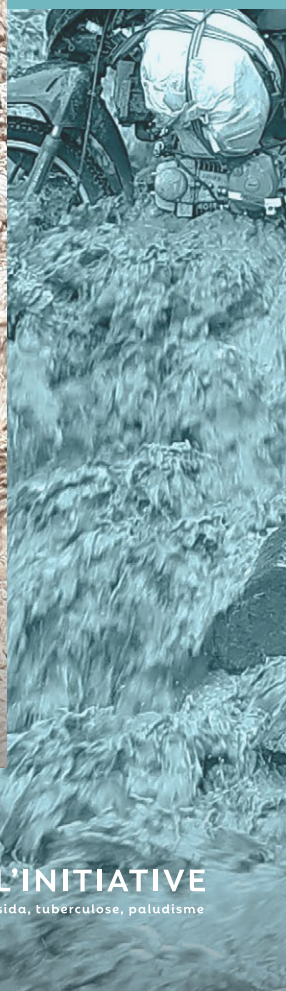
ÉVALUATIONS TRANSVERSALES DES PROJETS



Zones difficiles d'accès



EXPERTISE FRANCE
GROUPE AFD

L'INITIATIVE
sida, tuberculose, paludisme



L'INITIATIVE

Lancée fin 2011, L'Initiative est une facilité française complémentaire du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Elle apporte une assistance technique et un appui à des projets catalytiques dans une quarantaine de pays récipiendaires du Fonds mondial pour améliorer l'efficacité de ses subventions et renforcer l'impact sanitaire des programmes financés. Elle contribue ainsi à garantir l'efficacité de la riposte aux pandémies.

9
projets évalués

8
pays couverts
par les projets

28
partenaires
de mise en œuvre

Sommaire

Introduction 6

Axe 1 / Le leadership, moteur d'accès, de confiance et de résultats 8

Axe 2 / Prestation de services en zones difficiles d'accès, agir malgré les contraintes 10

Axe 3 / Gérer un projet en zones difficiles d'accès, adapter, improviser, sécuriser 13

Conclusion et perspectives 16

Acronymes et abréviations 18



L'évaluation transversale des projets

L'Initiative réalise des évaluations transversales thématiques des projets qu'elle soutient, permettant à la fois de rendre des comptes sur l'utilisation des fonds confiés par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, de valoriser les interventions et d'en tirer des apprentissages. Ceci contribue à l'amélioration des pratiques de la lutte contre les trois pandémies et l'orientation des futures activités de L'Initiative.

CHIFFRES CLÉS

de l'évaluation transversale « Zones difficiles d'accès »

Budget total des projets :

10 499 439 euros

9
projets évalués

8
pays couverts par les projets

28
partenaires de mise en œuvre

Sommaire

Introduction 6

Axe 1 / Le leadership, moteur d'accès, de confiance et de résultats 8

Axe 2 / Prestation de services en zones difficiles d'accès, agir malgré les contraintes 10

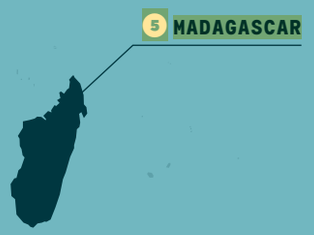
Axe 3 / Gérer un projet en zones difficiles d'accès, adapter, improviser, sécuriser 13

Conclusion et perspectives 16

Acronymes et abréviations 18

Les projets évalués







1 Améliorer l'accès au traitement de la tuberculose et la qualité des soins pour les populations marginalisées

BIRMANIE, THAÏLANDE - 2021-2025

PORTEUR
SHOKLO MALARIA RESEARCH UNIT (SMRU), MAHIDOL OXFORD TROPICAL MEDICINE RESEARCH UNIT

PARTENAIRES
BORDERLAND HEALTH FOUNDATION (BHF), KAWMUTAW HEALTH FOUNDATION

2 Lever les barrières d'accès à un traitement efficace du paludisme parmi les populations affectées par le conflit dans les régions du Sud-ouest et du Littoral (Breaking barriers)

CAMEROUN - 2020-2024

PORTEUR
REACH OUT (REO)

PARTENAIRES
KASAFRO, MALARIA CONSORTIUM

3 Agents de santé communautaires. Renforcement d'une stratégie de proximité en zones rurales

CÔTE D'IVOIRE - 2020-2024

PORTEUR
PROGRAMME PAC-CI

PARTENAIRES
ALLIANCE CÔTE D'IVOIRE

4 Projet d'action de santé utile, efficace, accessible, peu coûteux et opportun (HEALTH)

LAOS - 2020-2024

PORTEUR
HUMANITÉ & INCLUSION (HI)

PARTENAIRES
INSTITUT BOUISSON BERTRAND, LAOPHA

5 Renforcer l'inclusion des communautés urbaines défavorisées dans le dépistage et la prise en charge de qualité (TB et VIH/sida) - RAITRA

MADAGASCAR - 2021-2024

PORTEUR
ATIA

PARTENAIRES
KOLOAINA, MAMPITA, VAHATRA

6 Lutte contre le paludisme : améliorer l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins pour les communautés rurales vulnérables (REACT2)

BURKINA FASO, CÔTE D'IVOIRE - 2020-2024

PORTEUR
INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT (IRD)

PARTENAIRES
INSTITUT PIERRE RICHET, INSTITUT DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTÉ

7 Améliorer l'accès aux soins de santé pour les minorités ethniques vivant dans les zones rurales au Nord, Naga et Putao et rencontrant des barrières liées au genre

BIRMANIE - 2021-2024

PORTEUR
MEDICAL ACTION MYANMAR (MAM)

PARTENAIRES
EASTERN NAGA DEVELOPMENT ORGANIZATION (ENDO)

8 Actions communautaires pour l'amélioration de l'offre de services de dépistage et de prise en charge de la tuberculose chez les populations générales et vulnérables dans 4 régions à faible taux de notification de cas

NIGER - 2021-2024

PORTEUR
SONGES

PARTENAIRES
ODI, ONEN, PNLT, PLAN INTERNATIONAL NIGER, RENIP+

9 Renforcement du système de santé pour les migrants sans papiers et marginalisés dans la province de Tak, avec un focus SSR

THAÏLANDE - 2020-2025

PORTEUR
SMRU, MAHIDOL OXFORD TROPICAL MEDICINE RESEARCH UNIT

PARTENAIRES
BHF, THAILAND PUBLIC HEALTH ORGANIZATION (TPHO)

Introduction

Cette synthèse présente les résultats de l'évaluation transversale de neuf projets financés par L'Initiative et mis en œuvre dans des zones difficiles d'accès (ZDA). Ces régions se caractérisent par la présence de barrières sécuritaires, géographiques, logistiques et/ou socioculturelles qui entravent l'accès équitable aux services de santé pour des populations vulnérables, déplacées, marginalisées ou isolées.

Les projets évalués s'inscrivent dans les ripostes au VIH, à la tuberculose (TB) et/ou au paludisme, ainsi que dans des thématiques transversales telles que la santé maternelle et infantile, l'accès à la santé sexuelle et reproductive, le renforcement des systèmes de santé et communautaires, ou encore la promotion des droits humains.

Les interventions analysées ont été déployées dans cinq pays d'Afrique et trois pays d'Asie. Elles couvrent une diversité de contextes présentant des défis spécifiques pour l'accès aux soins, notamment des zones de conflit ou d'insécurité, des zones frontalières affectées par les conflits, des zones rurales isolées et des zones urbaines économiquement défavorisées, telles que les bidonvilles.

Cette synthèse met en lumière les principaux enseignements tirés de ces expériences, ainsi que les recommandations pour la conception et la mise en œuvre de projets en zones difficiles d'accès.

Définition

→ **Zones difficiles d'accès** : L'Initiative a adopté une définition inspirée de l'Union européenne pour qualifier des *« zones dont l'accès est rendu compliqué en raison d'un conflit, d'une catastrophe naturelle ou provoquée par l'être humain, ou d'autres obstacles physiques, logistiques, sécuritaires ou sanitaires »*.



MÉTHODOLOGIE

Cette évaluation a été réalisée par le cabinet Health Management Support Team (HMST) entre mai 2024 et octobre 2025. Elle a mobilisé une équipe pluridisciplinaire de 17 consultant·e·s nationaux·ales et internationaux·ales en santé publique et communautaire, santé primaire, santé maternelle, sexuelle et reproductive et évaluation de projets.

Elle comprenait :

- → **une évaluation individuelle de chaque projet sur le terrain ;**
- → **une analyse transversale des résultats, permettant de dégager des leçons et des bonnes pratiques des projets évalués, dans un objectif d'apprentissage et d'amélioration de la qualité de futures interventions ;**
- → **un atelier de co-construction des recommandations, organisé en juillet 2025 avec les porteurs des projets évalués, les membres de l'équipe et du Comité de pilotage de L'Initiative. Cet atelier a permis de faire émerger collectivement les recommandations présentées dans cette publication.**

AXE 1

Le leadership, moteur d'accès, de confiance et de résultats

En zones difficiles d'accès, *« l'acceptation des interventions repose sur l'implication des autorités locales et des communautés, ainsi que sur la proximité des acteurs de mise en œuvre avec les populations, permettant de constituer des réseaux de soutien et de lever les goulots d'étranglement opérationnels. »*



Leadership pour créer ou renforcer des partenariats

Le leadership des porteurs de projet constitue un facteur déterminant de tout projet, mais il revêt une importance particulière dans les zones de conflit ou éloignées, où il **conditionne à la fois l'acceptabilité, la sécurité et la continuité des interventions.**
Il permet de sensibiliser les partenaires institutionnels aux spécificités des ZDA, de favoriser l'adhésion et l'appropriation des stratégies par l'ensemble des acteurs et de faciliter le partage d'informations sur les conditions de sécurité et d'accès aux sites.

Le leadership des porteurs des projets évalués s'est traduit par leur capacité à nouer ou à consolider des partenariats adaptés aux contextes d'intervention, contribuant directement à l'atteinte des résultats. Cette dynamique s'est appuyée sur une forte implication en amont des communautés, des programmes nationaux de lutte contre le VIH, TB et le paludisme, ainsi que des services du ministère de la Santé, du niveau central au niveau décentralisé. La formalisation de conventions de partenariat a, dans plusieurs contextes, positionné les porteurs comme des entités de mise en œuvre reconnues, avec délégation de tâches ou de services, un levier particulièrement stratégique en situation d'insécurité ou d'enclavement.

En contexte de conflit, les projets s'inscrivent dans une logique de temps long et les interventions reposent souvent sur des partenariats préexistants, fondés sur l'ancrage et la crédibilité des porteurs auprès des acteurs locaux (acteurs communautaires et autorités locales) et nationaux, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'implication précoce des communautés et de leurs leaders est essentielle pour assurer l'acceptation et la participation active aux projets. La complémentarité avec les financements du Fonds mondial ou d'autres bailleurs, ainsi que la collaboration avec des acteurs humanitaires (OCHA, UNOPS, ONG spécialisées), ont permis de pallier certaines défaillances du système de santé, notamment en matière d'approvisionnement et de distribution au dernier kilomètre.

Leadership pour favoriser la confiance et l'appropriation nationale

En zone de conflit, les porteurs de projet ont fait preuve de stratégies et d'un leadership essentiels, notamment pour instaurer la confiance avec les parties rivales, pour obtenir leur implication ou, a minima, leur bienveillance. Dans les autres ZDA, l'acceptation des interventions repose sur l'implication des autorités locales et des communautés, ainsi que sur la proximité des acteurs de mise en œuvre avec les populations, permettant de constituer des réseaux de soutien et de lever les goulots d'étranglement opérationnels.

Pour une appropriation optimale, les projets doivent combiner des stratégies de dissémination adaptées avec des supports accessibles et des actions de plaidoyer ciblant les décideurs du système de santé, les partenaires techniques et financiers et le Fonds mondial. Au Niger, les interventions de SongES ont été intégrées dans la subvention GC7 du Fonds mondial, avec le maintien des relais communautaires du projet. Toutefois, les contraintes budgétaires et financières demeurent un obstacle à l'appropriation nationale, en particulier dans les pays à ressources limitées.

Leadership pour réduire les iniquités de genre

L'intégration des enjeux de genre varie selon les projets, en fonction de la compréhension des porteurs, et reste souvent limitée par l'absence de stratégies adaptées. **Dans les zones difficiles d'accès, où les femmes et les jeunes filles sont particulièrement vulnérables,** certains projets, comme ceux portés par SongES et SMRU, ont amélioré leur accès aux services de santé et leur niveau de connaissances en santé, sans toutefois impliquer suffisamment leurs partenaires masculins. À l'inverse, d'autres interventions, notamment les projets de lutte contre la TB, ont sous-estimé les besoins spécifiques des hommes. Ces lacunes reflètent un manque d'analyse approfondie des inégalités de genre pour orienter les interventions.

Recommandations

- → **Instaurer la confiance** dès la conception du projet, via des approches participatives impliquant partenaires institutionnels, communautés et leaders locaux.
- → **Structurer et animer des réseaux de partenariats locaux,** associant institutions, acteurs communautaires, humanitaires et bénéficiaires, pour fluidifier la mise en œuvre et renforcer la redevabilité.
- → **Planifier l'appropriation nationale** en amont, en intégrant une stratégie de sortie, un plaidoyer ciblé, une dissémination adaptée des résultats et des analyses économiques pour informer la décision publique.
- → **Systématiser l'intégration du genre,** sur la base d'analyses contextuelles et de besoins, avec des stratégies, des données de bases, cibles et indicateurs dédiés sexo-spécifiques (femmes et hommes) et des ressources adaptées.
- → **Renforcer les capacités des porteurs et partenaires,** par un appui technique continu, l'usage d'outils existants adaptés au contexte et des démarches favorisant des solutions locales.

BONNE PRATIQUE AU CAMEROUN : LEADERSHIP FONDÉ SUR LES PARTENARIATS ET INTÉGRATION AUX MÉCANISMES DE COORDINATION HUMANITAIRE

Dans un contexte de conflit armé dans les régions du Sud-Ouest et du Littoral au Cameroun, qui oppose l'armée à des groupes séparatistes anglophones, et face à des déplacements massifs de population, Reach Out (REO) a développé un consortium avec l'association Kasafro pour faciliter l'accès aux zones francophones et renforcer la continuité du projet. REO s'est également inséré dans l'architecture humanitaire en collaborant étroitement avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, en co-pilotant le groupe Santé et en participant aux groupes Protection, Genre, ainsi qu'à des dispositifs avec le Programme alimentaire mondial et la coordination civilo-militaire à Buea, en zone de conflit. Ainsi, REO a su répondre aux enjeux du contexte en mobilisant efficacement les réseaux existants. L'implication du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) dans le projet a également permis d'assurer un alignement institutionnel et une appropriation des résultats par le PNLP.

AXE 2

Prestation de services en zones difficiles d'accès, agir malgré les contraintes

« En offrant un service de transport gratuit aux populations vulnérables, le projet a facilité l'accès géographique, levé un obstacle financier et assuré la continuité des soins. »

Médecin-chef de district, ministère de la Santé, projet porté par REO, Cameroun

L'approche communautaire, un levier indispensable

Dans les ZDA, où les contraintes sont exacerbées et le système de santé fragmenté, voire non opérationnel, l'insuffisance en nombre et en compétences de personnels de santé motivés constitue un défi majeur pour la continuité et la qualité des services. **La mobilisation des acteurs communautaires permet de compenser en partie les déficits en ressources humaines en santé et d'explorer la faisabilité d'approches et outils innovants.**

L'approche privilégiée dans les projets a consisté à s'appuyer sur les réseaux existants d'agents de santé communautaires (ASC). Elle a principalement visé le renforcement de leurs compétences, notamment en matière de connaissances en santé, et dans certains cas, de leurs capacités opérationnelles à travers l'introduction d'outils adaptés, comme l'outil éducatif mobile MHEP[1] au Laos (HI). Cette stratégie a permis de rapprocher l'offre de services des populations, quelle que soit la catégorie de ZDA. REO a réduit de moitié la prévalence du paludisme dans sa zone d'intervention au Cameroun, notamment grâce à l'implication des ASC dans l'achat d'intrants pour pallier les ruptures de stock ; ATIA a renforcé l'adhésion au traitement antituberculeux dans les quartiers périurbains défavorisés de Madagascar grâce à l'appui d'animatrices sociales et PAC-CI a identifié un nombre élevé de cas fébriles par le biais de visites à domicile.

1. Le MHEP (Mobile Health Education Package) est un outil d'éducation à la santé destiné aux équipes mobiles, conçu à partir des résultats de la recherche et développé de manière participative avec le ministère de la Santé afin de proposer des messages scientifiquement fondés, compréhensibles et acceptables par les communautés villageoises.



Formation des ressources humaines en santé

Limités en ressources, les projets ne peuvent répondre que partiellement aux faiblesses structurelles des systèmes de santé. Ils ont néanmoins cherché à **améliorer la qualité des services en renforçant les compétences et les capacités des ASC.** En effet, la formation des ressources humaines en santé a constitué un axe central de tous les projets, quelle que soit la catégorie de ZDA. La disponibilité, la fiabilité et le suivi régulier d'ASC bien formé·e·s et équipé·e·s du matériel nécessaire ont également joué un rôle essentiel. Les séances de sensibilisation et d'information ont contribué à renforcer l'acceptabilité des services. La capacité à communiquer dans les langues locales constitue un atout majeur pour la réussite des interventions.

Les résultats montrent que pour être efficace, la formation doit s'inscrire dans une approche globale, avec un accompagnement et un suivi post-formation. Les projets ayant investi dans cet accompagnement ont obtenu des résultats plus probants en matière d'amélioration de la qualité des services. En Thaïlande, SMRU a formé et encadré des ASC migrant·e·s dans leurs langues locales en les accompagnant de manière continue lors des cliniques mobiles et des activités de sensibilisation, en adaptant les modalités de formation aux niveaux d'alphabétisation hétérogènes. Cette approche a également permis de renforcer la mise en réseau des ASC et leur rôle de relais au sein des communautés.
La majorité des autres projets ne disposaient pas d'une ingénierie de formation clairement formalisée et les évaluations ont principalement porté sur la quantité de formations dispensées, sans pouvoir apprécier leur impact réel sur la qualité des services.

Approches innovantes

Travailler en zone de conflit, en zone rurale éloignée ou en contexte d'extrême pauvreté n'exclut pas l'innovation, qui tient souvent à la capacité d'adaptations fines des interventions aux réalités vécues par les populations. Le caractère innovant d'une intervention reste fortement contextuel : une solution perçue comme innovante dans une zone donnée peut ne pas l'être ailleurs, y compris au sein d'un même pays ou district. Les projets de recherche opérationnelle visent généralement à démontrer la faisabilité d'innovations ou de nouvelles technologies dans des contextes spécifiques. Ainsi, dans le projet de PAC-CI, l'utilisation de tablettes numériques par les ASC a facilité la collecte de données dans des ZDA mais a nécessité un coaching et un accompagnement technique soutenu. Au Laos, HI a co-construit un outil éducatif mobile avec les communautés ciblées par le projet. Pour d'autres projets, l'innovation réside davantage dans l'adaptation des modalités d'intervention. Au Niger, SongES a répondu aux contraintes d'éloignement et d'insécurité en combinant appui alimentaire et prise en charge des frais de transport pour les patient·e·s les plus indigent·e·s, favorisant le recours aux services pour près de 13 000 personnes. À Madagascar, ATIA a innové en intégrant des animatrices sociales au suivi des patient·e·s tuberculeux·euse·s, en s'appuyant sur des visites à domicile ciblées par un outil prédictif de non-adhérence, réduisant ainsi les abandons de traitement.





BONNE PRATIQUE
POUR LEVER LES BARRIÈRES
D'ACCÈS AUX SOINS AU NIGER

Dans un contexte où l'éloignement et l'insécurité limitent fortement le recours aux soins, SongES a adopté une approche adaptée aux contraintes locales. La mise en place d'un appui alimentaire et du remboursement des frais de transport pour les patient·e·s les plus indigent·e·s a favorisé l'acceptabilité du projet et le recours aux services. Les relais communautaires ont ainsi orienté des milliers de personnes dans le cadre du dépistage de la tuberculose (TB) et le projet a contribué à près de 23 % de la détection nationale des cas de TB dans les quatre régions d'intervention. La mise en œuvre de ce projet a aussi montré que des relais communautaires bien formé·e·s, motivé·e·s, équipé·e·s et encadré·e·s contribuent à pallier le déficit de ressources humaines et à améliorer la détection des cas de TB.

Recommandations

→ **Ancrer toute intervention en ZDA dans une approche communautaire,** fondée sur des données probantes, le dialogue avec les populations, leurs besoins exprimés et l'implication des réseaux existants d'ASC, en s'appuyant sur l'expérience lorsque les porteurs sont déjà implantés.

→ **Renforcer durablement la qualité des services via les ASC,** en combinant rémunération adaptée au contexte, renforcement des compétences et plaidoyer auprès des autorités nationales pour l'inclusion des populations vulnérables.

→ **Mettre en place une ingénierie complète** de formation des ASC, intégrant formation initiale, accompagnement post-formation et outils favorisant le savoir, le savoir-faire et le savoir-être.

→ **Encourager l'innovation contextualisée en ZDA,** en s'appuyant sur les communautés, les ASC et sur la nécessaire confiance du bailleur, en prenant en compte la durabilité de l'intervention.

→ **Allouer des délais réalistes aux projets en ZDA,** sans sous-estimer les contraintes administratives, logistiques, sécuritaires et géographiques.

AXE 3

Gérer un projet en zones difficiles d'accès, adapter, improviser, sécuriser

« L'acceptabilité du projet auprès des communautés constitue souvent un levier central de protection »

Flexibilité et adaptabilité comme clé de réussite

En ZDA, la flexibilité et l'adaptabilité constituent des conditions essentielles de réussite. Porteurs de projet et bailleurs doivent pouvoir ajuster en continu le calendrier, les activités et le budget face à des contextes instables marqués par des aléas politiques, sécuritaires ou climatiques. SMRU a adapté le déploiement de ses cliniques mobiles en fonction des flux et de la fréquentation des populations. Les coûts imprévus - liés notamment à la sécurité ou aux fluctuations du prix du carburant - exigent une souplesse contractuelle pour adapter les interventions sans recourir systématiquement à des amendements budgétaires. MAM, confronté à l'imprévisibilité des conflits, a su programmer ses interventions avec des marges de flexibilité. Les ASC et l'équipe mobile ont modulé leurs activités selon les périodes de conflit. Les relais communautaires ont utilisé des algorithmes téléphoniques pour identifier les suspicions de TB et orienter les patient·e·s vers les structures de dépistage, avec une prise en charge des coûts par MAM (transport, tests, hébergement).

L'importance du suivi - évaluation

En ZDA, les outils de suivi, essentiels, doivent être mobilisés avec souplesse et réactivité, en tenant compte des contraintes d'accès et des limites de collecte de données. Plusieurs projets ont adopté des solutions locales : PAC-CI a équipé les agents de santé communautaires de tablettes numériques, SMRU a développé des tableaux de bord automatisés pour le suivi des activités et SongES a mobilisé WhatsApp afin de transmettre les données depuis les zones à risque.





L'absence de données de référence, d'indicateurs et de cibles clairement définis et désagrégés a néanmoins restreint la mesure des résultats, notamment pour les indicateurs spécifiques aux ZDA. Dans les projets de recherche opérationnelle, l'absence de dispositifs de suivi opérationnel a constitué une limite, les données collectées servant principalement à tester des hypothèses plutôt qu'à suivre l'exécution. Enfin, les systèmes d'information sanitaire nationaux ne désagrégeant pas les données pour les ZDA ou les populations vulnérables, l'analyse fine de l'accès aux soins demeure limitée.

Gestion de la logistique et des approvisionnements, souplesse requise

En ZDA, la logistique constitue un facteur déterminant de la réussite des projets. L'état des routes, les conditions climatiques et la configuration géographique peuvent perturber les activités, la supervision et l'accès des communautés aux soins - parfois davantage qu'un conflit lui-même. Les porteurs, habitués à ces contextes, intègrent ces contraintes comme des défis structurels.

La disponibilité des intrants est tout aussi cruciale pour la continuité des services. Si l'appui aux chaînes d'approvisionnement nationales favorise la durabilité, leurs dysfonctionnements peuvent entraîner des ruptures majeures. Les porteurs doivent alors développer des stratégies allant de la collaboration avec des agences spécialisées des Nations Unies (MAM, SMRU) à la création de leur propre système d'approvisionnement (IRD). Dans le projet de REO au Cameroun, des pénuries fréquentes ont généré une forte pression sur les ASC qui ont parfois dû avancer des fonds pour l'achat d'intrants. Malgré ces contraintes, des résultats sanitaires significatifs ont néanmoins été obtenus. À l'inverse, dans le projet porté par l'IRD en Côte d'Ivoire, une bonne coordination avec les autorités sanitaires a permis de mieux maîtriser les stocks.

Ainsi, la gestion des approvisionnements a un impact direct sur les résultats et la charge des équipes. Des systèmes logistiques robustes et adaptables contribuent à sécuriser la continuité des services malgré les contraintes, comme en Thaïlande dans le projet SMRU qui a démontré la capacité d'adaptation nécessaire pour répondre à une forte demande et à des interruptions ponctuelles de la chaîne d'approvisionnement.

La sécurité, un impératif

Dans les contextes instables, la sécurité constitue une condition préalable à la mise en œuvre des interventions. Elle peut reposer sur des mécanismes communautaires, des réseaux d'alerte et une organisation flexible des déplacements. **L'acceptabilité du projet auprès des communautés constitue souvent un levier central de protection.** Le projet porté par REO a mis en place des mécanismes communautaires pour un suivi régulier de la situation sécuritaire en coordination avec les partenaires, dont l'OCHA. Les activités faisaient l'objet d'analyses de risques préalables, pouvant entraîner leur adaptation ou leur annulation.

Recommandations

- → **Institutionnaliser l'adaptabilité** aux ZDA en développant une check-list spécifique dès la conception des projets.
- → **Adapter les cadres de suivi-évaluation** aux ZDA, avec la formation de l'ensemble du personnel projet et des exigences spécifiques : données de base, cibles et indicateurs désagrégés, alignés et contribuant aux systèmes nationaux, indicateurs genre démontrant des résultats en matière de réduction des iniquités, et mesures renforcées de protection des données.
- → **Renforcer la redevabilité communautaire** en impliquant les communautés dans la définition des indicateurs et en instaurant des mécanismes de retour d'information.
- → **Intégrer des indicateurs contextuels et de risque,** notamment en zones de conflit ou de catastrophe, afin d'anticiper les crises et de faciliter les ajustements programmatiques ou budgétaires.
- → **Accroître la flexibilité budgétaire,** avec des budgets plus élevés pour couvrir les coûts de sécurité et d'adaptation.

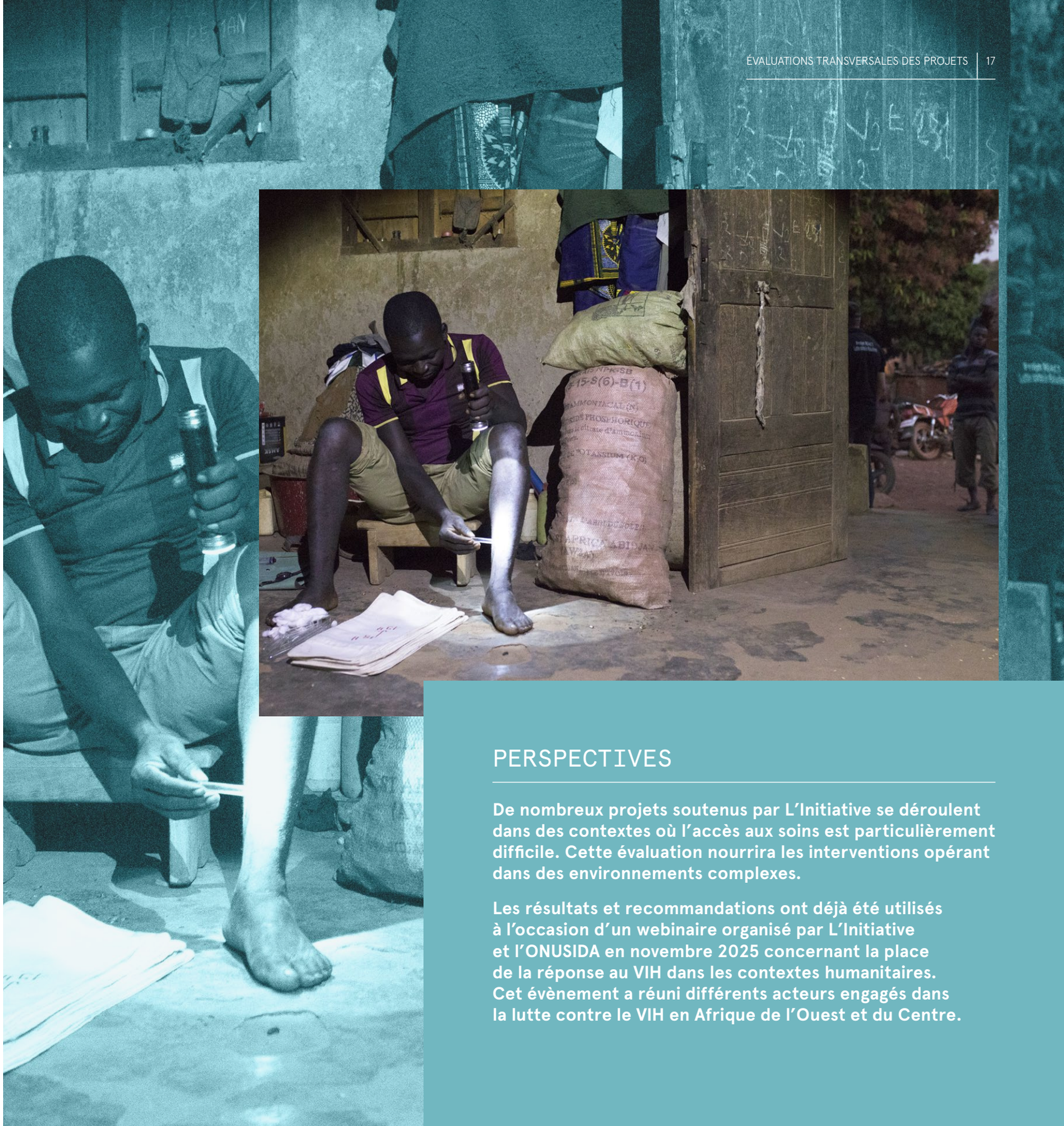
BONNE PRATIQUE : SOUPLESSE DANS LA MISE EN ŒUVRE EN BIRMANIE

Intervenant dans un contexte de forte instabilité, MAM a fait preuve d'une grande souplesse dans l'organisation de ses activités de suivi lorsque la situation sécuritaire ne permettait pas l'accès aux villages. Les interruptions d'activités sont restées limitées, n'excédant pas deux semaines en moyenne, les équipes retournant sur le terrain dès que les conditions de sécurité le permettaient. Dans certains villages particulièrement isolés, les visites ont toutefois été retardées plus longuement en raison de la combinaison du conflit et de la saison des pluies, une éventualité anticipée dans la planification du projet. Cette anticipation a permis aux agents de santé communautaires et aux équipes mobiles d'adapter leurs activités aux cycles d'insécurité. L'ancrage communautaire a été crucial, ainsi qu'un équipement de qualité et un stock suffisant pour permettre une certaine autonomie. Les agents ont ainsi pu poursuivre leurs interventions pendant plusieurs mois sans supervision directe.



Conclusion

Les enseignements tirés de cette évaluation transversale montrent qu'il est possible d'agir efficacement même dans des contextes extrêmes, à condition d'adopter des stratégies flexibles, co-construites et bien pilotées. L'analyse transversale montre également que les zones difficiles d'accès ne peuvent être appréhendées comme une catégorie homogène, mais comme des contextes marqués par des vulnérabilités multiples, évolutives et profondément imbriquées. Ces vulnérabilités, encore insuffisamment prises en compte dans la programmation des projets, conditionnent pourtant l'accès réel aux services et l'efficacité des interventions. Ainsi, toute intervention en ZDA doit mettre en œuvre une réponse à la fois basée sur les preuves, sur les besoins exprimés par les populations et sur la disponibilité des réseaux d'ASC existants. L'évaluation a révélé que la seule notion de « ZDA » n'est pas suffisante et recommande de tenir compte des vulnérabilités des individus et communautés, car celles-ci sont exacerbées par le contexte de ZDA. Ce contexte peut également faire apparaître des vulnérabilités supplémentaires, telles que la vulnérabilité sociale, économique, politique, légale, géographique et de genre des utilisateur·rice·s des services.



PERSPECTIVES

De nombreux projets soutenus par L'Initiative se déroulent dans des contextes où l'accès aux soins est particulièrement difficile. Cette évaluation nourrira les interventions opérant dans des environnements complexes.

Les résultats et recommandations ont déjà été utilisés à l'occasion d'un webinaire organisé par L'Initiative et l'ONUSIDA en novembre 2025 concernant la place de la réponse au VIH dans les contextes humanitaires. Cet évènement a réuni différents acteurs engagés dans la lutte contre le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ASC	Agent de santé communautaires
BHF	Border Health Foundation
HI	Humanité et Inclusion
IRD	Institut de recherche pour le développement
MAM	Medical Action Myanmar
MHEP	Mobile Health Education Package
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de la coordination des affaires humanitaires)
OSC	Organisation de la société civile
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
REO	Reach Out
SMRU	Shoklo Malaria Research Unit
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TB	Tuberculose
ZDA	Zone difficile d'accès



Cette publication s'inscrit dans le cadre d'une collection présentant les résultats des évaluations transversales thématiques produites par L'Initiative. Les numéros suivants sont déjà parus et disponibles sur notre site internet, dans la rubrique « Ressources documentaires », en français et en anglais :

Cliquez sur les vignettes



Cette évaluation transversale a été réalisée par Isabelle Cazottes, Philippe Lepère et Lorina McAdam du cabinet HMST. Elle a été coordonnée par Elsa Goujon, coordinatrice Évaluation de L'Initiative au département Santé d'Expertise France.

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs et autrices. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel d'Expertise France ni des organisations et projets évalués.

Rédaction : Isabelle Cartoux

Coordination : Nathalie Lasslop

Crédits photos : Couverture/rabat : MAM, L'Initiative - Expertise France • p. 7 : Anna Surinyach - Expertise France • p. 8 : MAM, L'Initiative - Expertise France • p. 10 : Anna Surinyach - Expertise France • p. 11 : Anna Surinyach - Expertise France • p. 12 : Rijasolo - Expertise France • p. 13 : HI, L'Initiative - Expertise France • p. 14 : SMRU, L'Initiative - Expertise France • p. 15 : MAM, L'Initiative - Expertise France • p. 16 : Anna Surinyach - Expertise France • p. 18 : ATIA, L'Initiative - Expertise France

L'Initiative
Sida, tuberculose, paludisme
linitiative.expertisefrance.fr

Expertise France
40 boulevard de Port-Royal
75005 Paris
01 70 82 70 82

ef.linitiative
ef_linitiative
L'Initiative - Expertise France

design LUCIOLE • Juin 2026

L'INITIATIVE
sida, tuberculose, paludisme

MISE EN ŒUVRE PAR France EXPERTISE FRANCE GROUPE AFD

DANS LE CADRE DE LA CONTRIBUTION FRANÇAISE AU LE FONDS MONDIAL