

Populations marginalisées



ÉVALUATIONS TRANSVERSALES DES PROJETS



L'INITIATIVE

L'Initiative est une facilité mise en œuvre par Expertise France et complémentaire du Fonds mondial. Elle apporte une assistance technique et un appui à l'innovation aux pays récipiendaires du Fonds mondial pour améliorer l'efficacité de ses subventions et renforcer l'impact sanitaire des programmes financés. Les évolutions récentes de L'Initiative amplifient son effet catalytique en renforçant les capacités des acteurs de la santé et de la société civile, en améliorant les cadres institutionnels, politiques et sociaux, et en soutenant des approches innovantes contre les pandémies.

7
projets évalués

16
pays couverts
par les projets

38
partenaires
d'exécution

Sommaire

Introduction	6
Axe 1 / Participation des populations marginalisées et élimination des barrières à l'accès aux services	8
Axe 2 / Renforcement des compétences des populations marginalisées	11
Axe 3 / Positionnement des projets dans les systèmes de santé des pays	13
Conclusion et perspectives	16
Acronymes	18

L'évaluation transversale des projets long terme

Chaque année, L'Initiative lance trois appels à projets dans le cadre de son Canal Projets, à l'issue desquels elle sélectionne une vingtaine de projets. Tous les projets financés font l'objet d'une évaluation finale externe. Afin de tirer le meilleur parti de cet exercice exhaustif, L'Initiative a mis en place un dispositif d'évaluation transversale thématique des projets 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 de L'Initiative et d'en tirer des apprentissages, afin d'améliorer les pratiques contribuant à la lutte contre les trois pandémies et d'orienter ses futures activités.

CHIFFRES CLÉS

de l'évaluation « Populations marginalisées »

Budget total des projets :

7 416 282 euros

PANDÉMIES CONCERNÉES :

- VIH : **5** projets
- VIH/tuberculose : **2** projets

7
projets évalués

16
pays couverts
par les projets

38
partenaires
d'exécution

Sommaire

Introduction	6
Axe 1 / Participation des populations marginalisées et élimination des barrières à l'accès aux services	8
Axe 2 / Renforcement des compétences des populations marginalisées	11
Axe 3 / Positionnement des projets dans les systèmes de santé des pays	13
Conclusion et perspectives	16
Acronymes	18

Les projets évalués



1 RÉPUBLIQUE DU CONGO DE 2017 À 2020

Renforcement de l'accès à des services de santé de qualité pour les jeunes filles en situation de vulnérabilité et les professionnelles du sexe à Brazzaville et Pointe-Noire

PORTEUR
ACTIONS DE SOLIDARITÉ INTERNATIONALE (ASI)

PARTENAIRES
ASSOCIATION CONGOLAISE POUR LE BIEN-ÊTRE FAMILIAL (ACBEF)

2 MADAGASCAR DE 2017 À 2019

Contribuer au renforcement des stratégies de prévention, dépistage, prise en charge et suivi du VIH/SIDA et de la coinfection VIH/TB, chez les populations clés professionnels du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et consommateurs de drogues injectables, notamment les jeunes, et les PVVH

PORTEUR
MÉDECINS DU MONDE FRANCE (MDM)

PARTENAIRES
AINGA/AIDES, MADAIDS, AFSA, SOLIDARITÉ DES MSM

3 CAMBODGE DE 2017 À 2020

Mobile Link - « Une intervention par SMS basée sur la théorie peut-elle améliorer la santé des travailleuses du spectacle au Cambodge et fournir une source fiable de données de suivi et d'évaluation? »

PORTEUR
KHANA

PARTENAIRES
TOURO UNIVERSITY CALIFORNIA

4 MAROC, TUNISIE, MAURITANIE, MALI, NIGER, SÉNÉGAL, CAMEROUN, TOGO, ÎLE MAURICE, MADAGASCAR DE 2017 À 2021

Accès à des services de santé de qualité pour les populations clés

PORTEUR
COALITION PLUS (C+)

PARTENAIRES
ARCAD-SIDA, ALCS, PILS

5 SÉNÉGAL, GUINÉE BISSAU DE 2017 À 2020

INCLUSIPH : « Inclusion des personnes handicapées dans la réponse face au VIH »

PORTEUR
HUMANITÉ ET INCLUSION (HI)

PARTENAIRES
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (SÉNÉGAL), SECRETARIAT DE LUTTE CONTRE LE SIDA (GUINÉE BISSAU); LES 6 RÉGIONS MÉDICALES DE ZIGUINCHOR, SÉDHIOU, KOLDA, BISSAU, CACHEU ET OIO

6 UKRAINE DE 2017 À 2021

Mineurs, oubliés : améliorer l'accès aux services VIH intégrés pour les adolescents les plus à risque en Ukraine

PORTEUR
AIDS FOUNDATION EAST WEST (AFEW)

PARTENAIRES
ALLIANCE FOR PUBLIC HEALTH (APH), WAY HOME, CONVICTUS, NASHA DOPOMAGA, RETURN TO LIFE, PUBLIC HEALTH, NEW FAMILY, LIGHT OF HOPE, BLAGO, PARUS

7 BURKINA FASO, CÔTE D'IVOIRE, TOGO, MALI DE 2017 À 2021

Accès à la prophylaxie pré-exposition au VIH pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes : étude de l'acceptabilité et de la faisabilité dans des cliniques associatives d'Afrique de l'Ouest (CohMSM-PrEP)

PORTEUR
INSTITUT BOUISSON BERTRAND

PARTENAIRES
FRANCE : UNITÉ TRANSVIHMI, IRD UMI 233, INSERM U 1175, UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. UNITÉ SESSTIM, UMR 912 INSERM, IRD, AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ. ASSOCIATION COALITION INTERNATIONALE SIDA; BELGIQUE : INSTITUT DE MÉDECINE TROPICALE, ANVERS; BURKINA FASO : ASSOCIATION AFRICAINE SOLIDARITÉ, CENTRE MURAZ; CÔTE D'IVOIRE : ASSOCIATION ESPACE CONFIANCE, PROGRAMME PAC-CI; MALI : ASSOCIATION ARCAD-SIDA; TOGO : ASSOCIATION ESPOIR VIE TOGO. BIOLIM/FSS, UNIVERSITÉ DE LOMÉ

Introduction

Cette synthèse présente les résultats de l'évaluation transversale de sept projets financés par L'Initiative portant sur la thématique « Populations marginalisées » et mis en œuvre dans seize pays d'Afrique, d'Asie et de l'Europe de l'Est.

Consciente de l'importance de la prise en compte des besoins spécifiques des populations marginalisées, de leurs droits humains, du genre et des approches communautaires pour surmonter les barrières d'accès aux soins qui affectent ces populations, L'Initiative a lancé en 2016 un appel à projets visant à « améliorer l'accès des populations marginalisées à des services de santé de qualité grâce à des stratégies adaptées et intégrées aux communautés »¹. Les populations principalement ciblées étaient les suivantes :

- les populations clés incluant les personnes vivant avec le VIH, les usager·ère·s de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnel·le·s du sexe et les personnes incarcérées ;
- les populations vulnérables, notamment les populations mobiles et migrantes, les jeunes filles et femmes, les enfants et les adolescent·e·s.

Glossaire

→ **Les populations marginalisées** sont celles qui sont plus fortement touchées par l'impact épidémiologique, qui ont un accès moindre aux services de santé et/ou qui sont victimes d'atteintes aux droits humains, de marginalisation sociale et économique.

1. Un appel à projets concernant les populations clés avait déjà été lancé par L'Initiative en 2014. Il a fait l'objet d'une évaluation transversale disponible ici : <https://www.initiative5pour100.fr/index.php/notre-impact-0>



MÉTHODOLOGIE

Cette évaluation a été réalisée par le cabinet TeAM entre octobre 2019 et juillet 2021. Elle a mobilisé une équipe de trois expert·e·s en santé publique et communautaire.

Elle comprenait :

- une évaluation individuelle de chaque projet afin de répondre à un objectif de redevabilité vis-à-vis de L'Initiative ;
- un travail d'analyse transversale des résultats, permettant de dégager des leçons de l'expérience accumulée et d'en valoriser les meilleures pratiques vis-à-vis des populations marginalisées, dans un objectif d'apprentissage et d'amélioration de la qualité des projets financés par L'Initiative.

AXE 1

Participation des populations marginalisées et élimination des barrières à l'accès aux services

« Il est nécessaire de rester à l'écoute des populations marginalisées tout au long du projet pour garantir une implication et une appropriation de qualité »

Des avancées en matière d'implication des populations marginalisées pour améliorer leur accès à des services de santé de qualité

Les populations marginalisées (PM) ont joué un rôle capital dans la mise en œuvre des projets et ont largement contribué au succès des services mis en place. Que ce soit comme agents de santé communautaire (ASC), pairs éducateur-riche-s, ou pairs enquêteur-riche-s, **les PM ont participé au développement de services sur-mesure et innovants** tels que la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour les HSH ou le dépistage communautaire, à l'élaboration d'outils et d'enquêtes, à la collecte de données auprès des PM, au référencement des PM vers les services de prise en charge (PEC), au suivi de l'observance et à la recherche des perdu-e-s de vue. Certains projets ont associé les PM à leur pilotage en établissant un partenariat formel avec des associations identitaires de PM. Le projet d'AFEW est allé plus loin en incluant une stratégie d'empowerment et de développement du leadership chez les adolescent-e-s qui utilisent des drogues (AUD).

Selon l'évaluation, l'implication forte des PM, basée sur un partenariat d'égal à égal, leur a permis de **passer d'un statut de « bénéficiaire » à celui d'acteur-riche de changements** dans leur communauté, avec une appropriation forte des projets et une autonomisation renforcée. Les projets AFEW et HI ont même « redonné aux PM leur dignité » et leur ont permis de sortir de leur « invisibilité ». Cette implication a été primordiale pour tester la faisabilité des services innovants développés et pour renforcer leur qualité, leur accessibilité, leur utilisation, ainsi que leur durabilité. Les projets ayant obtenu une faible appropriation par les PM ont à l'inverse souffert d'une efficacité et d'une durabilité moindres, avec notamment un fort taux de perdu-e-s de vue.

Participation des populations marginalisées et élimination des barrières à l'accès aux services

Renforcement des compétences des populations marginalisées

Positionnement des projets dans les systèmes de santé des pays



Des marges d'amélioration

Au vu de la contribution significative des populations ciblées aux projets, la **question du statut de l'expertise communautaire** est essentielle. Si la contractualisation des ASC dans le cadre des projets est un pas important pour leur reconnaissance, leur rémunération est souvent trop basse par rapport à une charge de travail trop importante, ce qui contribue à l'épuisement professionnel et à une rotation rapide des ASC. La perte de l'expertise communautaire qui en résulte constitue une menace pour la qualité et la pérennité des services. Par ailleurs, la reconnaissance de cette expertise dans le cadre des projets évalués reste fragile et limitée car fortement dépendante des contextes nationaux et des financements souvent internationaux.

L'évaluation note que les projets ont été globalement peu innovants en matière de **droits humains** et de **plaidoyer**. Seuls trois des sept programmes recommandés par l'ONUSIDA² pour lever les barrières liées aux droits humains à l'accès des services ont été utilisés : la formation des professionnel-le-s de santé aux droits humains et à l'éthique médicale liée au VIH, l'éducation juridique et la sensibilisation des forces de l'ordre. Si la thématique de l'accès aux services peut être une excellente façon d'aborder la question des droits humains, les projets ne sont pas allés au-delà de cette thématique pour promouvoir un environnement protecteur des droits des PM. En dépit de la forte discrimination et de lois punitives envers les populations ciblées, seuls deux projets, AFEW et HI, ont inclus un objectif sur le plaidoyer pour surmonter les barrières structurelles de l'accès aux soins. Pour cinq des projets évalués, l'impact a donc été limité au niveau du projet lui-même et n'a pas servi au développement du leadership des PM.

2. Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH. ONUSIDA, 2012 : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2339_KeyHumanRightsProgrammes_fr.pdf

BONNE PRATIQUE

LE RELAIS COMMUNAUTAIRE FACE AU COVID-19

Dans le projet de Coalition PLUS, le rôle des PM comme relais communautaire a été crucial, notamment lors de l'épidémie de Covid-19. Ces relais ont permis la continuité de l'accès aux services des PM en facilitant l'accès aux ARV, aux kits d'hygiène et alimentaires et à la méthadone pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ou les usager·ère·s de drogue injectable (UDI) qui ne pouvaient plus se déplacer du fait des restrictions, à travers un service adapté et confidentiel à domicile. Leur statut a été valorisé et reconnu par de nombreux acteurs, notamment les professionnel·le·s de santé.



À l'exception du projet AFEW, l'intégration du genre est restée un exercice théorique. Les analyses initiales des barrières liées au genre sont jugées insuffisantes et les données sexo-spécifiques collectées sont restées inexploitées. Les projets n'ont pas développé de stratégies efficaces visant à réduire les inégalités et les barrières liées au genre, en particulier les violences sexuelles et la vulnérabilité économique des femmes. Ils n'ont dans l'ensemble pas contribué à changer les normes sociétales de genre, seul le projet AFEW ayant adopté une approche transformative pour réduire les normes de genre néfastes affectant les adolescent·e·s qui utilisent des drogues.

Recommandations

- S'assurer de la qualité des partenariats avec les acteurs de mise en œuvre communautaires, qui garantissent l'expression continue la plus fiable des besoins des PM.
- Stimuler une réflexion sur le statut des ASC au niveau des politiques nationales.
- S'assurer que le plaidoyer porte sur les barrières structurelles de l'accès aux soins et sur l'environnement des PM dans son ensemble.
- Faciliter l'intégration du genre et des droits humains en s'appuyant sur des partenariats locaux, avec des organisations de femmes et de PM d'une part, et des associations défendant les droits humains d'autre part. Celles-ci ont une lecture fine des contextes et peuvent apporter des solutions durables ancrées dans la réalité.

Participation des populations marginalisées et élimination des barrières à l'accès aux services

Renforcement des compétences des populations marginalisées

Positionnement des projets dans les systèmes de santé des pays

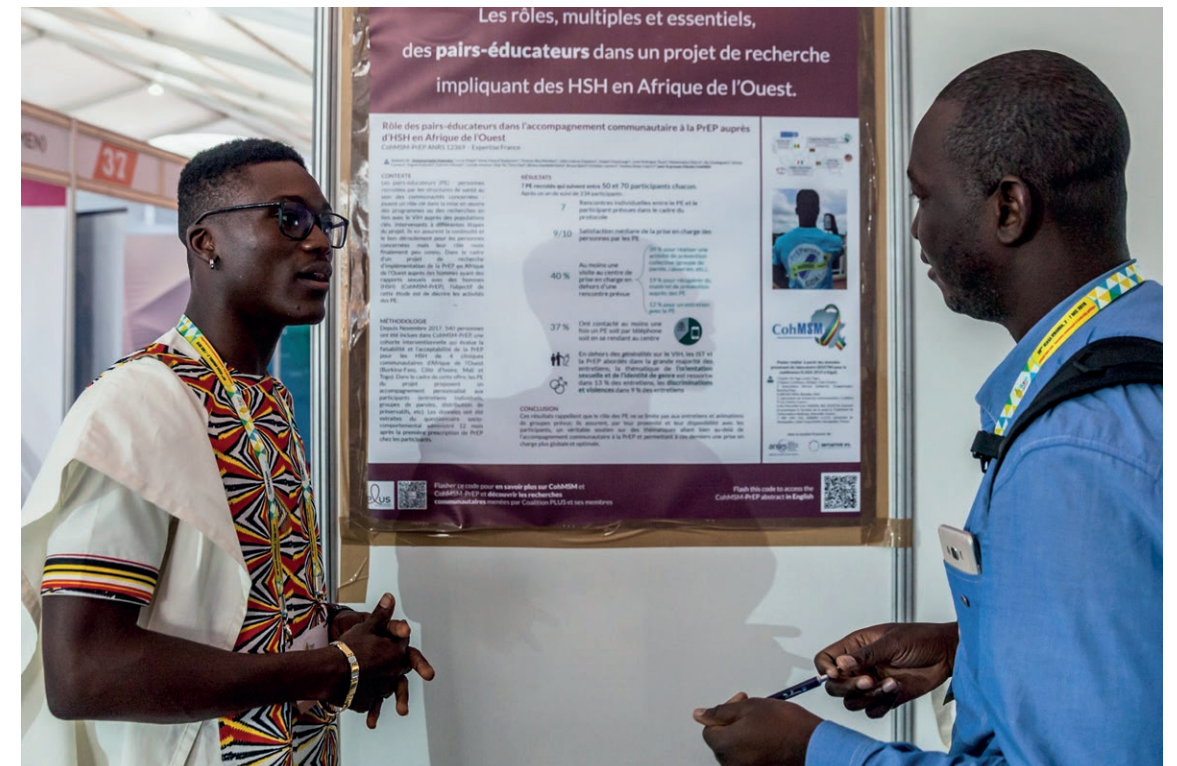
AXEF 2

Renforcement des compétences des populations marginalisées

« Le plus grand atout du renforcement des compétences est celui de contribuer à la pérennité du projet »

Un renforcement des compétences qui va au-delà du transfert de savoirs

Le renforcement des compétences (RC) des PM est omniprésent dans les projets, que ce soit au démarrage pour la mise à niveau des acteurs et actrices, ou au fil de l'eau pour améliorer l'impact. Si certains thèmes de RC sont classiques, comme le dépistage ou la PEC globale du VIH, la plupart des sujets sont innovants dans leur contexte, notamment la formation des PM aux techniques et à l'analyse d'enquêtes, le dépistage communautaire, la santé sexuelle des minorités sexuelles, la PrEP, les soins palliatifs et l'utilisation du langage des signes. Les droits humains ont été une thématique marginale du RC, tout comme la thématique du genre qui n'a parfois pas du tout été abordée.



👍 BONNE PRATIQUE

LA FORMATION AU LANGAGE DES SIGNES

Dans le cadre du projet de HI, les prestataires de soins et les acteurs communautaires ont reçu une formation en langage des signes. Cela leur a permis pour la première fois une communication directe avec les personnes malentendantes, sans avoir recours à un-e interprète, et a été particulièrement favorable pour le partage d'informations intimes jusque-là jamais évoquées.

Les effets du RC sont variables selon les projets. Sur la qualité et l'accès aux soins, ils sont évidents avec un accès amélioré pour les personnes vivant avec un handicap (PVH) (projet HI), les HSH (CohMSM), les professionnel.le.s du sexe (PS) (KHANA), les AUD (AFEW) et les populations clés du VIH (C+). Les effets sont moins notables sur la participation des PM aux décisions qui les concernent. Cependant le RC a permis un meilleur accès ou positionnement au sein des instances de coordination nationale (CCM) pour les PM et/ou les structures renforcées (MdM, C+), la reconnaissance par les autorités publiques de besoins des PVH auparavant non pris en compte (HI), et l'influence importante que les jeunes leaders ont eue sur le projet (AFEW). Dans ces projets, le RC est un élément clé qui contribue à l'impact.

Le **renforcement des capacités des organisations** à base communautaires (OBC) partenaires des projets est moins présent que le RC des bénéficiaires. Il porte sur des thématiques classiques et structurantes comme la gestion administrative et financière (HI), le suivi-évaluation (C+) et le plaidoyer en mobilisation de ressources locales (AFEW).

Au-delà du transfert des savoirs, **le plus grand atout du RC est celui de contribuer à la pérennité du projet**. Le RC tisse l'esprit d'équipe et les liens entre les divers acteurs clés - entre chercheurs internationaux et pairs éducateur-riche-s, entre des OBC auparavant en compétition qui collaborent dans un but commun, entre les professionnel.le-s de santé et les malades et leurs familles. Cependant, l'évaluation

constate que les projets n'ont pas suffisamment utilisé le RC dans ce sens, avec l'absence de RC collectif que ce soit inter-pays pour les projets multi-pays, ou inter-équipes pour les projets décentralisés. Toutefois, la plupart des projets a bien fait usage de formations pluridisciplinaires.

Une ingénierie de formation à moderniser

L'évaluation constate que dans la plupart des projets, l'ingénierie de formation est peu novatrice et le RC aurait pu être un pilier prioritaire plus fort pour atteindre l'objectif principal, sous forme de **formations ponctuelles mais aussi de mentoring, de formation continue et d'échanges inter-équipes**. La supervision du projet est cependant intelligemment utilisée comme moment clé de RC dans plusieurs projets. Seul le projet de MdM apporte une ingénierie nouvelle avec la mise en pratique directe de l'apprentissage théorique, liée à une évaluation immédiate de chaque apprenant-e en situation réelle d'enquête.

Il aurait été précieux de **documenter** et de **capitaliser** sur les approches de RC, en particulier sur les sujets innovants, ce qui n'a été réalisé dans aucun projet, au même titre que l'**évaluation** des besoins en matière de RC en début de projet. L'évaluation du RC en fin de projet a fait défaut dans quatre projets, et le transfert de compétences pour assurer la pérennité des services n'a été anticipé ou mis en œuvre stratégiquement dans aucun des projets.

📌 Recommandations

- **Prévoir systématiquement une étude initiale des besoins en RC et une évaluation finale pour mesurer les effets de ce renforcement**
- **Réaliser, en début de projet, une étude des besoins organisationnels des OBC partenaires pour intégrer leur renforcement au projet**
- **Anticiper et intégrer dès la conception du projet le transfert des compétences en fin de projet vers les partenaires**
- **Documenter la démarche de RC tout au long du projet afin de capitaliser et d'en tirer des leçons.**

AXE 3

Positionnement des projets dans les systèmes de santé des pays

« Il est nécessaire de mettre en place un partenariat systémique entre les projets et les acteurs publics pour permettre une influence accrue des résultats sur les politiques de santé »

Des positionnements différents

Le système de santé a été le principal bénéficiaire final de certains projets (MdM, HI, KHANA, ASI). Le projet AFEW a adopté une approche multisectorielle et a collaboré avec plusieurs départements ministériels. Les projets C+ et CohMSM se sont positionnés en périphérie du système de santé, disposant ainsi de plus d'autonomie. Seul le projet HI a noué un partenariat institutionnel formel avec le niveau central du ministère de la Santé et l'a intégré au comité de pilotage du projet, tout comme ASI. Les autres projets ont privilégié la collaboration avec les structures de santé locales ou décentralisées.



Une bonne influence des projets sur le système de santé mais une mise à l'échelle à améliorer

L'interaction des professionnel·le·s de santé avec les projets a été bonne ou très bonne, ces dernier·ère·s ayant facilité la mise en œuvre de tous les projets. La plupart des projets ont également démontré leur capacité à **générer des modèles ou des stratégies nouvelles** qui sont intégrées dans des documents de politique et de planification des pays. À titre d'exemple, grâce aux preuves produites sur la vulnérabilité des PVH face au VIH, le projet HI a permis l'intégration de cette population comme cible prioritaire dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida ainsi que dans les requêtes de financement au Fonds mondial.

De façon générale, la **contribution des projets aux systèmes de santé des pays est conséquente** :

- Globalement, les productions des projets ont permis aux pays de s'aligner plus rapidement sur les orientations internationales telles que les Objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA ou la stratégie « Test and treat » de l'OMS. L'appropriation par les systèmes de santé de ces dispositifs a été entière et spontanée.
- Les projets ont apporté une plus-value déterminante dans la reconnaissance de l'expertise communautaire par le système de santé. Par exemple, le projet C+ a permis d'améliorer le positionnement institutionnel de certaines ONG locales au sein des CCM.
- Les initiatives transversales d'intégration de pathologies autres que le VIH, observées dans presque tous les projets, ont impulsé une vraie dynamique de décroisement, en dépit de leur échelle réduite.
- Les projets ont systématiquement mis en place un mécanisme de référence pour assurer un continuum de soins des PM entre la prévention et l'accès au traitement, ce qui constitue une avancée majeure pour les pays et a produit de bons résultats. Cependant, l'efficacité de ce continuum reste fortement tributaire de la disponibilité des intrants de dépistage et des médicaments, ce qui n'a pas toujours été le cas dans certains projets.



BONNE PRATIQUE

UN DÉCLOISONNEMENT UTILE POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Lors du développement des messages d'information, d'éducation et de communication (IEC) à destination des professionnel·les du sexe au Cambodge, le projet KHANA a intégré aux messages sur la prévention du VIH des messages sur le cancer du col de l'utérus, sur l'utilisation de drogues et la consommation forcée d'alcool. Ce paquet complet d'IEC était délivré dans sa totalité aux femmes bénéficiant du projet, qui ont beaucoup apprécié cette approche combinée et intégrée. Cela a par ailleurs permis d'élargir l'offre de prévention sur des thèmes qui n'étaient auparavant pas toujours abordés en même temps par les prestataires de soins.

- Les deux projets de recherche opérationnelle (KHANA et CohMSM) étaient parfaitement alignés avec les priorités des pays et ont pu générer des preuves utiles pour les systèmes de santé, même si les résultats de la recherche peinent encore à être valorisés et mis à l'échelle par les pays.

La plupart des projets a donc permis une mise en œuvre efficace notamment grâce à l'ancrage au niveau local et leur caractère catalytique a été généralement très apprécié par les acteurs du système de santé. Cela n'a cependant pas suffi pour accompagner le ministère de la Santé des pays dans la **mise à l'échelle** des stratégies ou la poursuite des interventions à la fin des projets. Cette mise à l'échelle n'a été initiée que dans trois projets (HI, C+ et CohMSM). À titre d'exemple, le projet CohMSM a permis une montée en charge de la PrEP en Côte d'Ivoire.

En dépit de ces contributions importantes, le transfert vers les acteurs nationaux du potentiel des projets et des bonnes pratiques émergentes au profit d'autres pathologies ou domaines n'a pas eu lieu pour les raisons suivantes : l'absence de capitalisation planifiée, le recours à des canaux de diffusion souvent inappropriés pour le système de santé (notamment les publications scientifiques pour les projets de recherche opérationnelle), le manque d'intérêt et d'engagement du ministère de la Santé dans certains projets.

Recommandations

- Mettre en place un partenariat systémique entre les projets et le système public de la santé, pour permettre une influence accrue des résultats des projets sur les politiques de santé et leur passage à l'échelle.
- Mener un plaidoyer couplé à un solide exercice de capitalisation, allant jusqu'à la modélisation, tout au long du projet pour permettre une utilisation optimale des bonnes pratiques et un meilleur transfert en fin de projet.
- Valoriser les résultats de la recherche de façon accessible pour une traduction fluide dans les politiques de santé tout en énonçant clairement les conditions de mises en œuvre de ces résultats dans le système de santé.

Conclusion

Les populations marginalisées ont été les actrices essentielles de la mise en œuvre des projets évalués. Leur implication a permis de créer une demande pour les services de santé, un jalon indispensable pour la pérennité des projets. Leur contribution en tant que véritables actrices du changement dans la plupart des projets justifie l'urgence de leur trouver un statut clair et valorisant au sein des équipes de soins.

L'évaluation transversale conclut que le caractère catalytique des projets financés par L'Initiative en fait sa marque distinctive. Des thèmes innovants ont été abordés dans les projets évalués, telles que la PrEP, la santé sexuelle des minorités sexuelles, la prise en charge du handicap, les soins palliatifs. De plus, les populations marginalisées ont totalement répondu au renforcement de compétences sur ces sujets nouveaux pour elles.

Les projets évalués, parfois incomplets, ont néanmoins été très riches d'enseignements locaux, qui demandent une capitalisation de grande qualité pour être diffusés et utilisés. Pour l'équipe d'évaluation, L'Initiative doit en tirer un maximum pour faire progresser la lutte contre les trois pandémies, par la création de modèles de prise en charge pour les populations marginalisées qui puissent ensuite être repris à grande échelle.



PERSPECTIVES

Dans la lignée des enseignements de cette évaluation transversale, L'Initiative a organisé pour la première fois un atelier de co-construction des recommandations avec des porteurs de projets évalués, des membres du comité de pilotage de L'Initiative et des membres de l'équipe. Cet atelier a permis de faire émerger collectivement des orientations stratégiques et opérationnelles pour améliorer l'accès aux services de santé des populations marginalisées, qui seront ainsi mieux appropriées par les divers acteurs. Ces recommandations ont déjà nourri l'Appel à projets 2022 de L'Initiative dédié aux populations vulnérables. Elles font également l'objet d'un policy brief.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ARV	Traitement antirétroviral
ASC	Agent de santé communautaire
AUD	Adolescent-e qui utilise des drogues
CCM	Instance de coordination nationale
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
MEAE	Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
OBC	Organisation à base communautaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida
PE	Pair éducateur et éducatrice
PEC	Prise en charge
PM	Populations marginalisées
P_{re}EP	Prophylaxie pré-exposition
PS	Professionnel-le du sexe
PVH	Personne vivant avec un handicap
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RC	Renforcement des compétences / des capacités
UDI	Usager-ère de drogues injectables
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

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



Cette évaluation transversale a été réalisée par Juliette Papy, Hélène Rossert et Abdoulaye Sidibé Wade, du cabinet TeAM, entre octobre 2019 et juillet 2021.

Elle a été coordonnée à Expertise France par Elsa Goujon, chargée de suivi-évaluation au département Santé.

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.



L'Initiative
Expertise France
40, boulevard de Port-Royal
75005 Paris
01 70 82 70 82
www.initiative5pour100.fr

