORT NARRATIF FIN PROJET PACF ANNEE II

Réalisé avec l'appui technique de l'Alliance (HUB de l'Afrique de l'Ouest, du Nord et du Centre), BFA et l'appui financier de
POSITIVE ACTION FOR CHILDREN FUND (PACF), UK

« 30 NOVEMBRE 2013 »

DEFINITION DES ABREVIATIONS UTILISEES DANS LE RAPPORT

No	SIGLE	DEFINITION
	ASBL	Association sans but lucratif
	ADB	Action Pour le Développement de Bunyakiri : asbl
	AGR	Activités génératrices des revenus
	BCZ	Bureau central de la zone de santé
	CAMV	Une asbl chargée de l'accompagnement des filles et femmes violées
	CDV	Centre de dépistage volontaire
	CDVF	Centre de dépistage volontaire fixe
	CDV M	Centre de dépistage volontaire mobile
	CPN	Consultation Prénatale
	CPS	Consultation préscolaire
	CS	Centre de santé
	FARDC	Forces armées de la République Démocratique du Congo
	FDLR	Force Démocratique pour la libération du Rwanda
	FE	Femmes enceintes
	FA	Femmes allaitantes
	HGR	Hôpital général de Référence
	IT	Infirmier Titulaire
	MDHGR	Médecin Directeur de l'hôpital général
	ML	Ménages leaders
	PA	Personne affectée
	PE	Pair éducateur
	PF	Planification familiale
	PFP	Progrès pour la femme paysanne (asbl créée par les pvvih)
	PNLS	Programme national de lutte contre le sida
	PNMLS	Programme national multisectoriel de lutte contre le sida
	PVVIH	Personne vivant avec le virus du sida
	PS	Prestataire de santé
	RM	Raia Mutomboki (force locale d'autodéfense populaire)
	SACICONGO	Solidarité pour l'Action Communautaire Intégrée au Congo

0. SOMMAIRE

0.1 PREAMBULE DU RAPPORT

MOBILISATION COMMUNAUTAIRE INTEGREE DES COUPLES ET PARENTS DANS LA PROTECTION DE L'ENFANCE CONTRE LE VIH A HOMBO tel est le titre du projet mis en œuvre dans la cité de Hombo à 115Km de la ville de Bukavu, capitale de la province du Sud Kivu.

Ce second projet SACI-PACF a été lancé au mois de Janvier 2013 à l'issue d'une mission d'évaluation et de vérification des acquis du précédent intitulé : **mobilisation des femmes contre le VIH/Sida**. Sa mise en œuvre bénéficie du concours de trois organisations travaillant en partenariat avec des responsabilités distinctes notamment :

- 1. **POSITIVE ACTION FOR THE CHILDREN FUND (PACF)** : Buteur de fonds qui offre les moyens financiers nécessaires pour la mise en œuvre du projet sur le terrain.
- 2. **ALLIANCE/HUB : ONG** chargée du renforcement des capacités techniques du personnel de la mise en œuvre du projet sur le terrain.
- 3. **SACICONGO : ONG chargée de la** mise en œuvre du projet sur le terrain par le biais de son personnel technique et opérationnel

But de la mission d'évaluation de janvier 2013,

- ❖ Partager sur le rapport et résultats du premier projet avec les autorités locales notamment : le chef de poste d'encadrement administratif, Mr CHIZUNGU BUBANGA WA MAHINANDA et le Chef de cité de Hombo
- ❖ Saisir de cette opportunité pour annoncer l'implantation du second projet dans la cité de Hombo
- ❖ Partager avec les leaders de la communauté sur les nouvelles stratégies d'intervention de proximité qui consistent à implémenter de nouvelles structures communautaires de sensibilisation des ménages en vue de l'implication des parents dans la lutte pour l'ETMe.

Résultats de la mission d'évaluation :

- ❖ Echanges fructueux avec les leaders de la communauté sur les faiblesses et les forces du premier projet et justification de la nouvelle stratégie,
- ❖ Accord entre les leaders locaux et SACICONGO sur l'opérationnalisation du recensement démographique de la cité et /ou identification des ménages.
- ❖ Décision d'impliquer 5 parmi les représentants de l'autorité et 10 animateurs sélectionnés par SACICONGO dans l'opération de recensement et d'identification des ménages
- ❖ Accord sur la mise en place d'un cadre (carte géographique de la cité) de renseignement sur le nombre approximatif des membres d'une cité située dans un pays où le dernier recensement démographique date de 30 ans. Tout compte fait, ce projet exclusivement communautaire s'inscrit dans le cadre de l'objectif du millénaire pour le développement. Il vise principalement les **femmes enceintes et leurs conjoints** et constitue une contribution à l'élimination de la transmission du virus du sida des parents à l'enfant suivant les fourchettes « **Zéro nouvelle infection, zéro décès du sida, zéro discrimination d'ici 2015** ». Cette contribution se propose de passer par la sensibilisation qui implique les deux parents(PTPE) à travers les visites causeries-conseils portes à portes dans les ménages, la sensibilisation en CPN et CPS et l'accompagnement des PVVIH suivant les quatre piliers de la PTME à savoir :
- Pilier 1 : La prévention primaire de la transmission du virus chez les jeunes à l'âge de la procréation en tenant compte des deux sexes
- Pilier 2 : Prévention contre les grossesses non désirées chez les PVVIH et leurs conjoints
- Pilier 3 : Prévention de la transmission verticale du virus des parents à l'enfant (PTPE).
- Pilier 4 : Soins, soutien et traitements des PVVIH et des membres de leurs familles.

Normalement, ce projet devrait commencer en décembre 2012 pour se clôturer en Octobre 2013 soit une durée de 11mois. Malheureusement, le rebondissement de la guerre entre les forces gouvernementales et les Rebelles du Mouvement du 23 Mars appelés M23, a retardé d'un mois le lancement du projet.

I.PRESENTATION DE L'ORGANISATION (1/2 page)

I.1. Historique de l'organisation

La Solidarité pour l'Action Communautaire Intégrée, **SACI CONGO** Asbl en sigle, est une association sans but Lucratif de droit congolais née à Lubumbashi le 8 Avril 2006 à l'initiative de 14 hommes et femmes congolais ayant fui les hostilités dans les périphéries des grandes villes en provinces du Katanga, Nord et Sud Kivu.

En effet, contraints au déplacement interne, ces hommes et femmes confrontés à une disette qui ne disait pas son nom avaient bénéficié dans leur état de vulnérabilité du soutien de différentes familles d'accueil dans la ville de Lubumbashi.

Face à cette hospitalité caractérisée par les actes de bienfaisance, la conscience des concernés a été interpellée. A l'instar de leurs bienfaiteurs, ils avaient décidé de faire autant en faveur d'autres catégories de personnes vulnérables qui errerent à travers les villes et campagnes de la RD Congo en commençant par Lubumbashi.

Il s'agit des jeunes et enfants rejetés et vulnérables disséminés à travers toutes les villes congolaises dont les orphelins de guerre et du VIH/ SIDA, les jeunes sourds-muets, les albinos, les paralytiques, les enfants de la rue, les filles mères ainsi que les femmes vulnérables et sans appui.

Pour voler à la rescoufle de cette population, les concernés ont créé une structure d'appui aux indigents et ou personnes vulnérables dénommée **Solidarité Pour l'Action Communautaire Intégrée au Congo**. SACICONGO en sigle.

Comme préalable, la structure s'était dotée des statuts avant de démarrer ses activités.

Ces derniers ont été légalisés par le notaire sous le numéro 23045 et recensés par le Bourgmestre sous le numéro 03/2008 avant d'obtenir la reconnaissance par des Arrêtés Ministériels..

Dès lors, **SACICONGO** appuie à la limite de ses moyens, ces catégories des personnes vulnérables à travers le Pays. Signalons aussi que sur propositions techniques de la HUB/ALLIANCE SACICONGO vient d'amender ses statuts en impliquant davantage la communauté cible dans la prise des décisions selon chaque projet.

* Siège social et Rayon d'action.

L'organisation se propose d'exercer ses activités sur toute l'étendue de la République Démocratique du Congo à travers les bureaux relais ou antennes provinciales mais, le siège social est situé à Lubumbashi dans la Province du Katanga.

1.2 Mission et Objectifs conformément aux statuts de l'organisation.

Dans sa conception, l'association poursuit des objectifs bien définis qui se résument principalement par :

- ❖ La participation aux renforcements des initiatives de lutte contre le VIH/SIDA, la faim et la pauvreté dans le Pays.
- ❖ L'appui aux initiatives féminines et la participation à la protection des groupes vulnérables marginalisés.
- ❖ L'appui à l'auto prise en charge des groupes vulnérables par la promotion des activités génératrices des revenus et l'appui à la santé.
- ❖ La promotion de l'éducation de la jeunesse par le parrainage, l'amélioration des infrastructures scolaires et de la qualité de l'enseignement (formation des formateurs).

Dans sa vision générale, **SACI CONGO** s'adresse à toutes les catégories des personnes vulnérables en mettant l'accent particulier sur les jeunes et les femmes.

Dans ce cadre précis et avec l'appui financier de **Positive Action for the children Fund**, ce second projet dénommé mobilisation communautaire intégrée des couples et parents dans la protection de l'enfance contre le VIH /Sida a été mis en œuvre dans 11 mois à Hombo allant du 02 Janvier au 30 novembre 2013. Il constitue une contribution à la réalisation de l'objectif du millénaire qui vise l'éradication de la pandémie du Sida dans le Monde.

II. CONTEXTE GLOBAL DU PROJET (1/4 page)

Les statistiques mondiales confirment que 33 millions de personnes vivent avec le VIH dont les 2/3 se trouvent en Afrique subsaharienne (Afrique noire) et que la RDC à elle seule dispose de 1.300.000 personnes infectées.

Cette situation est assez inquiétante quand on se rend compte que le virus attaque plus les principaux géniteurs de la procréation que la population vieillissante (les femmes et les jeunes) et que les milieux ruraux sont plus exposés que les milieux urbains.

De ce qui précède, il ressort que l'infection à VIH en RDC se féminise et se ruralise. En fait, aujourd'hui, dans notre pays, les milieux ruraux enregistrent plus de cas d'infection à VIH par rapport aux milieux urbains d'une part et la catégorie constituée de femmes et de jeunes est plus exposée que celle des adultes d'autre part. Cette situation nous interpelle à une sensibilisation ordonnée en faveur de nos populations victimes de VIH dont **l'ignorance et la pauvreté** sont parmi les principaux facteurs favorisants.

Le cas éloquent est celui de la plaine de la Ruzizi dans la province du Sud Kivu où la prévalence du VIH en 2009 était de 4,6% pendant que dans la ville de Bukavu elle s'élevait à 1,1% Cfr Rapport PNMLS Sud Kivu. 2010

En fait, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le SIDA constituent pour l'humanité entière un problème crucial de santé publique. En RDC, l'on a mis en œuvre le plan national de lutte contre le sida 2008-2014 et le plan stratégique de santé 2008-2012 du PNLS.

Dans ces prévisions, le Pays qualifié de **Capitale Mondiale de viol** » par le rapport de la MONUSCO 2010 a bénéficié des subventions du 3ème, 7ème et 8èmes séries du fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria. (cfr Rapport PNMLS sud Kivu 2010)

Malgré ces différents programmes dont la gestion a été confiée au PNMLS avec comme cibles les zones de santé, certaines zones victimes des tueries, pillages, viols et violences sexuelles perpétrées par les groupes armés n'ont pas bénéficié du paquet complet des services des programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Le cas éloquent est celui de la Zone de santé de Bunyakiri située dans le territoire de Kalehe et plus particulièrement le Centre de santé de Hombo situé dans la cité du même nom qui abrite des populations en fuite provenant des territoires voisins de shabunda, et walikale avec comme conséquences:

- ❖ Présence parmi la communauté de plusieurs victimes de viols et violences sexuelles évoluant dans la clandestinité.
- ❖ Pauvreté, vulnérabilité et professionnalisme de sexe dans le chef des filles mères avec un Statut sérologique qui échappe à toute connaissance.
- ❖ Ignorance du virus du sida, IST et leurs conséquences sur la santé par la communauté.
- ❖ Risque de contamination exacerbée par la position stratégique de la cité qui sert de carrefour aux trafiquants des minerais.
- ❖ Absence d'un cadre dynamique pour véhiculer l'information, organiser l'éducation et le dépistage au sein de la communauté hormis SACICONGO avec l'appui des partenaires PACF et ALLIANCE.

Justification de l'intervention : L'intervention se justifie par la prévalence élevée de l'infection à VIH dans le pays.

- ❖ La prévalence dans notre zone d'intervention (Province du Sud Kivu) est de 3,7% tandis qu'elle est de 1,1% au niveau national pour une population estimée à 70.000.000 d'habitants avec un nombre élevé des PVVIH estimé à 390000(360000 - 430000) dans un pays à 34169 nouvelles infections dont 18803 femmes en 2012 (Nouveau plan stratégique national 2013).
- ❖ Au terme du premier projet ciblant la communauté féminine dont les femmes violées, il a été observé un **engouement de la cible** dans la fréquentation et le dépistage volontaire en CPN et CPS mais, avec une faible participation des conjoints (**17 conjoints pour 846 femmes en CPN et CPS soit 2% de la fréquentation**) . Or ceux -ci demeurent les décideurs en chef dans les ménages ce qui risquerait d'asphyxier l'impact positif de l'intervention.
- ❖ Besoin d'impliquer les deux parents/ conjoints (**homme-femme**) et les partenaires sexuels dans la lutte d'où nécessité d'une nouvelle stratégie de sensibilisation par les **visites-causeries -conseils portes à portes** dans les ménages.

III.OBJECTIFS DU PROJET (1/4 page)

III.1 Objectif Global du projet

Contribuer à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant(E-TME) dans la cité de HOMBO dans le cadre de l'objectif «zéro» défini par l'ONUSIDA pour 2015

III.2 Objectifs Spécifiques

1. Renforcer la responsabilisation et l'appropriation de la PTME et la PF par les parents, couples et ménages dans la cité de Hombo
2. Pérenniser les acquis de la première phase du projet sur la prévention, l'accompagnement psychosocial et économique des bénéficiaires

III.3.Piliers, Cible, Objectif, Activités et Résultats attendus cfr Tableau synthèse

III.4.Analyse de la stratégie utilisée pour la mise en œuvre des activités du Projet.

Sur le terrain nous appliquons les stratégies selon les piliers de la PTME -PTPE à savoir :

Stratégies de mise en œuvre :

Pilier I : Prévention Primaire de l'infection à VIH chez les jeunes en âge de procréation en tenant compte des deux sexes.

Deux processus sont suivis notamment :

I. La Sensibilisation préparatoire : Elle se réalise à travers deux réunions d'information avec explications sur les raisons d'être du projet :

a. Réunions de Contact avec les autorités locales respectant la procédure suivante:

- ❖ La mise en place des outils de collecte des données
- ❖ L'échange d'informations sur le projet avec les autorités locales : PNMLS, PNLS, Médecin chef de zone de santé, chef de poste d'encadrement administratif et le chef de quartier
- ❖ La Formalisation et sécurisation de l'intervention par le protocole avec le BCZ (bureau central de la zone de santé).

b. Réunion d'Information du grand public: En cas de besoin, l'information est véhiculée à travers l'organisation de la caravane motorisée, les communiqués et émissions à la radio communautaire de Hombo (R.C.H.) Cette procédure vise à informer la population globale de l'implantation d'un projet PTME- PTPE dans la cité.

II/ La Sensibilisation de proximité au sein des structures opérationnelles : Le travail suit un processus à 6 étapes notamment :

- ❖ 1. Le Renforcement des capacités techniques des unités de mise en œuvre du projet dans la cité (PE, PS)
- ❖ 2. L'Identification des ménages et le dénombrement des effectifs démographiques de la cité
- ❖ 3. Numérotation des maisons et remplissage des fiches d'identification et des mouvements des ménages.
- ❖ 4. Subdivision et implantation des structures opérationnelles dont : 2 fiefs de surveillance ayant à leur tête un Pair éducateur, 8 clubs patrouilleurs dirigés par un pair éducateur assisté de deux ménages leaders(responsables des visites-causeries-conseils), 16 cellules satellites dirigées chacune par un ménage satellite chargé de prendre les rendez-vous avec d'autres ménages et qui communiquent le programme aux clubs pour programmation des visites .
- ❖ 5. Mise en place du CDV communautaire mobile (avancée) utilisant une équipe d'infirmiers et sensibilisation proprement dite .
- ❖ 6. Visites causerie- conseils portes à portes dans les ménages par les pairs éducateurs (PE) et les ménages leaders(ML) des clubs ciblant parents, conjoints, couples, partenaires sexuels, jeunes à l'âge de la procréation

Pilier 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les PVVIH et leurs conjoints.

En principe cette sensibilisation devrait concerner les femmes PVVIH et leurs conjoints qui désirent avoir des enfants en les orientant vers les services de santé et de la reproduction. Mais, notre projet se limite à la prévention générale des grossesses non désirées chez les femmes et partenaires (distribution des préservatifs, information sur les méthodes, référence au CS pour démonstration)

De ce qui précède, notre sensibilisation se fait concomitamment à deux niveaux :

Niveau 1 : Sensibilisation des ménages par les clubs et cellules satellites en visites causeries portes à portes avec comme cibles : jeunes actifs, parents, partenaires sexuels.

Niveau 2 : Sensibilisation des femmes allaitantes au centre de santé en CPS par deux pairs éducateurs y affectés.

Pilier 3 : Prévention de la transmission verticale (mère -enfant) ou PTPE

Les activités de ce pilier s'organisent à travers un processus à 3 étapes notamment :

- ❖ Sensibilisation par deux PE en CPN et CPS sur le counseling (pré-test et post-test) impliquant l'agent de la maternité.
- ❖ Organisation du CDV fixe au sein du CS avec l'appui de l'équipe d'infirmière partenaire.
- ❖ Mise en place du **Staff PTPE communautaire** ou de soutien pour l'auto évaluation mensuelle. Il est constitué de: 2 Responsables des fiefs, 1 Représentant des clubs, 1 Infirmier titulaire, 1 Agent de la maternité, 1 infirmier de dépistage, 1 Pair éducateur CPN et CPS, 1 Délégué des PVVIH (asbl) et 1 superviseur de SACICONGO.

Pilier 4 : Soins, soutien et traitements des personnes infectées et leurs familles.

Pour réaliser le travail dans ce pilier le processus passe par 6 étapes notamment :

- ❖ Négociation d'un protocole d'appui aux soins des PVVIH avec les médecins au BCZ/ HGR.
- ❖ Désignation par le BCZ et HGR d'un infirmier facilitateur des soins des PVVIH pour éviter la discrimination
- ❖ Regroupement des PVVIH en une association d'entraide mutuelle : cas de **PFP** (progrès pour les femmes paysannes).
- ❖ Promotion de l'auto prise en charge des PVVIH par l'appui aux AGR (organisation du crédit rotatif).
- ❖ Organisation des réunions de briefing sur la gestion des AGR avec implication des PA
- ❖ Désignation par la PFP d'un délégué (PVVIH) au plaidoyer, une personne charnière chargée du suivi et accompagnement de ses pairs sur les AGR, santé et soins.

IV.RESULTATS REALISES A LA FIN DU PROJET 201 3

IV.1.Prévention Primaire

No	Piliers et Indicateurs PTME	Prévisions Globales du projet	Réalisations Globales du projet	Taux réalisation de	Observations
P3.1	Nombre de femmes enceintes en CPN	450	496	110,22%	
P3.2	Nombre de femmes en CPS	450	593	76%	
P3.3	Nombre total de femmes enceintes et allaitantes ayant fréquenté la CPN et CPS	900	1089	121%	Dans l'ensemble 1089 femmes au lieu de 900 ont fréquenté la CPN et CPS
P3.4	Nombre de femmes enceintes dépistées	496	445	89,71%	445 F.E sur les 496 ayant fréquenté la CPN se sont faits dépister
P3.5	Nombre de femmes enceintes dépistées ayant retiré les résultats	445	445	100%	445 F.E sur les 445 dépistées ont retiré les résultats
P3.6	% de femmes enceintes dépistées ayant retiré des résultats	80%	100	100%	Toutes les femmes dépistées ont retiré leurs résultats

	résultats				
P3.7	Nombre de femmes allaitantes dépistées en CPS et retrait des résultats	593	289	48,73%	289 F A sur les 593 qui ont fréquenté la CPS se sont faits dépister et ont retiré les résultats
P3.8	% de femmes allaitantes ayant retiré les résultats	289	289	100%	Toutes les femmes Allaitantes dépistées ont retiré les résultats
P3.9	Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives	0	2	0	
P3.10	% de femmes enceintes séropositives par rapport aux femmes enceintes dépistées	445	2	0,45%	2 femmes enceintes sur les 445 dépistées et qui ont retiré les résultats sont séropositives
P3.11	Nombre de conjoints dépistés par le CDV mobile et ayant retiré les résultats	0	138		Tous les conjoints touchés et dépistés à domicile ont retiré les résultats
P3.12	Pourcentage de femmes enceintes reçues en CPN dans les centres de santé gérés par l'organisation dont les partenaires masculins ont été dépistés	445	77	17,3%	77 conjoints aux 445 femmes dépistées ont fréquenté la CPN et se sont à leur tour dépistés
P3.13	Nombre de conjoints séropositifs dépistés par le CDV fixe en CPN	0	2	0	2 conjoints dépistés en CPN au CS sont VIH+
P3.14	% des conjoints dépistés en CPN qui sont VIH+ par rapport aux conjoints participants	77	2	2,6%	
P3.15	Nombre de femmes enceintes accouchées d'enfants VIH-	199	199	100%	199 femmes sur 199 ont accouché d'enfants VIH-
P3.16	% de femmes accouché par rapport au nombre de femmes enceintes	496	199	40,12%	199 femmes enceintes sur les 496 en CPN ont accouché
P3.17	Nombre et % de femmes enceintes VIH+ accouchées		0	0	Toutes les deux femmes sont suivies et attendent familles
P1.1	Nombre de ménages sensibilisés par la communication d'identification de proximité	1600	1359	84,9%	Le nombre de ménages a diminué suite au retour progressif des déplacés de la cité vers leurs villages suite au rétablissement de la paix
P1.2	Nombre de personnes sensibilisées par les visites causeries portes à portes	4800	5946	123,9%	991 ménages visités à raison de 6 personnes par ménage
P1.3	Proportion de ménages sensibilisés par les relais communautaires lors de visites domiciles	1359	991	72,9%	De 1359 ménages recensés 991 ont reçu les visites portes à portes
P1.4	Nombre de personnes dépistées dans les ménages par le CDV mobile	517	472	91,3%	472 sur 517 personnes dépistées dans 456 ménages ont retiré les résultats
P1.5	Nombre de conjoints dépistés à domicile par CDV mobile	0	138	0	
P1.6	Nombre de conjoint ayant retiré les résultats	138	138	0	138 conjoints sur 138 dépistés ont retiré leurs résultats
P1.7	% de conjoints ayant retiré les résultats par rapport aux dépistés	138	138	100%	Tous ont retiré leurs résultats
P1.8	Nombre de conjoint dépistés	138	5	0	5 conjoints sur les 138

	séropositifs par CDV mobile				dépistés en CDV mobile sont VIH+
P1.9	% des conjoints dépistés VIH+ par le CDV mobile	138	5	3,62%	5 sur 138 conjoints dépistés sont séropositifs
P2.1	Nombre des ménages sensibilisés sur la PF à domicile	800	461	0	En plus du VIH et de la PTME ces 461 ménages ont été touchés par la PF
P2.2	Nombre de ménages (hommes et femmes ayant adhéré aux méthodes et techniques de la PF et ayant reçu un appui en produits	93	88	94,62%	88 sur 93 couples référencés au CS pour la SR, ont reçu les produits PF
P2.3	Nombre de préservatifs distribués par l'ONG partenaire de mise en œuvre du projet	4900	6063	123,73%	Hormis la CPN, CPS ces préservatifs sont distribués pendant les visites à domicile

IV.2. Soins, traitement et soutien aux femmes VIH+, à leurs enfants, partenaires et familles

N°	Piliers et Indicateurs PTME	Prévisions Globales du projet	Réalisations Globales du projet	Observations
P4.1	Proportion de femmes enceintes conseillées, testées pour VIH et informées de leurs résultats	450	445	445 femmes enceintes testées VIH+ et / ou VIH- sur les 450 prévues ont été conseillées et informées des résultats
P4.2	Proportion de femmes allaitantes conseillées, testées pour VIH et informées de leurs résultats	450	289	289 femmes allaitantes testées VIH+ et/ou VIH- sur les 450 prévues ont été conseillées et informées des résultats
P4.2	Proportion de femmes enceintes dépistées VIH positives	0	2	Sur les 445 femmes enceintes dépistées 2 sont VIH+
P4.3	Proportion de femmes enceintes séropositives au VIH dont la réponse aux critères d'accès à la thérapie antirétrovirale a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques		2	
P4.4	Proportion de femmes enceintes VIH positives mises sous ARV pour la PTME selon les normes nationales		2	
P4.5	Proportion de femmes enceintes VIH positives éligibles au TARV		2	
P4.6	Proportion de femmes enceintes VIH positives mises sous TARV pour leur propre santé		2	
P4.7	Nombre de conjoints aux femmes ayant été dépistés séropositifs par les 2CDV		7	7 dont 5 en CDV mobile et 2 en CDV fixe
P4.8	Nombre de PVVIH suivies en counseling	30	25	
P4.9	Nombre de PVVIH appuyées en soins	30	25	
P4.10	Nombre de PVVIH ayant bénéficié des AGR	11	17	La réduction de l'enveloppe affectée à l'appui aux soins a permis de servir 6 nouveaux cas VIH+ pour les AGR
P4.11	Nombre de PVVIH décédé		1	Décédé dans un accident de circulation
P4.12	Nombre de PVVIH perdues de vues		1	Une femme a rejoint son mari dans la zone de santé voisine de Walikale

V. ANALYSE DU PARTENARIAT AVEC LE POLE DE L'ALLIANCE

5.1. Etat d'avancement des recommandations de l'analyse des capacités

Au début de notre collaboration lors du lancement du premier projet en 2011, plusieurs recommandations ont été données sur le plan organisationnel, et de gestion par le HUB. Il s'agit notamment de l'introduction des nouvelles clauses telles que l'implication de la cible dans la planification, la révision de la structure et de son fonctionnement, l'amélioration du système de gestion et /ou de prise de décision (statuts et R.O.I), la collaboration avec les ONG travaillant avec les PVVIH et d'autres institutions étatiques du domaine (PNLS, PNMLS),

C'est ainsi qu'à la fin du premier projet, un formulaire d'auto évaluation a été remis par le Hub à SACICONGO. Dument rempli, ce formulaire a permis au HUB d'analyser le niveau d'amélioration de l'organisation et d'apprécier les nouveaux besoins de SACICONGO pour le second projet.

A l'issue des informations reçues, le point focal HUB madame Mélia Bossiky a organisé une séance de vérification des renseignements fournis mais aussi, elle a procédé par le recadrage du second projet avec la participation du personnel.

Apport du Pôle d'appui technique en termes de renforcement des capacités (principalement les formations)

Durant la première année du projet, le personnel de SACICONGO a bénéficié de la part du HUB de deux formations pour le renforcement de ses capacités techniques respectivement à Bukavu, Lubumbashi et à Kinshasa .Ces capacités ont été davantage renforcées à travers l'atelier d'échange organisé par AZZUR Développement conjointement avec le HUB (Brazzaville septembre 2013), et l'atelier Régional d'élaboration des stratégies d'accélération de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les zones couvertes par le projet PACF (Brazzaville décembre 2013)

Une autre formation est venue à point nommé pour renforcer les acquis sur .le guide pour l'élaboration et la mise en œuvre au niveau communautaire d'un programme de prévention de la transmission Parents-Enfant du VIH y compris la cascade (Lubumbashi Juillet 2013). En dehors des ateliers de formations, les capacités du personnel de SACICONGO ont été renforcées par les séances de contrôle du suivi des recommandations sur le profil de l'organisation ainsi que les séances de vérification financière et de vérification de la tenue des réunions PTPE à la base (Lubumbashi et Hombo, Octobre et novembre 2013)

. 5.3. Apport du Pôle d'appui technique en termes de coaching (réécriture de rapport, de planning d'exécution, de réorientation du projet si cela est applicable, de profil de l'organisation)

Sur le plan de la réécriture de rapport, de réorientation du projet, du planning d'exécution et du profil de l'organisation, l'apport du Pole d'Appui technique est très important notamment :

***Du point de vue de rapport :** Le canevas actuel que nous utilisons a été conçu par le HUB qui l'a mis à la disposition de toutes les ONG partenaires à PACF en vue d'une harmonisation dans le rapportage.

***Du point de vue du planning d'exécution et de la réorientation du projet**

Une séance de travail d'harmonisation des vues a été organisée par le point Focal Hub: notamment sur l'ETMe en tant qu'objectif global auquel contribue notre projet, les buts à atteindre par notre projet, les produits et résultats susceptibles de conduire notre projet à atteindre ses buts fixés, les activités à mener pour l'atteinte des produits et résultats et le budget /moyens ou intrants pour le second projet. A l'issue de ces analyses qui ont conduit au recadrage du projet, un planning d'Exécution pour le second projet a été mis sur pied séance tenante. En particulier, l'analyse des besoins par rapport aux limites du budget a conduit les partenaires à diminuer le nombre des PVVIH devant bénéficier des AGR en faveur de l'appui aux soins de santé des PVVIH dans le planning d'exécution.

5.4. Apport du Pôle d'appui technique en termes de production d'outil de gestion (manuel de procédures et tout autre outil), de suivi évaluation (plan de suivi évaluation, canevas, et outil de suivi évaluation) et de gouvernance (finalisation des statuts, règlement intérieur, tout autre document)

En termes de production d'outils de gestion, suivi et évaluation et de gouvernance, nous notons à l'actif du pole les réalisations suivantes :

- Evaluation des capacités institutionnelles qui a connu la participation du personnel des projets PACF, le personnel administratif des organisations Partenaires à PACF et des animateurs des organes.
- Mise à disposition du manuel des procédures et du plan de suivi et évaluation (2011).
- Production d'un Guide pour l'élaboration et la mise en œuvre au niveau communautaire d'un programme de prévention de la transmission parents –enfant du VIH contenant la cascade PTPE et le système de suivi et d'évaluation des programmes de PTPE communautaire (2013).
- Réorientation des statuts règlements d'ordre intérieur etc (2011).

- Mise à disposition des outils de l'atelier Régional des ONG PACF de Brazzaville (Décembre 2013) concernant les stratégies d'accélération de l'élimination de la transmission mère -enfants dans les zones du projet PACF.
- Un logiciel a été remis à SACICONGO en 2011 mais des explications demeurent encore nécessaires pour son application.

5.5. Apport du Pôle dans la production et la viabilité des pièces justificatives

L'atelier organisé à Lubumbashi et à Bukavu en janvier 2012 a été d'un grand apport concernant les exigences relatives à la classification et à l'authentification des pièces justificatives. Ce qui a permis à l'organisation de travailler en se référant sur le manuel des procédures.

6. Analyse du Partenariat avec les institutions du pays

6.1 Partenariat avec le Conseil national de lutte contre le VIH et le Sida

SACICONGO collabore étroitement tant au niveau de la province du Katanga que dans la province du Kivu avec le PNMLS et le PNLS. Cette collaboration a été renforcée par le Pôle Régional d'Appui Technique Alliance Internationale pour l'Afrique de l'Ouest, du Nord et du centre qui a toujours requis les services de ces organisations lors de la formation en atelier comme intervenants.

Le PNMLS /Bukavu a été totalement impliqué dans la formation organisée à Bukavu en février 2013 à l'intention des pairs éducateurs et des prestataires de santé de Hombo. En plus de la formation, le PNMLS/Sud Kivu a fourni tous les kits de condoms (intrants nécessaires) pour la sensibilisation sur le terrain à Hombo. Aujourd'hui notre équipe basée sur le terrain a obtenu l'autorisation de participer aux réunions de PNMLS dans la province du Sud Kivu

6.2. Partenariat avec le Ministère de la santé

Avant la mise en œuvre du projet, SACICONGO a songé en priorité à collaborer avec le Ministère de la santé à travers la Zone de santé de Bunyakiri. Cette collaboration étroite est sanctionnée par un protocole d'accord écrit qui autorise notre implantation au sein du centre de santé de Hombo. Il nous rassure aussi sur la prise en charge médicale des PVVIH que le projet dépiste à travers l'hôpital Général. Pour être plus pratique, un avenant a été ajouté au protocole afin de permettre l'implication effective de l'hôpital général dans les soins des PVVIH car la zone de santé n'agit dans ce domaine que par l'hôpital de référence.

6.3. Partenariat avec d'autres ONG :

6.3.1 ONG REACH ITALIA RDC

Sur le terrain, SACICONGO travaille en partenariat avec l'ONG Internationale dénommée REACH ITALIA. En plus de l'appui financier et technique dont le projet a bénéficié dans la formation des PVVIH concernant la promotion des AGR, l'organisation soutient SACICONGO à travers :

- La mise à disposition d'un local abritant le bureau national à Lubumbashi
- Le paiement de taxes liées à la consommation en eau et électricité à Lubumbashi ;
- L'accès à la communication par internet au bureau national de Lubumbashi
- La dotation en matériel et mobilier du bureau national à Lubumbashi
- La facilitation dans les courses internes en pleine ville de Lubumbashi par la mise à disposition de son véhicule de service. Néanmoins, il sied de préciser qu'à toute fin utile, SACICONGO libère sa modeste contribution à la limite de ses moyens.

6.3.2 ONG APDMAC

APDMAC est une ONG partenaire de PACF au même pied d'égalité que SACICONGO. Ces deux ONG disposent d'un même bailleur de fonds et collaborent étroitement à travers l'échange d'expériences de terrain car elles travaillent dans le même contexte dans la zone de santé de Bunyakiri. Etant donné que SACICONGO a nouvellement implanté son bureau de Bukavu à proximité de celui d'APDMAC, ces deux voisins très proches collaborent étroitement concernant leurs projets PACF.

Le cas éloquent est celui de la facilitation que SACICONGO a bénéficié de la part d'APDMAC concernant les contacts pour l'obtention de la salle qui a servi à la tenue de l'atelier des pairs éducateurs et des prestataires de santé en février 2013. Il est de même pour l'ONG TFM dont la conception des projets bénéficie souvent de l'appui technique de SACICONGO en plus des échanges communs sur la mise en œuvre des Projets PACF.

6.3.3. Partenariat avec d'autres institutions publiques

PNMLS et PNLS SUD-KIVU : Le PNMLS et le PNLS étant incontournables, nous collaborons avec ces services depuis le lancement de nos activités en 2011 à nos jours. Les services techniques de PNMLS et PNLS ont été réquisitionnés pendant la formation des P.E et P.S en février 2013 tandis que le premier cité (PNMLS) soutient nos campagnes en kits de préservatifs ou condoms.

PNMLS KATANGA : Cette institution est une vieille partenaire ou du moins un partenaire de routine qui a mené d'autres projets avec SACICONGO au Katanga. En plus de la documentation dont SACICONGO est enrichie de la part de PNMLS/KATANGA, ce dernier nous assiste en conseils techniques.

PROVIC : Des relations de collaboration sont en train de se tisser entre SACICONGO et PROVIC et nous espérons qu'elles porteront des fruits à Lubumbashi. Des pourparlers entre PROVIC et la synergie des ONG PACF du Sud Kivu sont en cours pour créer une plateforme qui pourrait dans l'avenir assurer la continuité des activités sur le terrain au Sud Kivu après le désengagement du premier cité.

6.3.4. Partenariat avec les agences des nations unies

Concrètement, SACICONGO n'a pas encore noué un quelconque partenariat avec une Agence des Nations Unies sur le terrain. Etant donné que cela est d'ores et déjà un souci, SACICONGO a délocalisé son bureau de projet qui était à Hombo pour l'implanter à Bukavu. Dès lors, le personnel participe aux réunions de la famille humanitaire coordonnées par OCHA, ce qui permet d'obtenir les informations nécessaires sur la sécurité de terrain et de savoir qui fait quoi et où. Pour réussir dans sa nouvelle vision (formule) d'intégration du paludisme dans la PTME visant à faire bénéficier à la cible le paquet minimum des services par la protection des femmes enceintes contre l'anémie ainsi que les bébés nés en CPN, SACICONGO se propose de collaborer avec le bureau local de l'OMS en province pour l'obtention des moustiquaires imprégnées.

7. Difficultés rencontrées

1. Liées aux aspects contextuels

De difficultés contextuelles et de faisabilité liées aux contraintes géographiques et sécuritaires ont été vécues notamment :

- ❖ Le BCZ et le HGR/Bunyakiri ne semblent pas émettre sur la même longueur d'ondes avec les ONG soucieuses d'intervenir dans la zone. Frustrées, plusieurs ONG orientent leurs actions ailleurs car elles sont souvent soumises aux conditions difficiles de gestion collégiale des fonds par les autorités médicales alors que ce dernières n'en connaissent ni la provenance ni les engagements faits avec le bailleur.
- ❖ De retour à Lubumbashi après la formation des PE et PS, le Directeur exécutif a été bloqué pendant 7jours à Kalemie suite à une panne de l'avion de PAM/UNHAS, cela a entraîné des couts imprévus dans le budget.
- ❖ La longue distance qui sépare le siège de SACICONGO et son bureau de projet à Bukavu +/-2000Km, exige le recours aux vols aériens de PAM car les avions des privés sont extrêmement chers d'où nécessite d'un soutien financier pour renforcer les activités au Sud Kivu..
- ❖ La Zone de santé partenaire de Bunyakiri n'organise pas les CDV et se limite à la sécurité transfusionnelle pendant les interventions chirurgicales au sein du HGR. Cette pratique ne permet pas aux dépistés de connaître leurs statuts sérologiques et les résultats ne sont pas souvent divulgués suite à l'absence du service de counseling qui devait gérer le choc consécutif à l'annonce des résultats au sein du HGR. Cette auto-ignorance dans laquelle sont maintenues les PVVIH les expose à la mort précoce et les pousse à servir de canaux pour véhiculer le VIH.
- ❖ L'absence en kits de dépistage volontaire dans la ZS /Bunyakiri constitue un goulot d'étranglement alors que la demande est forte ; d'où recours au système de la débrouille chez les fournisseurs privés.
- ❖ Demande en produits PF par les ménages alors que les moyens ne sont pas disponibles.
- ❖ Les tracasseries habituelles des services de l'Etat : Ceux-ci usent de la ruse pour rafler du projet des frais non prévus même si les documents officiels sont disponibles.
- ❖ Février 2013 : il y a eu délocalisation de la formation des PE et PS de Hombo pour Bukavu (une stratégie de gestion des risques) suite au mauvais climat d'insécurité qui s'observait dans la zone.

- ❖ SACICONGO est limitée par les moyens mais elle tient à intégrer le service de lutte contre le paludisme et les violences sexuelles du fait qu'il s'agit d'un milieu tropical à forte prévalence du paludisme mais aussi un ancien bastion des rebelles où certains de nos bénéficiaires PVVIH ont contracté le VIH par le viol. (Rapport projet 1)

7.2, Liées aux aspects techniques :

Du point de vue de la stratégie de mobilisation des ressources : nous avons quelques difficultés pour lesquelles nous aimerions obtenir l'accompagnement technique du HUB pendant un certain temps. En effet, hormis les projets concernant le bailleur PACF, nous développons des projets avec d'autres bailleurs dans le but de mobiliser les fonds pour nos communautés. Dans ce contexte, nous souhaiterions que nos notes conceptuelles ou drafts de projets destinés à d'autres bailleurs que Positive Action for the children Fund soient dans la mesure du possible revues et./ou appréciées d'abord par le HUB avant leur soumission aux partenaires potentiels en vue de nous aider à maximiser les chances de réussite ou de sélection ailleurs (en dehors du bailleur PACF).

7.3 Liées aux aspects financiers

Sur le terrain, le projet fait face aux imprévus alors que les moyens ne suffisent pas notamment :

- ❖ Absence des kits de dépistage dans la ZS d'où nous les achetons à des prix fixés au gré de vague par les fournisseurs privés au lieu de la gratuité ; ce qui est une barrière et un goulot d'étranglement à surmonter.
- ❖ Aucune structure médicale officielle disponible en province pour le ravitaillement en Kits le projet en kits CDV
- ❖ Les visites-causeries portes à portes ont décelé que l'appui en produits PF est un préalable pour l'adhésion des ménages au projet alors que le budget du projet se limitait aux informations générales sur les méthodes PF d'où un réajustement a été opéré sur la ligne budgétaire pour doter le CS de quelques Kits PF dont : implanons, Confiance comprimés, Confiance injectables et autres.
- ❖ L'appui aux soins des PVVIH s'étant révélé important, la ligne budgétaire concernant les AGR a été revue et 25 PVVIH ont bénéficié des soins dont 17 seulement ont été appuyées en AGR au lieu de 25 d'où un gap de 8.
- ❖ Double rôle joué par certains ménages leaders au niveau des clubs et des cellules satellites pour contourner le problème de réclamation de salaire par certains membres des cellules satellites.

7.4 Liées au processus d'accompagnement du Hub :

A ce niveau, il n'y a rien à signaler présentement comme difficulté car, les violons s'accordent correctement avec le HUB dont nous attendons encore beaucoup sur le plan technique.

7.5 Recommandations pour d'autres domaines d'appuis techniques

➤ Sur le plan de la gouvernance :

Nous avons revu nos statuts selon les recommandations du HUB mais, nous pensons qu'il reste nécessaire que les suggestions du HUB nous soient données sur le travail réalisé et qui leur a été transmis avant l'approbation par l'assemblée générale ; ce qui facilitera sa soumission au notaire.

➤ Sur le plan de la gestion programmatique :

Les préoccupations soulevées dans le rapport à mi-parcours au mois de juillet 2013 sont vidées par l'atelier organisé par le HUB à Brazzaville sur la planification stratégique, la planification financière, la communication institutionnelle, la gestion des risques et la gouvernance. Toutefois, en cas de difficultés dans l'application, nous ferons recours au HUB pour des solutions d'ordre technique.

➤ Sur le plan de suivi évaluation :

Un exercice technique est nécessaire pour nous permettre de maîtriser le système d'élaboration des outils de gestion sur le suivi-évaluation.

➤ Sur le plan de la gestion financière :

Nous aimerions suivre une formation sur l'élaboration d'un plan de trésorerie et apprendre comment utiliser le logiciel mis à notre disposition par le Hub en dehors de celui que nous utilisons (Match manager). Il est aussi nécessaire de savoir comment on procède pour la passation de marché.

➤ Sur le plan du partenariat avec les institutions nationales :

Pour pallier aux difficultés relatives au manque de Kits de dépistage volontaire en plus de l'absence observée des CDV dans la zone de santé, notre projet a besoin d'un appui supplémentaire.

Nous sollicitons l'appui du HUB dans le plaidoyer au niveau national (gouvernement et/ou autres organisations opérant au pays dans ce domaine) pour l'obtention des Kits de dépistage.

Un plaidoyer auprès de la haute sphère du Ministère de la santé est utile pour briser les barrières érigées par les structures sanitaires et services de l'Etat (Zones de santé, Hôpitaux Généraux, administration publique, Services de sécurité, renseignements) qui fragilisent et découragent les ONG communautaires de leurs ressorts respectifs.

TABLEAU SYNTHESE DES ACTIVITES ET DES RESULTATS DU PROJET

Pilier 1	Cible du Pilier 1	Objectif Global du projet : <i>Contribuer à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant(E-TME) dans la cité de HOMBO dans le cadre de l'objectif «zéro» défini par l'ONUSIDA pour 2015</i>			
		Cible d'activité	Activités à mener	Résultat attendus	Résultats réalisés
Prévention Primaire chez les jeunes en âge de procréer en tenant compte des deux sexes	Futurs parents (filles, jeunes femmes et leurs partenaires)		Objectif spécifique 1 . Renforcer la responsabilisation et l'appropriation de la PTME et la PF par les parents, couples et ménages dans la cité de Hombo		
Renforcer les capacités de 10 pairs éducateurs et de 10 prestataires de santé sur le VIH la PTME la planification familiale dans la cité de Hombo	Pairs éducateurs de la communauté de Hombo	Organiser l'atelier de formation des pairs éducateurs	10 pairs éducateurs renforcent leurs capacités techniques sur le VIH/SIDA, la PTPE à l'issue d'un atelier de formation de 5 jours	*10 P E et 5 PS identifiés et sélectionnés par le projet à Hombo *10 pairs éducateurs formés pendant 3jours sur les techniques de lutte contre le VIH/SIDA et la PTPE soit les 100%	
	Prestataires du centre de santé de Hombo	Organiser l'atelier de formation des prestataires des services de santé	10 prestataires des services de santé renforcent leurs capacités techniques respectivement sur la planification familiale, la PTPE et la prise en charge des femmes enceintes à l'issue d'un atelier de formation de 5 jours	Capacités techniques de 5 infirmiers du CS /Hombo renforcées pendant 3 jours sur la PTPE, PFet la prise en charge des PVV enceintes soit 50%	
Organiser l'identification et la sensibilisation des ménages de la cité de HOMBO sur les questions liés au VIH pour toucher 1600 ménages dont 800 se font dépister et 80% retirent leurs résultats	Ménages, parents, couples de la cité de Hombo	Identifier les ménages et mettre en place les structures de sensibilisation dans la cité de Hombo	1600 ménages identifiés, numérotés et structurés en 2 fiefs de surveillance 8 clubs patrouilleurs et 16 cellules satellites à Hombo	*1359 ménages identifiés, numérotés regroupés en 2 fiefs de surveillance, 8 clubs patrouilleurs, 16 cellules satellites à Hombo soit 84,93%	

	Ménages, parents, couples de la cité de Hombo	Sensibiliser les ménages par les visites causeries portes à portes à travers les structures mises en place dans la cité de Hombo	1600 ménages de la cité de Hombo sont sensibilisés par des visites-causeries portes à porte à travers les fiefs, clubs et cellules satellites	*1359 Ménages sensibilisés pendant l'identification de 5 jours *991 ménages sensibilisées par les structures lors des visites-causeries-conseils portes à portes soit 123,87 %
	Ménages, parents, couples de la cité de Hombo	Dépister les ménages /couples à travers les visites-causeries de sensibilisation dans la cité de HOMBO	800 ménages /couples soit +/-50% de la communauté dépistés à travers les visites-causeries de sensibilisation dans la cité de Hombo	456 ménages dépistés en CDV mobile par les visites-causeries portes à portes par l'équipe infirmière soit 63,33%
	Communauté : (Ménages, couples parents/ Hombo)	Doter le CDV mobile et communautaire des Kits de dépistage volontaire.	250 kits de test sont fournis au CDV communautaire mobile pour le dépistage à domicile des ménages l'équipe infirmière	*190 kits de dépistage soit 76% fournis au CDV mobile *100 kits fournis pour la planification familiale au CS
	Communauté : (Ménages, couples parents/ Hombo)	Référer au centre de santé et/ou hôpital général pour examen approfondi ou prise en charge, les cas dépistés VIH+ à domicile	100% des cas dépistés VIH+ à domicile sont référés au centre de santé et /ou à l'hôpital général pour examen approfondi ou prise en charge	100% des cas suspects soit 5 sur 5 conjoints dépistés VIH+ à domicile, référés au CS et confirmés séropositifs par les examens approfondis
	Conjoints (maris) aux femmes	Surveiller le retrait des résultats des conjoints dépistés à domicile et l'adhésion aux techniques de la prévention	Au moins 70% des conjoints qui se sont fait dépister à domicile ont retiré les résultats des tests et adhèrent aux techniques de prévention	*472 personnes (sexes confondus) issues des ménages sur les 517 dépistées en CDV mobile ont retiré les résultats soit 91,29% *138 conjoints sur 138 cas dépistés à domicile ont retiré les résultats soit 100% et adhèrent aux techniques de prévention * 5 conjoints sur 138 dépistés sont HIV+ soit 3,62%

	Leaders communautaires	Pérenniser le projet en formant les responsables des structures de sensibilisation	16 ménages lead dont 8 issus des clubs patrouilleurs et 8 des cellules satellites sont formés sur la gestion et la continuité du projet	8 ménages leaders des clubs et 16 ménages satellites des cellules formés continuent la sensibilisation en attendant le fonds de la 3ème année
Pilier 2	Cible du pilier 2	Activité à mener	Résultats attendus	Résultats Réalisés
Planification familiale Prévention des grossesses non désirées chez les PVVIH et leurs conjoints	Parents, conjoints, partenaires sexuels et PVV	. Sensibiliser Globalement les ménages sur les méthodes et techniques de planification familiale et référence au CS	800 Ménages et copules sensibilisés sur les méthodes et techniques de planification familiale par les visites causeries portes à portes sont orientés au CS	*461 ménages sensibilisés sur la PF par des visites causeries portes à portes *93 ménages /couples) sur 461 sont référés et formés sur la S R au CS * 88 ménages/couples sur 93 ont reçu les produits de PF soit : 94,62%
			4900 préservatifs distribués aux personnes sensibilisées	*6063 sur 4900 préservatifs distribués dans les ménages soit 123,73%
Pilier 3	Cible du pilier 3	Objectif Spécifique 2		
Transmission verticale du virus de la mère à son bébé	Femmes enceintes VIH+, conjoints et bébés	Pérenniser les acquis de la première phase du projet sur la prévention, l'accompagnement psychosocial et économique des bénéficiaires		
ACTIVITE PACF	Cible d'activité	Activité à mener	Résultats attendus	Résultats réalisés
Réduire de 80% la transmission du VIH de la mère à l'enfant de 900 femmes enceintes dans la cité de Hombo	Femmes enceintes, allaitantes, conjoints et bébés	Mener une campagne de sensibilisation sur la CPN et la CPS	90 femmes par mois ont fréquenté la consultation dont 45 en CPN et 45 en CPS à l'issue des campagnes de sensibilisation soit 900 femmes l'an	*496 F. Enceintes sur 450 ont fréquenté la CPN soit 110,22% *0 sur 2 F.E /VIH+ en counseling ont accouché soit 0% *593 F. Allaitantes sur 450 ont fréquenté le CPS soit 131,77% *289 F.A sur 593 en CPS se sont dépistées soit 48,73%

	Femmes enceintes, bés, femmes, allaitantes et conjoints	Doter le CDV fixe ou assis en kits de dépistage volontaire	500 kits de test sont fournis au CDV assis pour le dépistage volontaire en CPN et CPS au centre de santé de Hombo	*500kits de dépistage volontaire fournis au CDV fixe au centre de santé soit 100%
	Femmes enceintes Femmes allaitantes	Suivre le retrait des résultats de dépistage volontaire en CPN et CPS	Au moins 720 femmes sur 900 ayant suivi la consultation prénatale et préscolaire l'an se sont fait dépister volontairement dont 80% soit 576 ont retiré les résultats	*445 F Enceintes dépistées sur 496 ont retiré les résultats soit 89,71% *2 sur 445 F.E dépistées en CPN sont VIH+ soit 0,45% *77 conjoints sur77 dépistés en CPN ont retiré les résultats dont 2 VIH+ *289 F. Allaitantes sur 289 dépistées en CPS ont retiré les résultats soit 100% *1 sur 289 FA dépistée VIH+ en CPS soit 0,346%
	Femmes enceintes Femmes enceintes VIH+	Assister l'accouchement des femmes enceintes	Au moins 95% de femmes enceintes assistées ont accouchées d'enfants vivants	*199 F.E sur 496 ont accouché soit 40,12% * 199 F.E sur 199 ont accouché d'enfants vivants soit 100%
Pilier 4	Cible du pilier4	Objectif spécifique 2:		
Soins, soutien et accompagnement psychosocial des PVVIH	PVVIH et personnes affectées (PA)	Pérenniser les acquis de la première phase du projet sur la prévention, l'accompagnement psychosocial et économique des bénéficiaires		
ACTIVITE PACF		Activité à mener	Résultats attendus	Résultats réalisés
Renforcer les acquis PTME de la première année du projet	Femmes enceintes VIH+ et bés	Assurer le suivi et le counseling des PVVIH enceintes	95% des enceintes accouchent séronégatifs	*2 femmes enceintes VIH+ attendent encore famille soit les 100% *17 nouveaux cas dépistés VIH+ sur 22 nouveaux cas prévus soit 77,27% *25 PVVIH sur 30 (17 nouveaux et 8 anciens cas) suivis en counseling soit 83,33% *0 cas de PVVIH discriminé et réintégré par

				les visites familiales. *1 PVVIH perdue de vue et 1 décès par accident de circulation
	PVVIH	Appuyer les soins des PVV dépistées par le projet	30 PVVIH bénéficient d'une prise en charge médicale	25 PVVIH sur 30 nouveaux et anciens cas prévus bénéficient d'une prise en charge médicale soit 83,33%.
Réintégrer les PVVIH dans la cellule familiale	PVVIH et PA	Renforcer les PVVIH en capital	11 PVVIH sont renforcés en capital pour les AGR à l'issue d'une formation d'un jour	*17 PVVIH dont 7 anciens cas et 10 nouveaux cas au lieu de 11 sont renforcées par un fonds /AGR *1 réunion d'information organisée sur la gestion des AGR.
	PVVIH et PA	Accompagner le counseling et la réintégration des PVVIH	30 PVVIH dont 22 nouveaux cas et 8 anciens cas sont suivis en counseling au centre de santé dont 5 discriminés sont réintégrés à l'issue des visites familiales	*25 cas sont suivis en counseling dont 2 femmes enceintes et 7 conjoints (nouveaux cas). *0 PVVIH discriminée et réintégrée.
	Tous les Acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet à la base	Réunir les acteurs du projet pour une autoévaluation	Au moins 9 réunions d'auto-évaluation et ré planification ont rassemblé le staff PTPE communautaire.	*4 réunions avec les autorités: chef de cité, PNMLS et PNLS, médecins (MCZ et HGR) et 1 député national. 8 réunions d'auto-évaluation en staff PTPE organisées soit 88,88%.
Appui Institutionnel	Ressources humaines	Organiser les infrastructures administratives	1 Bureau du projet loué à Bukavu, 4 unités affectés: 1 Chargé de programme, 1 Chargé de suivi et évaluation ,1 superviseur, 1 comptable	*1 Bureau loué est fonctionnel à Bukavu *4 unités sont en fonction dans le projet
		Coordonner, suivre et évaluer le projet	10 Visites mensuelles de suivi et 2 visites d'évaluation des activités sont organisées l'an par	9 Visites de suivi et 3 visites d'évaluation sur 13 organisées : 92,30%

			le projet	
		Produire les rapports sur les activités du projet	Activités du projet rapportées l'an dans 2 rapports dont 1 à mi-parcours et 1 rapport final	1 rapport à mi-parcours et 1 rapport final élaborés et soumis au bailleur

Annexe 5 : Résultats de l'analyse des capacités (Cfr Point Focal HUB)

Fait à Lubumbashi le 12 Décembre 2013

DIRECTEUR EXECUTIF DE L'ONG SACICONGO

Casimir BABUTETU NGOY



