

ÉVALUATION

Rapport : Évaluation conjointe du travail effectué avec les populations clés par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (2018-2021)

ONUSIDA

**Évaluation conjointe du travail effectué
avec les populations clés par le
Programme commun des Nations Unies
sur le VIH/sida (2018-2021)**

Rapport



Avertissement

Ce rapport a été rédigé par EURO Health Group (ehg.dk). Les points de vue exprimés dans le présent rapport sont ceux des évaluateurs. Ils ne représentent pas ceux du Secrétariat de l'ONUSIDA, ni ceux de toute personne ou organisation mentionnée dans le rapport. Publié par le Bureau d'évaluation de l'ONUSIDA, ce rapport indépendant a été élaboré conjointement avec les bureaux d'évaluation de plusieurs coparrainants du Programme commun, à savoir, l'OMS, l'ONUDC et l'UNESCO. Tous les coparrainants de l'ONUSIDA ont participé à l'évaluation.

Toute demande de renseignement concernant cette évaluation doit être adressée au Bureau d'évaluation de l'ONUSIDA à l'adresse électronique suivante : evaluation@unids.org. Le rapport et les supports d'évaluation utilisés sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.unids.org/en/whoweare/evaluation>

Copyright © 2022

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

ONUSIDA/JC2996F

Remerciements

Cette évaluation avait pour but d'apprécier la pertinence, la cohérence, l'efficacité et l'équité du soutien apporté par l'ONUSIDA aux populations clés – des populations dans lesquelles persistent des disparités et des inégalités d'accès aux services en dépit des progrès accomplis dans la riposte au VIH. Mener une évaluation aussi complexe a nécessité la participation d'un grand nombre d'intervenants et nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce travail.

Nous sommes particulièrement reconnaissants à l'équipe d'évaluation d'EURO Health Group, dirigée par Lawrence Gelmon et Clare Dickinson, ainsi qu'aux représentants des populations clés qui ont participé activement d'abord à la conception et à la conduite de l'évaluation, puis à l'analyse des résultats. Ceux-ci sont le reflet de données recueillies non seulement auprès de l'ensemble des populations clés, mais aussi auprès des équipes communes des Nations Unies sur le sida, de décideurs, de responsables de la mise en œuvre de programmes et d'autres parties prenantes.

L'évaluation comprenait six études de cas de pays réalisées au Cameroun, au Kenya, au Pérou, en Thaïlande, en Tunisie et en Ukraine. Chaque étude de cas a fait l'objet d'un rapport distinct qui analyse la situation du pays concerné, et toutes ces études constituent une source d'information pour le présent rapport. Les rapports de ces études de cas sont publiés dans un volume distinct qui accompagne ce rapport.

Nous saluons la contribution, d'une part, des bureaux d'évaluation de l'OMS, de l'ONUDC et de l'UNESCO, qui ont aidé le bureau d'évaluation de l'ONUSIDA à gérer l'évaluation, et d'autre part, du groupe de référence, qui comprenait l'ensemble des coparrainants ainsi que des représentants de la société civile et des partenaires. Nous remercions également les bureaux de pays de l'ONUSIDA et les équipes communes des Nations Unies dans les six pays étudiés, ainsi que les experts, les représentants des populations clés et toutes les autres personnes qui ont collaboré avec l'équipe d'évaluation et examiné les versions préliminaires du rapport.

Nous estimons que les conclusions et les recommandations de cette évaluation sont particulièrement pertinentes et bien venues, et qu'elles vont influencer positivement la contribution future du Programme commun au recul des inégalités – avec des populations clés à l'avant-garde de la riposte au VIH – afin d'atteindre l'objectif ultime qui est de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique.

Bureau d'évaluation de l'ONUSIDA

Mars 2022

Groupe de référence pour l'évaluation

Réseaux de PVVIH et réseaux dirigés par des populations clés

Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP), Ruth Morgan Thomas

MPact – Action mondiale pour la santé et les droits des hommes homosexuels, Andrew Spieldenner

Action mondiale pour l'égalité des trans (GATE) et Groupe international de référence sur les femmes transgenres et le VIH/sida (IRGT), Joanne Keatley

Réseau international des consommateurs de drogues (INPUD), Judy Chang

Réseau mondial des jeunes vivant avec le VIH (Y+), Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) et Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW), Jessica Whitbread

Spécialistes des populations clés dans les institutions des Nations Unies (y compris les membres de l'Équipe de travail interinstitutions sur les populations clés)

OMS : Annette Verster, ETII

OMS : Rachel Baggaley, responsable des populations clés

ONUDC : Ehab Salah, ETII (milieu carcéral)

ONUDC : Monica Ciupagea, ETII (consommateurs de drogues injectables)

UNFPA : Tim Sladden, ETII

PNUD : Boyan Konstatinov, ETII

PNUD : Deena Patel, référente du Groupe d'experts des populations clés d'Afrique (AKPEG)

UNICEF : Su Myat Lwin (jeunes des populations clés)

Coordonnateurs mondiaux de la lutte contre le sida et référents VIH/sida

UNESCO : Christopher Castle, Ariana Stahmer

OIT : Kofi Amekudzi

Banque mondiale : Marelize Gorgens, Nejma Cheikh, Katherine Ward

ONU Femmes : Nazneen Damji, Elena Kudravtseva

UNFPA : Elizabeth Benomar

ONUDC : Fariba Soltani, Ehab Salah

PAM : Allison Oman Lawi, Michael Smith

PNUD : Mandeep Dhaliwal, Ludo Bok

OMS : Andy Seale, Hywel Jones

UNICEF : Chewe Luo, Myungsoo Cho, Shaffiq Essajee

HCR : Ann Burton, Liz Tarney, Erin Anastasi

Secrétariat de l'ONUSIDA

Keith Sabin, conseiller principal, épidémiologie

Clemens Benedikt, conseiller principal, Coalition mondiale pour la prévention du VIH et appui technique

Cleiton Euzebio de Lima, conseiller principal, réseaux de la société civile

Représentants des régions/pays

Elie Georges Ballan, consultant, Moyen-Orient et Afrique du Nord

Marie Engel, conseillère régionale pour les programmes, Afrique occidentale et centrale

Alankar Malviya, conseiller régional pour la stratégie d'accélération, Afrique orientale et australe

Lev Zohrabyan, conseiller en information stratégique, Europe orientale et Asie centrale

Guillermo Eduardo Marquez Villamediana, conseiller en droits humains et questions communautaires, Amérique latine et Caraïbes

Marina Novachuk, conseillère en soutien aux communautés, Ukraine

Partenaires

Fonds mondial : Ed Ngoksin, conseiller sur les populations clés, département Communautés, droits et genre

PEPFAR : Parvies Hosseini

Groupe de gestion de l'évaluation

Joel Rehnstrom ONUSIDA, directeur, évaluation

Elisabetta Pegurri ONUSIDA, conseillère principale, évaluation

Anand Sivasankara Kurup OMS, Bureau de l'évaluation

Katherine Aston ONUDC, Bureau de l'évaluation

Verena Knippel UNESCO, Bureau de l'évaluation

Équipe d'évaluation d'Euro Health Group

Lawrence Gelmon Cheffe d'équipe et responsable de l'étude de cas du Kenya

Clare Dickinson Cheffe d'équipe adjointe

Parinita Bhattacharjee Conseillère en programmes et politiques concernant les PC

Matthew Cooper Conseiller en analyse de l'équité et en théorie du changement

David Lowe Étude de cas de la Thaïlande – chef d'équipe

Hedia Belhadj	Étude de cas de la Tunisie – cheffe d’équipe
Kostyantyn Dumchev	Étude de cas de l’Ukraine – chef d’équipe
Tiburce Nyama	Étude de cas du Cameroun – chef d’équipe
Carlos F. Cáceres	Étude de cas du Pérou – chef d’équipe
Ximena Salazar	Étude de cas du Pérou – chef d’équipe adjoint
Michele Gross	Appui administratif et technique
Lene Klosterskov Andersen	Appui administratif

Membres de l’équipe d’évaluation désignés par les réseaux mondiaux de populations clés

Monde	Aditia Taslim, Alex Garner, Ruth Morgan
Thaïlande	Verapun Ngammee, Surang Janyam
Tunisie	Slim Ben Nasr, Faten Bouhaha
Ukraine	Olena Stryzhak, Nataliia Isaieva
Cameroun	Ndi Ndukong Titus, Jean Paul Enama, Jacques Ombilitek
Pérou	Jana Villayzan, Olinda Azucena Rodriguez del Corzo
Kenya	Doreen Moraa, Jeffrey Walimbwa, John Mathenge

Présentation et mise en page du rapport

Nathalie Gouiran	ONUSIDA, conceptrice graphique
------------------	--------------------------------

Table des matières

1 Contexte, objectif et champ de l'évaluation.....	19
1.1 Objectif et champ de l'évaluation.....	20
2 Approche et méthodes de l'évaluation.....	21
2.1 Évaluation axée sur l'utilisation (EAU).....	21
2.2 Méthodes de collecte des données.....	27
2.3 Analyse, validation et synthèse des données.....	28
2.4 Considérations éthiques, limites et contraintes.....	30
3 L'ONUSIDA dans les pays : stratégies et soutien aux populations clés.....	31
4 Résultats.....	33
4.1 Constat contextuel/situationnel établi à partir de points de vue recueillis aux niveaux régional et mondial.....	34
4.1.1 Cadres stratégiques.....	34
4.1.2 Assistance programmatique et technique.....	36
4.1.3 Collaborations au niveau mondial.....	40
4.1.4 Appui régional fourni aux programmes destinés aux populations clés.....	41
4.2 Synthèse des réponses apportées aux questions d'évaluation.....	45
4.2.1 QE n° 1 (pertinence) et QE n° 3 (harmonisation et alignement).....	45
4.2.2 QE n° 2 (droits humains et égalité des genres).....	53
4.2.3 QE n° 4 (capacités et ressources).....	58
4.2.4 QE n° 6 (mobilisation et autonomisation des organisations de populations clés).....	67
4.2.5 QE n° 7 (situations de crise humanitaire et COVID-19).....	73
4.2.6 QE n° 5 (concrétisation des produits/aspects à renforcer) et QE n° 8 (contribution aux services, promotion des droits humains, de l'égalité des genres et de la dépénalisation, pérennisation des financements).....	77
4.2.7 QE n° 9 (facteurs contextuels) et QE n° 10 (viabilité).....	87
5 Conclusions.....	90
6 Recommandations.....	93

Table des figures

Figure 1 : Cibles de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida.....	20
Figure 2 : Évaluation axée sur l'utilisation.....	22
Figure 3 : Théorie du changement.....	24
Figure 4 : Montants des enveloppes allouées aux pays étudiés (2018-2021).....	63
Figure 5 : Budget total par source de financement dans les pays étudiés (2018-2021).....	64
Figure 6 : Répartition par domaine de résultats stratégiques de l'enveloppe allouée aux pays étudiés (2018-2021).....	64
Figure 7 : Montant total et répartition par coparrainant du budget de l'EAP consacré au domaine de résultats stratégiques n° 4 (2018-2021).....	65

Table des encadrés

Encadré 1 : Résumé des critères de sélection des pays.....	27
Encadré 2 : Résultats de l'enquête effectuée auprès du personnel de l'ONUSIDA à l'échelle mondiale	60
Encadré 3 : Difficultés et problèmes posés par le système actuel de communication d'informations du Programme commun	66

Table des tableaux

Tableau 1 : Les dix questions de l'évaluation.....	25
Tableau 2 : Résumé des sources de données	28
Tableau 3 : Limites rencontrées durant l'évaluation et mesures prises pour y remédier	30
Tableau 4 : Division du travail entre institutions responsables et partenaires au sein du Programme commun	32
Tableau 5 : Exemples d'activités sur les droits humains concernant les populations clés	55

Abréviations et acronymes

ALC	Amérique latine et Caraïbes
AOA	Afrique orientale et australe
AOC	Afrique occidentale et centrale
AP	(région) Asie-Pacifique
ARV	antirétroviraux
ASC	agent de santé communautaire
BUF	fonds pour les activités inhabituelles
CAD de l'OCDE	Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques
CD	consommateurs de drogues
CDI	consommateurs de drogues injectables
CMP	Coalition mondiale pour la prévention (du VIH/sida)
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTEP	Comité technique d'examen des propositions (Fonds mondial)
DdT	division du travail
DRS	domaines de résultats stratégiques
EAP	enveloppes allouées aux pays
EAU	évaluation axée sur l'utilisation
EBCI	étude biocomportementale intégrée
EG	égalité des genres
EHG	Euro Health Group
EIC	entretiens avec des informateurs clés
EOAC	Europe orientale et Asie centrale
EPI	équipement de protection individuelle
ETII	équipe de travail interinstitutions
GAM	système mondial de suivi de la pandémie de VIH/sida
GGE	groupe de gestion de l'évaluation
GRE	groupe de référence pour l'évaluation
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HSH	homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
ICN	instance de coordination nationale (Fonds mondial)
IST	infection sexuellement transmissible
JPC	jeunes des populations clés
LGBTIQ+	personnes gays, bisexuelles, transsexuelles, intersexuées, queer et autres personnes non binaires
LLO	(initiative) « Lever les obstacles »
MAT	mécanisme d'appui technique
MdS	Ministère de la Santé
MdSP	Ministère de la Santé publique
MIPA	participation significative des personnes vivant le VIH ou affectées par l'épidémie
MNT	maladie non transmissible
MOAN	Moyen-Orient et Afrique du Nord
MON	mode opératoire normalisé
OC	organisation à assise communautaire

ODD	objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
OSC	organisation de la société civile
OSIGEG	orientation sexuelle, identité de genre et expression du genre
PAM	Programme alimentaire mondial
PC	population clé
PEPFAR	Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PON	plan opérationnel national (PEPFAR)
PPB	Pharmacy and Poisons Board (agence de réglementation des médicaments au Kenya)
PrEP	prophylaxie préexposition
PRITI	pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure
PSN	plan stratégique national
PVVIH	personne vivant avec le VIH
QE	question d'évaluation
S&E	suivi et évaluation
S(D)SP	santé (et droits) en matière de sexualité et de procréation
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SSPC	système de suivi du Programme commun
TAR	traitement antirétroviral
TB	tuberculose
TdC	théorie du changement
TdR	termes de référence (mandat)
TG	personne transgenre
TS	travailleuses et/ou travailleurs du sexe
TSO	traitement de substitution aux opiacés
UBRAF	Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VFG	violence fondée sur le genre
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Résumé analytique

Alors que la riposte au VIH a connu des avancées majeures à l'échelle mondiale comme dans les pays depuis l'apparition des premiers cas de sida il y a 40 ans, les progrès accomplis restent cependant inégaux et, dans certains contextes, totalement insuffisants pour répondre aux besoins des différentes populations clés, à savoir les travailleuses et travailleurs du sexe, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables et la population carcérale. En 2020, les populations clés représentaient au moins 65 % des nouvelles infections à l'échelle mondiale et 93 % des nouvelles infections en dehors de l'Afrique subsaharienne. Dans ces populations, le constat est le suivant : le nombre des nouvelles infections n'a que peu diminué ; rares sont les programmes de prévention combinée, de dépistage et de traitement qui ont été déployés à grande échelle ; peu de progrès ont été enregistrés vers l'élimination des obstacles qui empêchent ces populations d'accéder aux services de santé et de lutte contre le VIH dont elles ont besoin.

Objectif et champ de l'évaluation

Cette évaluation avait pour but d'apprécier la pertinence, la cohérence, l'efficacité et l'équité du soutien apporté par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) aux populations clés dans les pays. L'évaluation a été conçue à des fins de responsabilisation et d'apprentissage organisationnel. Les conclusions de ce travail et les recommandations qui en découlent visent, d'une part, à améliorer la programmation de l'ONUSIDA pour les populations clés dans le cadre du nouvel UBRAF 2022-2026 (Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités), et d'autre part, à accélérer la concrétisation des objectifs

et résultats stratégiques contenus dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.

Approche et méthodes de l'évaluation

Durant la phase initiale de l'évaluation, une théorie combinée du changement a été élaborée afin d'expliquer comment et pourquoi les activités du Programme commun de la période *Fast-Track* (c.-à-d. la période couverte par la Stratégie d'accélération de la riposte au VIH) allaient atteindre les résultats souhaités et contribuer aux résultats intermédiaires, y compris en ce qui concerne la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026. La théorie du changement a fourni le cadre d'analyse global, orienté le protocole d'évaluation et éclairé la formulation de 10 questions visant à examiner la pertinence, la cohérence, l'efficacité et la viabilité du travail de l'ONUSIDA auprès des populations clés.

Les éléments utilisés pour procéder à l'évaluation ont été rassemblés principalement par le biais d'études de cas menées dans six pays choisis selon des critères géographiques et épidémiologiques, à savoir, le Cameroun, le Kenya, le Pérou, la Thaïlande, la Tunisie et l'Ukraine. Une méthodologie standard – examen de documents et entretiens avec des informateurs clés – a été adoptée pour cette évaluation. En raison de la pandémie de COVID-19, presque tous ces entretiens se sont déroulés de manière virtuelle. En plus des données recueillies grâce aux études de cas, d'autres données factuelles ont été produites aux niveaux mondial et régional, qui ont permis de contextualiser les conclusions des évaluations menées dans les pays.

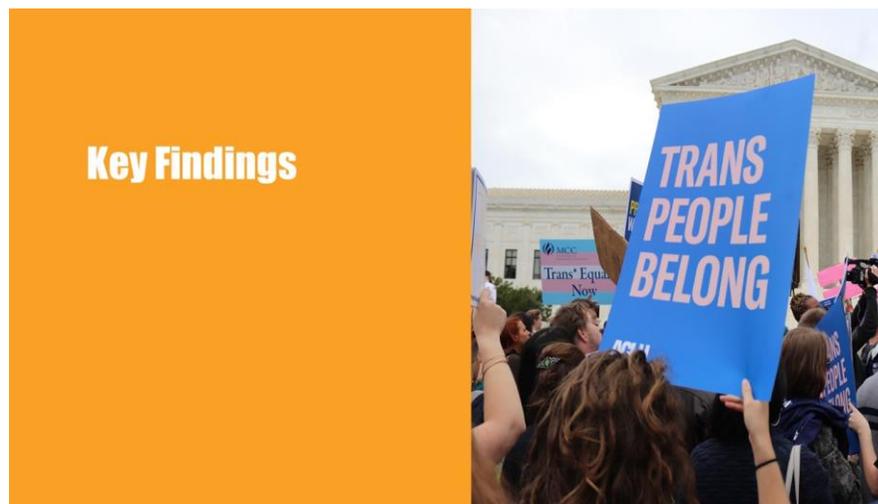
Les populations clés ont été impliquées dans toutes les phases de l'évaluation. Des représentants des réseaux mondiaux de PC ont ainsi contribué à l'élaboration de la méthodologie et à la formulation des conclusions, tandis que des représentants des organisations et réseaux de PC des pays concernés ont participé aux études de cas. Tous les groupes ont contribué à la révision des études de cas et du rapport mondial. Un groupe de référence, composé de représentants des coparrainants de l'ONUSIDA et des réseaux mondiaux de populations clés, a suivi l'avancement de l'évaluation et contribué au rapport final.

Limites de l'évaluation

Parmi les limites de l'étude, on peut citer les deux suivantes : le peu de temps disponible pour examiner le volume important de la documentation produite par le Programme commun aux niveaux mondial et national au cours des quatre dernières années ; la nécessité de produire un cadre d'évaluation et une théorie du changement qui englobent non seulement l'ensemble des problématiques propres à chaque population clé, mais aussi les différentes stratégies et les modes de fonctionnement différents des coparrainants du Programme commun. Selon certains, le rapport aurait gagné en inclusivité et reflété davantage la vaste expérience du Programme commun si du temps et des ressources supplémentaires avaient été accordés pour réaliser d'autres études de pays. Toutefois, la principale contrainte a été imposée par la pandémie de COVID-19, qui a empêché les déplacements à destination et à l'intérieur des pays étudiés. Cette situation a obligé à organiser presque tous les entretiens de manière virtuelle et compliqué les réunions de groupe avec des bénéficiaires des activités au niveau national. Il n'a pas été possible de joindre tous les informateurs clés qui auraient pu être interrogés. Il se peut que certains n'aient pas pu se rendre disponibles ou n'aient pas répondu aux demandes d'entretien à cause de la pandémie. Cela signifie également que les responsables des

équipes d'évaluation mondiale et nationales n'ont pas pu se rencontrer en personne pour des séances de remue-méninges, de retours d'expérience et d'analyse, autant d'éléments qui font généralement partie de ce type d'évaluation.

Malgré ces limites, les documents examinés, les entretiens menés avec des informateurs clés et les discussions de groupe organisées ont permis de rassembler une grande quantité de données factuelles. Le rapport mondial et les études de cas, dont les conclusions et les recommandations sont résumées ci-après, sont riches en informations importantes.



Domaine de travail	Résumé
<i>Constat global aux niveaux mondial et régional</i>	<p>Bien que la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 fasse référence aux populations clés, il se peut – à cause du vaste champ couvert par cette stratégie – qu'elle n'accorde pas suffisamment la priorité à ces populations si l'on considère leur contribution à l'incidence du VIH dans la plupart des régions du monde.</p> <p>Des actions de plaidoyer doivent être menées afin d'orienter les ressources sur les pays et les populations clés dans lesquels la transmission du VIH n'est pas encore maîtrisée et qui nécessitent la mise en œuvre d'interventions plus spécifiques et plus ciblées.</p>

Domaine de travail	Résumé
	<p>Le Programme commun joue un rôle précieux en fournissant des directives, des documents d'orientation, des données sur les populations clés et des conseils techniques, et en plaidant pour la mobilisation de ressources. La collaboration avec le Fonds mondial et le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) a bénéficié de ce soutien et influé sur les programmes et les stratégies de ces deux donateurs concernant les populations clés.</p> <p>La Coalition mondiale pour la prévention du VIH (CMP) et le mécanisme d'appui technique (MAT) de l'ONUSIDA sont tous deux impliqués dans les actions menées pour les populations clés. Cependant, la CMP pourrait faire plus et le MAP est sous-utilisé dans certains domaines cruciaux comme l'amélioration des données, le renforcement des capacités des associations et réseaux de populations clés ou la recherche d'un financement pérenne.</p> <p>Avec l'aide des équipes d'appui aux régions, la question du soutien aux populations clés a partout été incluse dans les stratégies régionales en tant qu'élément important de la riposte au VIH, et se retrouve à divers degrés dans les programmes nationaux. L'analyse de l'évolution des programmes destinés aux populations clés dans les différentes régions au cours des quatre dernières années a été limitée par les lacunes inhérentes au système de suivi du Programme commun (SSPC).</p>
Pertinence, harmonisation et alignement <i>(synthèse des réponses apportées aux questions d'évaluation n° 1 et n° 3)</i>	<p>Les populations clés ne sont pas systématiquement associées aux processus d'élaboration des plans annuels du Programme commun. De plus, l'évaluation des besoins des populations clés d'un pays ne dicte pas toujours la hiérarchisation des activités du Programme commun dans le pays concerné.</p> <p>L'accent est davantage mis sur des activités programmatiques plus générales – plus ou moins pertinentes pour les populations clés – que sur des activités destinées à des populations clés particulières. Il apparaît clairement que les activités destinées aux populations clés pourraient remonter dans l'ordre des priorités.</p> <p>La combinaison d'activités n'exploite pas nécessairement l'avantage comparatif des coparrainants, mais reflète les niveaux de capacité des différentes institutions à soutenir des programmes destinés aux populations clés.</p> <p>Les systèmes et services destinés aux populations clés ainsi que l'amélioration de l'environnement pour les PC sont l'objet d'une attention plus marquée que la pérennisation de financements indispensables à la poursuite de programmes existants pour ces populations.</p>
Droits humains, égalité des	<p>La prise en compte des droits humains et de l'égalité des genres apparaît clairement dans la conception des activités du Programme commun, celles-ci comportant des volets portant sur les droits</p>

Domaine de travail	Résumé
genres et populations clés plus vulnérables <i>(synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 2)</i>	<p>humains des populations clés et l'amélioration de l'environnement pour ces populations, qui dépassent souvent la seule problématique du VIH/sida.</p> <p>Alors que toutes les populations clés sont marginalisées, il ressort des études de pays que les jeunes de ces populations, les personnes transgenres et la population carcérale bénéficient d'une attention moindre.</p> <p>Les définitions actuelles des populations clés ne reflètent pas de manière satisfaisante la diversité de ces populations, ni le caractère intersectionnel des vulnérabilités et des besoins d'une population à l'autre ou au sein même d'une population. Cette situation a une incidence sur la pertinence et l'efficacité du travail effectué par le Programme commun auprès des populations clés.</p>
Niveau des capacités et des ressources <i>(synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 4)</i>	<p>La capacité du Programme commun à mettre en œuvre des activités pour les populations clés a été fortement diminuée par les coupes budgétaires observées depuis 2016, avec des répercussions sur les dotations en personnel et l'expertise disponible ainsi que sur la portée et l'ampleur des activités.</p> <p>Ces coupes budgétaires ont accéléré le repositionnement des programmes relatifs au VIH et aux PC dans les stratégies et les programmes de travail des coparrainants, avec des programmes sans doute moins axés sur les populations clés.</p> <p>En raison de la nature des activités destinées aux populations clés, il est difficile de mobiliser des ressources autres que celles de l'UBRAF pour financer de telles activités. Les financements extérieurs peuvent favoriser une approche projet par projet, ce qui peut nuire à l'orientation stratégique et à la cohérence des plans élaborés à l'échelle mondiale et dans les pays pour les populations clés.</p> <p>Les directives et orientations concernant l'affectation prioritaire des ressources de l'UBRAF par rapport aux priorités de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 sont peu nombreuses.</p> <p>Les déficits notables de capacité et d'expertise du Programme commun sont les suivants : prévention du VIH ; questions relatives au genre et à la sexualité ; manque de personnel travaillant sur les données ; manque de personnel issu des populations clés, personnes transgenres et jeunes des PC notamment ; peu de personnel possédant une expertise des populations clés dans les pays.</p> <p>Le système de suivi du Programme commun ne peut pas être utilisé pour une programmation stratégique. Il est difficile de se faire une idée du volume des investissements consacrés aux populations clés ainsi que des activités du Programme commun et des résultats obtenus, ce qui pourrait nuire aux futures contributions financières.</p>

Domaine de travail	Résumé
Niveau des capacités et des ressources (synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 6)	Le Programme commun a réussi à mettre en contact les pouvoirs publics et certaines associations issues des populations clés, et favorisé la participation de ces associations aux consultations nationales, aux processus d'élaboration des stratégies et de coordination, et aux instances décisionnaires.
	Toutefois, le rôle joué par le Programme commun dans le renforcement des capacités des organisations de PC varie considérablement selon les pays étudiés. Dans tous les cas, ce rôle est limité par l'insuffisance des ressources financières disponibles, les donateurs bilatéraux et multilatéraux et d'autres bailleurs de fonds faisant beaucoup plus pour renforcer les capacités de ces organisations.
	Des difficultés subsistent pour faire en sorte que les populations clés exercent une réelle influence sur les plans nationaux et les demandes de financement auprès du Fonds mondial, en particulier lorsqu'il s'agit de décider des priorités à financer et de s'assurer que les dotations prévues (p. ex. dans les demandes de financement) débouchent sur des budgets effectivement alloués à des programmes pour les populations clés.
Répondre aux besoins des populations clés dans des situations de crise	Le Programme commun a pris les devants dans la riposte à la COVID-19 avec des initiatives dont certaines visaient à limiter l'impact de la pandémie sur les populations clés. Son action a été facilitée par une flexibilité permettant de réaffecter les fonds de l'UBRAF et par un soutien à des initiatives visant à mobiliser des financements.
humanitaire et durant la pandémie de COVID-19 (synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 7)	Les données d'études de cas disponibles sur la manière dont le Programme commun a répondu aux besoins des populations clés dans des situations de crise humanitaire sont très limitées. Il est donc difficile de déterminer dans quelle mesure les populations clés – telles que définies pour les besoins de cette évaluation – font l'objet d'une attention particulière dans le cadre de l'action humanitaire du Programme commun.
	Certains craignent que le tournant stratégique opéré par le Programme commun pour faire face en même temps au VIH et à la COVID-19 et préparer les pays aux pandémies ne réduise l'intérêt porté aux programmes de lutte contre le VIH, et particulièrement aux programmes axés sur les populations clés, à un moment où ceux-ci devraient au contraire être déployés à plus grande échelle.
Cibles et contributions (synthèse des réponses apportées aux questions)	S'il est globalement facile de trouver des données factuelles sur les activités du Programme commun, il est en revanche plus difficile de trouver des éléments probants concernant les résultats obtenus et les progrès réalisés dans le cadre de ces activités.
	Il est prouvé que les activités menées dans le cadre du Programme commun ont permis d'intégrer des données factuelles actualisées

Domaine de travail	Résumé
d'évaluation n° 5 et n° 8)	dans les politiques, les documents d'orientation et les modèles de mise en œuvre, ce qui contribue à améliorer les modes de prestation de services ou à accroître l'offre de services destinés aux populations clés.
	Les activités du Programme commun ont également permis d'améliorer les connaissances juridiques et politiques des membres d'associations de populations clés, ce qui a facilité le plaidoyer et la mobilisation des communautés en faveur de réformes politiques et législatives. Si le travail sur les droits humains éclaire l'élaboration des stratégies et des politiques sur le VIH, les progrès ont été lents pour ce qui est des réformes législatives et des changements politiques nécessaires pour rendre l'environnement plus favorable.
	Par rapport aux résultats intermédiaires n° 2 et n° 3, et à l'exception de la Thaïlande et de l'Ukraine, moins d'activités centrées sur la mise en place de mécanismes de financement et de programmation pérennes pour les populations clés ont été mises en œuvre, ce qui représente une lacune stratégique.
Réaction aux facteurs contextuels et pérennité des résultats (synthèse des réponses apportées aux questions d'évaluation n° 9 et n° 10)	Les données mondiales et nationales sur la manière dont le Programme commun réagit aux facteurs contextuels sont limitées. Toutefois, dans le cas d'épidémies concentrées dans les populations clés et parvenues à leur phase d'état, le Programme commun répond aux enjeux de pérennisation des programmes destinés à ces populations.
	Alors que des mécanismes de financement et de programmation pérennes sont jugés essentiels à l'échelle mondiale pour soutenir les actions menées par les populations clés, cela n'a pas été un domaine de travail prioritaire pour les équipes communes des Nations Unies dans les pays étudiés.
	De nombreuses stratégies de transition ont échoué faute d'une prise en main suffisante des programmes par le gouvernement. Le caractère ambitieux, mais indicatif de ces stratégies a peu de chances de déboucher sur une pérennisation des financements.
	Concernant les programmes destinés aux populations clés, il importe de : 1) pérenniser le soutien des donateurs à ces programmes ; 2) plaider pour une augmentation de la part de ces programmes financée avec des ressources nationales ; 3) soutenir les efforts visant à intégrer ces programmes et leur financement dans la couverture sanitaire universelle.

CONCLUSIONS



Le constat global de l'évaluation – qui est commun aux différents pays étudiés et qui s'appuie sur les documents examinés et les entretiens menés avec des informateurs clés aux niveaux mondial et régional – amène les conclusions suivantes, dont la plupart ne sont pas isolées, mais ont au contraire une incidence sur les autres.

- 1. L'ONUSIDA est une organisation très respectée dont le rôle a été déterminant pour élaborer et soutenir des actions destinées aux populations clés. Cependant, son rôle dans le plaidoyer en faveur de réformes législatives fondées sur les droits humains est perçu comme amoindri.**

Le Programme commun est un acteur essentiel de la riposte au VIH dans les pays, un acteur dont la neutralité lui confère le pouvoir de réunir des représentants du gouvernement et de la société civile autour de la table des discussions. Cependant, en tant que défenseur des droits des populations clés et des actions menées pour ces populations dans la riposte au VIH, l'impression qui semble dominer est celle d'une voix neutre insuffisamment exploitée et d'un

Programme commun devenu moins visible et proactif ces dernières années dans son plaidoyer en faveur de toutes les populations clés.

Au vu des données les plus récentes – au moins 65 % des nouvelles infections par le VIH se produisent dans les populations clés – et compte tenu des contextes de plus en plus conservateurs dans lesquels le Programme commun doit opérer, il est urgent d'intensifier ces actions de plaidoyer. Le Programme commun, en collaboration avec les populations clés, est bien placé pour : intensifier son action de plaidoyer qui vise à faire évoluer des environnements juridiques répressifs ; faire campagne en faveur de mesures plus fortes pour faire reculer la stigmatisation et la discrimination que subissent ces populations ; défendre le droit pour ces populations d'accéder aux services.

- 2. Compte tenu du centrage de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida sur les inégalités, l'augmentation du nombre des nouvelles infections dans les populations clés plaide fortement en faveur d'une priorité accrue accordée aux programmes axés sur ces populations.**

Chez certains coparrainants, les programmes de lutte contre le VIH ont été repositionnés sur le plan stratégique avec une intégration accrue de ces programmes dans les activités de base de l'institution, y compris les programmes destinés aux populations clés – un repositionnement qui a nécessité de faire des concessions quant à la pertinence de tels programmes pour ces populations. Les coupes budgétaires ont eu un impact majeur sur les ressources humaines et financières du Programme commun dans son ensemble, avec des effets sur la capacité de la plupart des institutions à maintenir au même niveau leur appui aux programmes de lutte contre le VIH et pour les populations clés. Pourtant, les données sur les nouvelles infections dans les populations clés et l'importance accordée à la lutte contre les inégalités dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 nécessitent de se concentrer davantage sur ces populations dans le

travail du Programme commun. Ceci est un impératif, car des données montrent que l'incidence élevée du VIH dans les populations clés ne se limite pas aux pays hautement prioritaires (pays visés par l'initiative d'accélération de la riposte et membres de la Coalition mondiale pour la prévention). On observe en effet le même phénomène dans des petits pays assez peu touchés globalement, ainsi que dans des pays à revenu intermédiaire qui ne peuvent plus prétendre à des financements des donateurs ou qui sont en passe de s'en affranchir (phase de transition).

3. Il est possible de renforcer la pertinence et l'impact du travail de l'ONUSIDA pour les populations clés grâce à des processus de planification inclusifs et en mettant davantage l'accent sur certaines populations clés dans les interventions du Programme commun.

Il est possible d'améliorer la responsabilité de l'ONUSIDA ainsi que la pertinence et les résultats du soutien qu'il apporte, en consultant les populations clés dans le cadre des processus de planification annuelle de l'Équipe commune des Nations Unies sur le sida (équipe commune) et en veillant à ce que les ressources du Programme commun soient affectées selon des priorités établies à partir d'évaluations stratégiques actualisées des besoins des pays. Par ailleurs, les plans, documents de stratégie, systèmes et mécanismes du Programme commun (tels que le système de suivi du Programme commun [SSPC] et le mécanisme d'appui technique [MAP]) ne différencient pas toujours suffisamment les populations clés d'autres populations prioritaires et vulnérables. Le fait de ne pas définir clairement les populations clés et de ne pas se conformer systématiquement aux définitions, notamment par rapport à d'autres « populations prioritaires et vulnérables », peut entraîner une dilution des fonds alloués aux populations clés, donnant ainsi l'impression que les activités axées sur ces populations sont plus nombreuses qu'elles ne le sont peut-être en réalité. Lors de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, il sera important de rééquilibrer les plans et d'augmenter la part des activités qui concernent explicitement les populations clés tout en mettant

davantage l'accent sur ces populations dans le travail de programmation de manière générale.

Une ventilation plus poussée des données par population clé est également nécessaire. La dénomination actuelle de ces populations ne permet pas de saisir la complexité des identités individuelles et communautaires, ni la nécessité de répondre aux vulnérabilités et aux besoins intersectionnels de personnes appartenant à une ou plusieurs populations clés. Cet aspect sera important pour intensifier l'offre de services « centrés sur la personne » et le recours à de tels services adaptés en fonction des besoins.

4. Le Programme commun s'est davantage attaché à soutenir des services et des systèmes pour les populations clés et à remédier aux obstacles structurels qui empêchent ces populations d'accéder aux services, et moins à assurer la viabilité programmatique et financière des actions menées par les populations clés elles-mêmes.

Les résultats de l'évaluation plaident en faveur d'un équilibre des investissements entre, d'une part, la poursuite et l'intensification des programmes de lutte contre le VIH axés sur les populations clés, et d'autre part, l'intégration des services de lutte contre le VIH, y compris dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU), en mettant davantage l'accent sur les populations clés et en les adaptant à leurs besoins spécifiques. Cependant, dans de nombreux pays, la programmation et l'orientation stratégique du Programme commun concernant les populations clés ne sont pas encore adaptées aux nouvelles initiatives visant à mettre en place une couverture sanitaire universelle – des initiatives auxquelles participent rarement les communautés touchées par le VIH et les populations clés.

Il est probable que la pandémie de COVID-19 aura une incidence sur les réalisations de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida. Bien qu'il existe des complémentarités entre les actions menées contre le VIH et contre la COVID-19, le Programme commun devrait établir des priorités

dans sa mission pour faire en sorte que la lutte contre le VIH et les actions orientées sur les populations clés restent au premier plan dans la riposte générale à la pandémie.

- 5. Dans de nombreux contextes, les actions et les programmes dirigés par la communauté n'ont pas encore été intégrés ou déployés à grande échelle dans la riposte nationale au VIH. La participation des associations de populations clés à la planification et à la mise en œuvre des activités du Programme commun ainsi qu'aux processus nationaux de planification et de mobilisation de fonds reste variable, et ne doit pas être considérée comme la réalisation de l'objectif d'une programmation dirigée par la communauté.**

Bien que les membres du Programme commun aient aidé à créer et à mobiliser des associations et des réseaux de populations clés et facilité leur participation aux processus décisionnels nationaux, les études de cas révèlent de grandes différences dans le degré de participation des populations clés à ces processus. Il reste à faire en sorte que la participation des populations clés aux instances de coordination nationale ou aux processus de financement des stratégies nationales et des programmes soutenus par le Fonds mondial ait une véritable influence et se traduise par l'affectation des ressources et des budgets nécessaires pour mettre en place des services dirigés par la communauté à grande échelle.

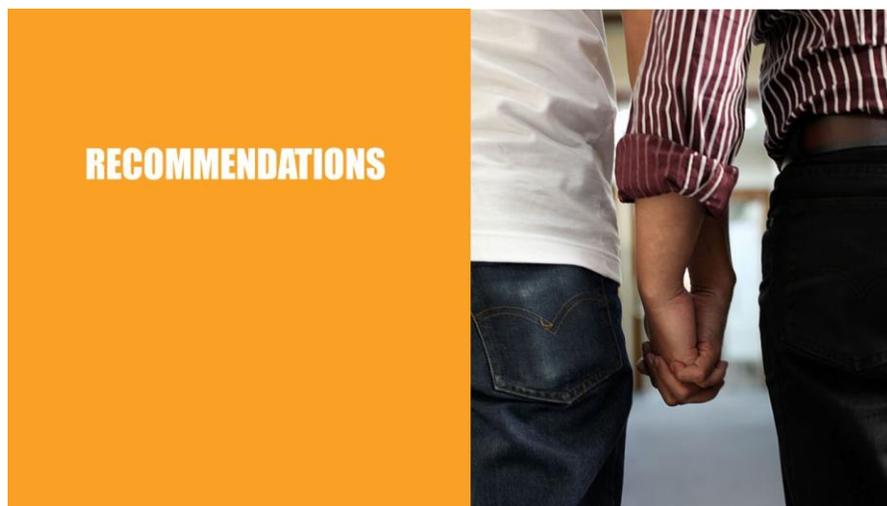
La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 fixe une cible ambitieuse en ce qui concerne la prestation de services de prévention du VIH proposés aux populations clés par des organisations dirigées par la communauté. Ces organisations sont de plus en plus sollicitées alors que le soutien qui leur est apporté tend à diminuer. Or, pour que les associations de populations clés puissent jouer un rôle plus important dans la conduite des actions menées contre le VIH, elles auront besoin

de ressources suffisantes (humaines et financières) et d'une capacité de gestion renforcée. Dans le cadre de la division du travail (DdT) révisée de l'UBRAF 2022-2026, l'autonomisation des organisations dirigées par la communauté est une tâche qui incombe au Secrétariat et à l'ensemble des coparrainants. Il est primordial de comprendre ce que cette répartition des responsabilités implique pour le Programme commun et comment celle-ci va se concrétiser chez les coparrainants, dans la mesure où cela représente la prochaine étape indispensable pour avancer dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.

- 6. Le système de suivi du Programme commun (SSPC) ne rend pas compte des activités destinées aux populations clés de manière satisfaisante. Les ressources ont globalement diminué, et il est difficile de déterminer le niveau des investissements consacrés aux populations clés de même que les résultats de ces investissements.**

Dans la plus grande partie des données communiquées, que ce soit dans le SSPC ou dans les budgets et les plans des pays, aucune distinction n'est faite entre les différentes populations clés qui sont traitées comme une entité homogène au sein de laquelle le risque d'infection serait identique pour toutes ces populations. La qualité médiocre des données de suivi et des rapports, la communication partielle des informations relatives aux investissements consacrés aux populations clés selon les sources de financement et les réalisations « distinctes » de celles du Programme commun sont autant de raisons pour lesquelles il n'est pas facile de distinguer, suivre et décrire de manière systématique les résultats du travail effectué par le Programme commun pour les populations clés. Alors que la riposte au VIH peine à rester une priorité pour les donateurs et qu'il importe de préserver des financements internationaux pour continuer à travailler avec les populations clés, toute difficulté à formuler clairement les

résultats obtenus pourrait conduire à de nouvelles baisses des contributions financières au Programme commun. Des ressources moindres auraient alors un impact négatif sur les actions menées contre le VIH et pour les populations clés, à un moment où des mesures supplémentaires devraient être prises si l'on veut atteindre les cibles énoncées dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.



Les recommandations suivantes visent à promouvoir le positionnement des activités mises en œuvre pour et avec les populations clés, pour faire en sorte que les programmes destinés à ces populations deviennent un élément central du travail effectué par le Programme commun durant la période 2021-2026. Le succès dépendra en grande partie de la volonté des coparrainants de collaborer et de la capacité du Programme commun à combler l'écart entre, d'un côté, les engagements pris et les politiques élaborées au niveau mondial, et de l'autre, le soutien apporté aux populations clés dans les pays pour mettre en œuvre des actions.

Recommandation n° 1 : Placer rapidement le travail effectué pour et avec les populations clés en tête des priorités et en faire un axe stratégique (Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA)

- 1.1 Sélectionner, à partir de données épidémiologiques, un ensemble de pays prioritaires dans lesquels accélérer l'élaboration de programmes pour les populations clés, et prévoir les ressources et les capacités correspondantes. Concevoir et tester une série de produits et d'indicateurs pour mesurer la progression du travail effectué par le Programme commun dans ces pays.
- 1.2 Faire participer systématiquement toutes les populations clés de manière égale aux travaux du Programme commun, notamment des représentants des populations les plus délaissées – personnes transgenres, consommateurs de drogues injectables et jeunes des PC –, et mettre au point différentes stratégies pour obtenir la participation de personnes incarcérées.
- 1.3 Formuler des définitions claires qui différencient les populations clés des « autres populations vulnérables » et s'entendre sur ces définitions avec tous les acteurs du Programme commun et les partenaires financiers. Différencier par ailleurs systématiquement les populations clés entre elles. Faire en sorte que cette différenciation entre en vigueur – stratégies, plans, programmation et rapports à tous les niveaux du Programme commun – et travailler avec les partenaires pour s'assurer qu'elle est utilisée de manière systématique.
- 1.4 Donner une priorité accrue au financement des programmes destinés aux populations clés dans les directives de l'UBRAF et renforcer les mécanismes de contrôle de la cohérence des plans nationaux. Veiller à ce que les fonds soient alloués sur la base d'évaluations stratégiques des besoins des pays fondées sur des données. Faire des organisations dirigées par des populations clés des partenaires prioritaires pour planifier, suivre et mettre en œuvre les activités du Programme commun, y compris pour affecter les fonds de l'enveloppe allouée au

pays.

- 1.5 Intensifier le plaidoyer en faveur des populations clés et se poser en fervent défenseur des droits de ces populations dans tous les contextes, en plaidant avec force pour la dépénalisation (des modes de vie, comportements, activités, etc.), la prise en compte de l'identité et de la diversité de genre, le financement de services de prévention, les actions menées par les communautés et l'utilisation de données pour orienter la programmation. Collaborer en tant que partenaires égaux avec les populations clés pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies de plaidoyer.

Recommandation n° 2 : Renforcer l'appui aux programmes dirigés par la communauté *(Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA)*

- 2.1 Élaborer des orientations, politiques internes et mécanismes de contrôle clairs pour s'assurer, d'une part, que les responsabilités concernant les programmes dirigés par la communauté sont bien comprises dans l'ensemble du Programme commun, y compris aux niveaux régional et national, et d'autre part, que la programmation est cohérente avec le contenu et les cibles de Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.
- 2.2 Formuler des directives qui tiennent davantage compte de la diversité des populations clés et des besoins intersectionnels des personnes appartenant à une ou plusieurs de ces populations, et former le personnel à la problématique du genre et de la sexualité.
- 2.3 Étoffer la collaboration avec des organisations communautaires chargées de la mise en œuvre et intensifier le soutien apporté à ces organisations afin de renforcer leur capacité à proposer des services. Soutenir également la recherche, le suivi et la production de données effectués par les communautés, ainsi que l'utilisation des données produites dans les systèmes nationaux.

- 2.4 Renforcer la responsabilité envers les populations clés en veillant à la participation des communautés, mais aussi en exerçant une influence sur la planification stratégique nationale et sur la définition des priorités dans les demandes de financement présentées au Fonds mondial – de la phase d'élaboration de la demande jusqu'à l'octroi de la subvention –, afin de s'assurer, d'une part, que les ressources limitées consacrées à la lutte contre le VIH sont affectées à des programmes à fort impact destinés aux populations clés, et d'autre part, que les allocations prévues se traduisent par des lignes budgétaires.

Recommandation n° 3 : Œuvrer davantage pour la viabilité financière et programmatique des actions menées par les populations clés *(Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA)*

- 3.1 Accroître la coopération et le dialogue avec les parties prenantes, plateformes et instances traitant de la couverture sanitaire universelle. Soutenir la consultation des populations clés et la participation de ces différentes populations et de leurs réseaux à ces instances.
- 3.2 Conseiller et appuyer davantage des solutions pour faciliter l'accès à des services assurés par la communauté et adaptés aux différentes populations clés dans divers contextes en s'appuyant sur des régimes de couverture universelle et des modèles de contractualisation des organisations de la société civile.
- 3.3 Intensifier l'appui technique destiné à aider les pays à planifier le financement pérenne de services pour les populations clés sans dépendre de financements extérieurs.
- 3.4 Intégrer et maintenir les systèmes et services efficaces imaginés et mis en place durant la pandémie de COVID-19 et étudier des possibilités de renforcer la viabilité des programmes.

Recommandation n° 4 : Accélérer la production de données pour élaborer des programmes destinés aux populations clés, y compris dans le cadre du système de suivi du Programme commun (Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA)

- 4.1 Augmenter rapidement la quantité de données programmatiques disponibles en repérant et en comblant les manques concernant les populations clés, notamment les estimations de la taille de certaines populations – consommateurs de drogues injectables, personnes transgenres, divers groupes de jeunes des populations clés, détenus – toutes les données devant être ventilées par sexe et par âge.
- 4.2 Revoir le SSPC pour ce qui est des programmes destinés aux populations clés et renforcer l'assurance de la qualité des données et des rapports. Mettre en œuvre un système permettant d'identifier les investissements consacrés aux populations clés, quelles que soient les sources de financement.
- 4.3 Encourager l'utilisation et l'adaptation de la théorie du changement remaniée comme modèle pour concrétiser et suivre la mise en œuvre des programmes destinés aux populations clés par les équipes de pays, les associations de PC et d'autres partenaires.

Recommandation n° 5 : Renforcer l'efficacité opérationnelle du travail effectué par le Programme commun pour et avec les populations clés (Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA)

- 5.1 Doubler la durée du cycle de planification et de décaissement de l'UBRAF en passant d'un à deux ans, afin de pouvoir planifier et affecter les financements de manière plus stratégique.
- 5.2 Suivre l'utilisation et l'adoption des orientations élaborées par l'ONUSIDA concernant les programmes destinés aux populations clés,

afin de s'assurer de la pertinence et de la valeur ajoutée des documents et produits du Programme commun.

- 5.3 Renforcer et étoffer la fonction de suivi et d'apprentissage du Programme commun, notamment par les moyens suivants :
 - Accumuler des preuves des résultats du travail effectué par le Programme commun auprès des différentes populations clés ainsi que des données montrant comment ce travail a accéléré certaines évolutions.
 - Aider des partenaires comme le Fonds mondial en partageant des enseignements communs.

1 Contexte, objectif et champ de l'évaluation

Alors que la riposte au VIH a connu des avancées majeures à l'échelle mondiale comme dans les pays depuis l'apparition des premiers cas de sida il y a 40 ans, les progrès accomplis restent inégaux et, dans certains contextes, totalement insuffisants pour répondre aux besoins des différentes populations clés, à savoir les travailleuses et travailleurs du sexe, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables et la population carcérale¹.

Dans le cahier des charges de la présente évaluation, il est indiqué que l'objectif d'une fin de l'épidémie de sida dans le monde à l'horizon 2030 n'est pas atteignable en l'état actuel des choses, notamment à cause de la baisse trop lente du nombre des nouvelles infections dans les populations clés, du déploiement insuffisant des programmes de prévention combinée, de dépistage et de traitement, et de la lenteur des progrès réalisés pour éliminer les obstacles qui empêchent les populations clés d'accéder aux services de santé et de lutte contre le VIH dont elles ont besoin. Les conséquences de ces insuffisances sont les suivantes : en 2020, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient au moins 65 % des nouvelles infections dans le monde et 93 % des nouvelles infections en dehors de l'Afrique subsaharienne².

Selon une étude récente de l'ONUSIDA³, les inégalités entretenues par la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation des populations clés (p. ex. la pénalisation du travail du sexe et des relations homosexuelles) sont la raison pour laquelle les cibles fixées à l'échelle mondiale n'ont pas été atteintes. La plupart du temps, les personnes qui contractent le VIH et qui n'ont pas accès aux services adéquats appartiennent à des populations clés et vivent dans des environnements où l'absence de volonté politique et l'insuffisance des financements – en plus de lois et de politiques restrictives – limitent particulièrement leur accès aux soins. Par ailleurs, l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes, les produits et les services de santé a encore plus entravé les progrès. Il est admis que, pour mettre fin à l'épidémie de sida, il faut s'atteler plus fortement à faire baisser l'incidence du VIH, d'où la nécessité de répondre en priorité aux besoins et aux préoccupations des populations clés.

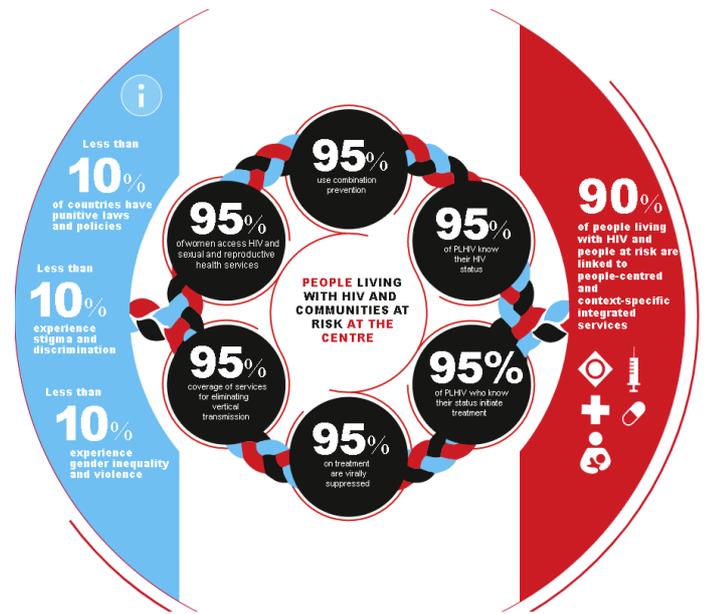
¹ Les populations clés mentionnées ici sont définies dans le cahier des charges de l'évaluation et ont été approuvées dans le rapport initial. Se reporter également à la note de bas de page n° 8 pour une définition des populations clés les plus « vulnérables ».

² Données de l'ONUSIDA, 2020 (en anglais). https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf

³ [EXAMEN DES DONNÉES – Mise en œuvre de la stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA : accélérer l'éradication du sida](#)

Figure 1 : Cibles de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida

La réduction des inégalités qui continuent de freiner les progrès dans la riposte au VIH est au cœur de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 intitulée « Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida » (la Stratégie). La Stratégie comprend des cibles de couverture ambitieuses en ce qui concerne les interventions de prévention destinées à toutes les populations clés et pose le principe suivant : « Si l'on s'attaque aux inégalités sous-jacentes, y compris à l'inégalité des sexes, à la stigmatisation et à la discrimination, les résultats en matière de prévention et de traitement s'amélioreront. » Elle comprend également des cibles de couverture ambitieuses pour ce qui est des interventions de prévention qui doivent être mises en œuvre pour les populations clés par des organisations dirigées par la communauté⁴. Partout dans le monde, les pays et les communautés sont censés faire tout leur possible pour atteindre les cibles (cf. Figure 1) et concrétiser les engagements de la Stratégie dans toutes les populations et toutes les tranches d'âge. La Stratégie met l'accent sur des approches centrées sur la communauté et sur l'utilisation de données détaillées pour comprendre pourquoi et pour qui la riposte actuelle au VIH ne produit pas de résultats. Elle contient également un appel à réaffecter les ressources allouées à des interventions peu efficaces.



1.1 Objectif et champ de l'évaluation

Cette évaluation a pour but d'apprécier la pertinence, la cohérence, l'efficacité et l'équité du soutien apporté par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (le Programme commun)⁵ aux populations clés dans les pays. L'évaluation a été conçue à des fins de responsabilisation et d'apprentissage organisationnel. Les conclusions de ce travail et les recommandations qui en découlent visent, d'une part, à améliorer la programmation de l'ONUSIDA pour les populations clés dans le cadre du nouvel UBRAF 2022-2026 (Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités), et d'autre part, à accélérer la concrétisation des objectifs et résultats stratégiques contenus dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.

L'évaluation consiste à examiner le travail effectué par le Programme commun pour répondre aux besoins des populations clés dans le cadre plus large des actions menées contre le VIH dans six pays (**Cameroun, Kenya, Pérou, Thaïlande, Tunisie et Ukraine**) durant la période 2018-2021. L'action menée par le Programme commun aux niveaux mondial et régional est également prise en compte dans ce qu'elle apporte au travail réalisé dans les pays. L'évaluation vise, d'une part, à apprécier le travail et le positionnement du Programme commun par rapport à d'autres parties prenantes, et d'autre part, à mieux comprendre comment le Programme commun interagit avec les acteurs gouvernementaux pour influencer sur la hiérarchie des priorités, améliorer les politiques et rendre

⁴ Pour qu'une organisation soit considérée « dirigée par la communauté », la majorité des personnes qui dirigent ou qui travaillent dans l'organisation (50 % plus 1 au moins) doivent être issues de la communauté concernée.

⁵ Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) rassemble le Secrétariat et les organismes coparrainants de l'ONUSIDA.

l'environnement plus favorable pour les populations clés. Le rôle joué par l'ONUSIDA pour négocier une participation des associations et réseaux de populations clés aux processus décisionnels est également examiné, de même que la manière dont le Programme commun a pu convaincre d'investir en priorité dans des actions destinées aux populations clés dans différents contextes.

L'évaluation porte sur le soutien apporté par le Programme commun aux travailleuses et travailleurs du sexe, aux homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux personnes transgenres, aux consommateurs de drogues injectables, à la population carcérale et aux jeunes appartenant à ces populations. Les aspects suivants ont également été pris en compte : la réponse du Programme commun et des pays aux besoins intersectionnels des personnes appartenant à une ou plusieurs populations clés (principalement les jeunes de ces populations) ; les services destinés aux PC dans des contextes de crise humanitaire ; les services mis en place pour répondre aux besoins des PC dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Ce rapport intègre les commentaires du bureau d'évaluation de l'ONUSIDA, du groupe de référence pour l'évaluation (GRE), du groupe de gestion de l'évaluation (GGE) et des équipes chargées de l'évaluation dans les pays. Le rapport s'appuie sur un travail de collecte et d'analyse de données effectué entre août et novembre 2021.

2 Approche et méthodes de l'évaluation

2.1 Évaluation axée sur l'utilisation (EAU)

L'évaluation est à la fois **rétrospective**, en ce sens qu'elle examine la conception, la mise en œuvre et les résultats des activités menées par le Programme commun pour les populations clés depuis 2018, et **formative**, en ce sens qu'elle oriente l'élaboration et la mise en œuvre de l'UBRAF 2022-2026 avec des conclusions et des enseignements fondés sur des données factuelles. La démarche adoptée est celle d'une évaluation axée sur l'utilisation (EAU)⁶, c'est-à-dire une évaluation conçue pour susciter un engagement et un sentiment d'appropriation chez les utilisateurs visés. Les conclusions et les recommandations sont ainsi plus concrètes et plus précises, et les chances qu'il y soit donné suite sont plus élevées. Dans le cadre de cette approche et conformément au cahier des charges de l'évaluation, la priorité a été donnée aux points de vue des communautés aux besoins desquelles les stratégies et les activités du Programme commun sont censées répondre, notamment en veillant à ce que l'équipe d'évaluation intègre ces points de vue aux niveaux mondial et national et aux différents stades de l'évaluation (conception, mise en œuvre et analyse). Cela s'est fait principalement par :

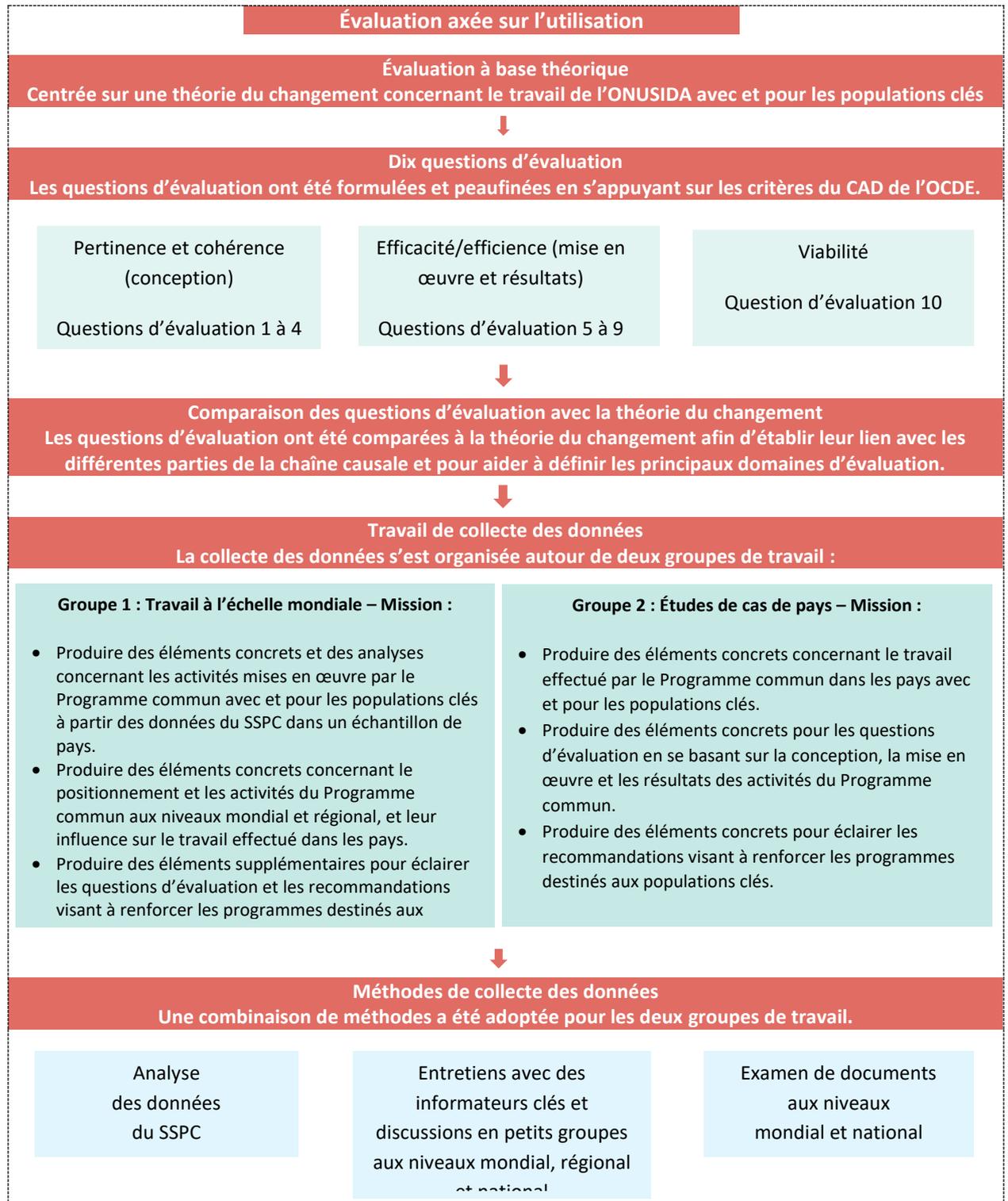
- **La participation au niveau mondial de représentants des réseaux de populations clés**, qui ont agi en tant qu'informateurs clés et conseillers informels de l'équipe d'évaluation principale. Ces représentants ont été interrogés en leur qualité d'experts et/ou contactés régulièrement pour faire un commentaire rapide, fournir des documents pertinents ou donner un point de vue sur les conclusions de l'évaluation, des questions nouvelles ou d'autres interrogations concernant les populations clés apparues pendant la mise en œuvre de l'évaluation. Deux représentants ont participé activement à l'atelier sur les résultats nationaux.
- **La participation au niveau national de représentants** d'au moins deux ou trois populations clés, qui ont dirigé et/ou aidé les responsables des équipes d'évaluation dans les pays pour réaliser les études de cas en collectant des données (en menant des entretiens avec des informateurs clés et/ou en intervenant eux-mêmes en tant qu'informateurs clés). Dans la plupart des cas, les

⁶ Patton MQ, 2002. *Utilization-Focused Evaluation (UFE) Checklist*, consulté le 20 juillet 2014, https://www.betterevaluation.org/en/plan/approach/utilization_focused_evaluation

conclusions et les recommandations des études de cas ont été communiquées aux représentants des populations clés pour recueillir leurs commentaires.

En collaboration avec le bureau d'évaluation de l'ONUSIDA, l'équipe d'évaluation a veillé à ce que les dispositions énoncées dans le cahier des charges concernant la gestion et la gouvernance de l'évaluation soient respectées, notamment la coopération avec le GGE et le GRE à certaines étapes clés du processus.

Figure 2 : Évaluation axée sur l'utilisation



Synthèse et établissement des rapports

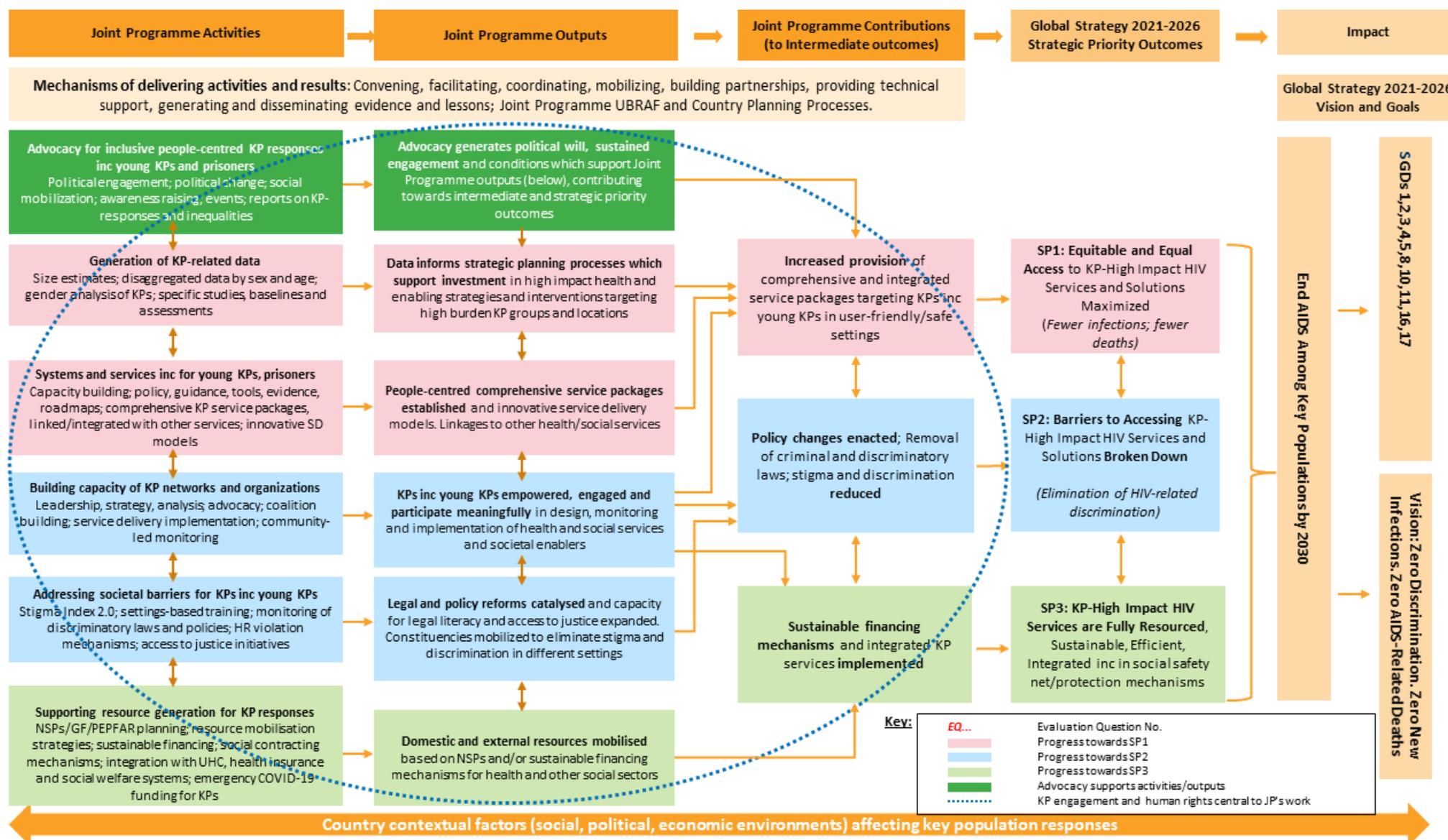
Les résultats provenant des différentes sources de données aux niveaux mondial et national ont été examinés dans le cadre d'un atelier sur les résultats nationaux organisé en novembre 2021. Les éléments, analyses et résultats portant sur les différents pays ont été synthétisés et étayés par les données factuelles collectées à l'échelle mondiale. Les éléments concrets produits à partir de l'ensemble des sources de données ont été examinés et analysés pour répondre aux questions d'évaluation et fournir des pistes de réflexion sur la théorie du changement.

L'évaluation est une évaluation à base théorique qui a nécessité d'élaborer une théorie du changement (cf. Figure 3), laquelle a servi de cadre d'analyse global. Les conclusions de l'évaluation ont servi de base à une version révisée de la théorie du changement et du texte explicatif correspondant (cf. Annexe 3).

Conformément au cahier des charges de l'évaluation, une théorie du changement tenant compte à la fois de la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA et de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 a été élaborée, avec comme documents d'orientation les UBRAF correspondants. **Bien que largement rétrospective, la théorie du changement mélange formulations prospectives, résultats stratégiques et priorités de la nouvelle stratégie.** Lors de l'élaboration de la théorie du changement, l'équipe a particulièrement tenu compte des questions d'harmonisation entre les deux stratégies, notamment :

- Les activités et les produits de la Stratégie et de l'UBRAF 2016-2021 (qui figurent dans les colonnes de gauche de la théorie du changement et qui couvrent la période de l'évaluation).
- Les résultats intermédiaires correspondant aux domaines de résultats stratégiques de la Stratégie et de l'UBRAF 2016-2021 et les domaines de résultats de la nouvelle Stratégie 2021-2026 et de l'UBRAF 2022-2026.
- Les nouveaux domaines de résultats stratégiques prioritaires pour la période 2021-2026, qui ont été inclus pour aider à repérer les insuffisances qui nuisent à la réalisation des nouveaux résultats, et leur impact ultime.
- Les activités de la Stratégie et de l'UBRAF 2016-2021, qui ont été recoupées avec celles de la nouvelle Stratégie et du projet d'UBRAF 2022-2026 pour s'assurer que les principaux domaines d'activité sont pertinents et ont été pris en compte.
- Les trois domaines de résultats stratégiques prioritaires, définis en 2021 pour la nouvelle stratégie à la fin ou après la période d'évaluation, qui ont été recoupés avec les résultats souhaités de la précédente stratégie 2016-2021, adaptés (moins d'infections, moins de décès, élimination de la discrimination liée au VIH) et indiqués dans la théorie du changement.

Figure 3 : Théorie du changement



La théorie du changement décrit les relations entre, d'un côté, les activités et les interventions du Programme commun, et de l'autre, les changements et les résultats que celles-ci sont censées produire concernant la riposte au VIH dans les populations clés. La théorie du changement englobe dix questions d'évaluation fondées sur une version modifiée des critères d'évaluation du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD de l'OCDE)⁷. Ces questions ont été définies, précisées et associées à la théorie du changement conformément au rapport initial de l'évaluation (cf. Tableau 1).

Afin de produire des éléments concrets pour les questions d'évaluation, des hypothèses ont été formulées pour chaque question quant à la façon dont le changement devrait se produire, ce qui a facilité la collecte, l'analyse et la synthèse des données et des éléments issus des diverses sources. La théorie du changement constitue également le fondement des hypothèses, des indicateurs et des sources de données du cadre d'évaluation (cf. Annexe 4). Elle structure en outre les outils de collecte des données – y compris les documents à examiner –, les questions-guides et le format des rapports d'études de cas et de l'atelier sur les résultats nationaux. Durant la phase de synthèse et d'établissement des rapports, le travail a consisté principalement à valider ou réfuter les hypothèses de la théorie du changement, à établir un constat étayé par les données issues de l'ensemble des sources, et à formuler des conclusions et des recommandations. La figure 3 représente la version définitive de la théorie du changement, « validée » suite aux modifications apportées sur la base des résultats de l'évaluation. Le texte explicatif actualisé figure dans l'annexe 3.

Tableau 1 : Les dix questions de l'évaluation

	QE	Question d'évaluation
Pertinence et cohérence (Contenu : élaboration)	1	Dans quelle mesure les activités du Programme commun sont-elles pertinentes pour répondre aux besoins et aux priorités de chaque population clé ?
	2	Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il pris en compte les droits humains, l'égalité des genres et les populations clés les plus vulnérables ⁸ dans la conception et le choix des activités mises en œuvre ?
	3	Dans quelle mesure les activités de l'ONUSIDA sont-elles harmonisées et alignées, que ce soit <i>au sein</i> du Programme commun ou <i>à l'extérieur</i> , avec les interventions d'autres acteurs dans le pays ?
	4	Dans quelle mesure les compétences, les capacités et les ressources du Programme commun sont-elles adaptées pour travailler avec et pour les populations clés ?
Efficience et efficacité (Méthode : mise en œuvre et résultats)	5	Jusqu'à quel point le Programme commun met-il en œuvre les activités s'adressant aux populations clés et concrétise-t-il les réalisations (produits) figurant dans l'UBRAF ? Quels aspects doivent encore être renforcés et pourquoi ?
	6	Jusqu'à quel point les activités du Programme commun sont-elles efficaces pour mobiliser les organisations et réseaux dirigés par des populations clés et leur donner les moyens de suivre et contrôler les politiques et programmes ainsi que la mise en place des services ?

⁷ <https://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-cad-evaluation.htm>

⁸ Certains documents font référence aux populations clés « les plus vulnérables ». Toutes les populations clés peuvent être considérées comme « vulnérables ». Cependant, pour les besoins de cette évaluation, et pour répondre au problème d'équité soulevé dans le cahier des charges, nous considérons que les populations clés « les plus vulnérables » regroupent des personnes exposées au risque d'infection pour plusieurs raisons, par exemple : les jeunes des populations clés ; les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ou les consommateurs de drogues qui font également commerce du sexe ; les populations clés les moins accessibles (p. ex. qui vivent dans des zones de conflit). Il existe également d'autres facteurs de vulnérabilité concourants comme le niveau de revenu ou le niveau d'instruction. Par ailleurs, selon les pays, une population clé pourra être considérée ou non comme « plus vulnérable » selon qu'elle a été prise en compte ou non dans des changements législatifs récents. Ainsi, la stigmatisation et la discrimination pourront avoir reculé pour une population clé (p. ex. les HSH) et rester fortes pour une autre (p. ex. les personnes transgenres).

QE		Question d'évaluation
	7	Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il été efficace pour répondre : a) aux besoins des populations clés dans des situations de crise humanitaire ; b) aux besoins essentiels des populations clés durant la pandémie de COVID-19 ?
	8	Dans quelle mesure le Programme commun contribue-t-il efficacement aux résultats intermédiaires, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> ■ La prestation généralisée de services complets pour les populations clés, notamment les plus vulnérables ? ■ La promotion des droits humains et de l'égalité des genres, l'abolition ou la limitation des lois répressives et discriminatoires, et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination ? ■ Des mécanismes de financement et de programmation pérennes pour les populations clés ?
	9	Dans quelle mesure le Programme commun réagit-il à des facteurs contextuels déterminants comme un environnement politique toujours plus conservateur ou la baisse des ressources consacrées aux programmes de lutte contre le VIH et notamment aux programmes axés sur les populations clés, ou à d'autres facteurs similaires ?
Viabilité	10	Dans quelle mesure les résultats obtenus par le Programme commun sont-ils durables, notamment pour les organisations, les réseaux et les services dirigés par des populations clés ?

La collecte des données s'est organisée autour de deux groupes de travail.

Groupe 1 – Examen documentaire et entretiens avec des informateurs clés à l'échelle mondiale

Le 1^{er} groupe a procédé à l'examen de documents essentiels et produit un bref résumé analytique des investissements et des interventions du Programme commun en faveur des populations clés dans un échantillon de pays choisis selon la région et le type d'épidémie. À cela s'ajoutent des entretiens organisés avec des informateurs clés – personnel de l'ONUSIDA aux niveaux mondial et régional, membres du GRE et autres acteurs comme le PEPFAR, le Fonds mondial ou les secrétariats des réseaux mondiaux de populations clés – pour étayer les conclusions de l'évaluation à l'échelle mondiale et dans les pays étudiés (se reporter à l'annexe 1 de ce document et à l'annexe du volume des études de cas pour plus de précisions sur les informateurs clés interrogés).

Groupe 2 – Études de cas de pays

L'approche et la méthodologie globales reposent sur une étude de cas structurée effectuée dans six pays. Ces études de cas ont permis, d'une part, d'obtenir des informations et des analyses plus détaillées concernant les interventions et les résultats du Programme commun dans différents contextes, et d'autre part, de se faire une idée plus complète et plus nuancée du soutien apporté par l'ONUSIDA aux populations clés dans les pays. La justification du choix des pays retenus pour les études de cas est présentée dans l'encadré 1 ci-dessous.

Encadré 1 : Résumé des critères de sélection des pays

Les pays retenus pour cette évaluation ont été choisis délibérément de manière à ce que l'échantillon : soit représentatif de pays qui ont fait plus ou moins de progrès concernant les populations clés ; couvre la plupart des populations clés les plus touchées ; comporte des pays aux situations socioéconomiques différentes et dans lesquels les partenaires sont plus ou moins impliqués. Les critères suivants ont été utilisés pour générer l'échantillon de pays étudiés :

Critère n° 1 : présence du Programme commun (au moins cinq institutions des Nations Unies présentes) et d'une équipe commune fonctionnelle.

Critère n° 2 : VIH présent dans au moins quatre populations clés avec une prévalence moyenne à élevée dans la majorité d'entre elles ; estimations disponibles de la taille des populations clés ; inclusion de pays possédant une large population estimée de consommateurs de drogues injectables ou de personnes transgenres.

Critère n° 3 : autres caractéristiques permettant de diversifier l'échantillon

- Au moins un pays en passe de s'affranchir des financements du Fonds mondial ; au moins un pays dans lequel des investissements sont réalisés par le PEPFAR et le Fonds mondial ; au moins un pays prioritaire de la Coalition mondiale pour la prévention.
- Criminalisation des populations clés (« absence de données » également pris en compte).
- Qualité des estimations de la taille des populations de TS et d'HSB (de médiocre à bonne, évaluation interne de l'ONUSIDA/estimations nationales adéquates) et couverture des programmes de prévention du VIH destinés aux TS et aux HSB (indicateur du système mondial de suivi de la pandémie de VIH/sida [GAM]).
- Uniquement des pays dans lesquels le Programme commun n'a pas été évalué récemment.

Sur la base des critères énoncés ci-dessus, les pays suivants ont été retenus pour effectuer une étude de cas :

Pays	Région
■ Cameroun	Afrique occidentale et centrale
■ Kenya	Afrique orientale et australe
■ Pérou	Amérique latine
■ Thaïlande	Asie-Pacifique
■ Tunisie	Moyen-Orient et Afrique du Nord
■ Ukraine	Europe orientale et Asie centrale

2.2 Méthodes de collecte des données

L'équipe d'évaluation a utilisé un mélange de méthodes qualitatives et quantitatives pour procéder à la collecte, à l'examen et à l'analyse des données. Les données triangulées générées avec chaque méthode ont été regroupées et assemblées en fonction des questions d'évaluation et des hypothèses formulées dans un « tableau des données factuelles », ce qui permet de remonter des recommandations présentées dans ce rapport jusqu'aux données sur lesquelles celles-ci sont fondées. Des sources de données primaires et secondaires ont été utilisées pour étayer les conclusions de l'évaluation.

Les sources secondaires étaient les suivantes : stratégies mondiales, régionales et nationales, plans communs, documentation de l'UBRAF, données et rapports du système de suivi du Programme commun (SSPC) ; documents relatifs aux programmes des coparrainants en rapport avec le VIH et les populations clés dans les pays – outils, rapports, orientations techniques et normatives ; politiques, stratégies et lois nationales ; études épidémiologiques et sociodémographiques ; autres documents d'analyse – évaluations, examens de données factuelles, articles universitaires – concernant le VIH et

les populations clés. Une liste complète des documents examinés aux niveaux mondial et national figure dans les annexes 4 et 5.

L'évaluation a permis de recueillir des données primaires dans le cadre d'entretiens avec des informateurs clés et de discussions en petits groupes. Des informateurs clés ont été identifiés dans les pays grâce à une cartographie des parties prenantes élaborée en consultation avec le directeur de pays et les coparrainants de l'ONUSIDA. Au niveau mondial, le bureau d'évaluation de l'ONUSIDA a dressé une première liste d'informateurs clés, qui a ensuite été complétée par des suggestions des coparrainants et des membres du GRE. Certains entretiens ont été organisés au moyen d'un échantillonnage « boule de neige ». Des guides d'entretien pour les principales catégories de parties prenantes ont été mis au point et adaptés au contexte et au public des différents pays. Les annexes 2 et 3 présentent une liste complète des parties prenantes consultées, ventilée par pays. Un résumé des sources de données est présenté dans le Tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Résumé des sources de données

Informateurs clés interrogés	Au niveau mondial	Au niveau national
Secrétariat de l'ONUSIDA	12	22
Régions de l'ONUSIDA	6 régions	-
Coparrainants	13	48
Partenaires internationaux	6	38
Gouvernement	-	31
Représentants des populations clés	10	131
Nombre total d'entretiens	47	270
Documents examinés	Au niveau mondial	Au niveau national
	82	219

2.3 Analyse, validation et synthèse des données

Pour toutes les données recueillies au moyen des méthodes décrites ci-dessus, plusieurs modes opératoires ont été utilisés pour analyser, valider et synthétiser l'ensemble des éléments :

- Analyse des données secondaires et des données issues des entretiens : toutes les données brutes ont été rassemblées dans un tableau de données factuelles en fonction des questions d'évaluation et des hypothèses formulées. Toutes les données secondaires pertinentes recueillies ont ainsi pu être examinées et recoupées, ce qui a permis de réduire le risque de biais et d'améliorer la robustesse des résultats.
- Compilation de données sur les activités destinées aux populations clés mises en œuvre dans un certain nombre de pays durant la période 2018-2020, extraites principalement du site web et de la base de données du SSPC.
- Analyse quantitative : analyse quantitative limitée des données disponibles sur les financements au titre de l'UBRAF, notamment en ce qui concerne les enveloppes allouées aux pays.
- Ateliers sur les études de cas de pays : ateliers d'analyse par pays pour examiner les résultats obtenus à l'échelle mondiale et des pays, les questions émergentes et les points communs. Parmi les participants figuraient le directeur de projet (de l'Euro Health Group (EHG)), le/la responsable d'équipe et le/la responsable d'équipe adjoint(e), les responsables d'équipe de pays et des représentants des réseaux mondiaux de populations clés.

- Analyse et synthèse des résultats entre pays et à l'échelle mondiale : analyse des données factuelles et des constatations dans chaque étude de cas et entre les différentes études ; synthèse des résultats à l'échelle mondiale par rapport à la théorie du changement.
- Une approche structurée pour évaluer la solidité des résultats des études de pays et du travail d'analyse et de synthèse à l'échelle mondiale.

Considérations éthiques

À toutes les étapes de la collecte et de l'analyse des données, l'équipe d'évaluation a fait en sorte de préserver la confidentialité des échanges et de protéger les participants à l'étude. La participation aux entretiens et aux discussions de groupe s'est faite uniquement sur la base du volontariat. Comme presque tous les entretiens ont été menés de manière virtuelle, les participants ont préalablement donné leur consentement oral éclairé, y compris pour que l'entretien soit enregistré. Les participants étaient libres de ne pas répondre aux questions qui pouvaient les mettre mal à l'aise. Des précautions ont été prises pour préserver l'anonymat des personnes dans le compte rendu des résultats des entretiens, y compris pour les citations directes. Dans les pays où une autorisation était nécessaire pour procéder aux entretiens, des demandes ont été présentées à un conseil d'examen institutionnel (CEI) local. L'équipe d'évaluation s'est conformée aux procédures des Nations Unies relatives aux normes de déontologie dans la recherche. L'étude a ainsi été conçue, menée et diffusée dans le respect de ces procédures. Les transcriptions et les enregistrements des entretiens sont conservés par les responsables des équipes d'évaluation et seront effacés une fois la mission terminée.

2.4 Considérations éthiques, limites et contraintes

L'évaluation a rencontré des limites et des contraintes, qui sont décrites en détail dans le Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Limites rencontrées durant l'évaluation et mesures prises pour y remédier

Limites	Mesures d'atténuation
Nombre limité des études de cas. Compte tenu de la nature contextuelle de la pandémie de VIH et des actions menées par les pays pour y faire face, le nombre limité des études de cas (6) et la diversité des environnements dans lesquels sont menées les actions pour les populations clés, il n'est guère possible de tirer des conclusions quant à la manière dont certains résultats pourraient être appliqués à d'autres environnements.	Prise en compte de la nature contextuelle des actions menées pour les populations clés et détermination des facteurs critiques qui influent sur ces actions dans différents contextes. Dans la mesure du possible, définition de thèmes communs aux études de cas pour pouvoir généraliser jusqu'à un certain point.
Problèmes de disponibilité des données. Des difficultés ont été rencontrées pour accéder à certains documents et certaines données concernant les programmes nationaux. Les preuves documentaires des résultats du Programme commun aux niveaux mondial et national étaient particulièrement limitées, notamment les évaluations ou rapports nationaux indépendants détaillant les résultats des interventions de l'ONUSIDA.	Recoupement des informations concernant les interventions du Programme commun et leur contribution aux résultats par le biais d'entretiens menés aux niveaux national, régional et mondial, et de recherches effectuées sur internet, qui ont permis de trouver certaines évaluations externes et d'autres rapports supplémentaires sur les initiatives et les résultats des coparrainants.
Limites de l'examen effectué à l'échelle mondiale au moyen des données du SSPC. Difficultés rencontrées pour extraire et interpréter les données et les informations provenant du système de suivi du Programme commun (SSPC), ce qui a limité l'analyse des activités et des données financières du Programme commun à l'échelle mondiale.	Des réserves ont été incluses dans l'analyse des données financières. Une analyse plus approfondie des activités du Programme commun dans dix pays a été incorporée dans l'étude mondiale.
Limites de temps et indisponibilité de certains acteurs clés. Vu le peu de temps prévu pour la collecte des données et les ressources limitées mises à disposition pour effectuer l'évaluation, il n'a pas été possible de mener tous les entretiens souhaités, p. ex. avec des représentants de réseaux régionaux de populations clés. Dans certains pays et aux niveaux mondial et régional,	Plusieurs relances ont été envoyées à certains informateurs clés avant de conclure que ceux-ci n'étaient finalement pas disponibles. Des requêtes demandant des réponses par courrier électronique ont également été envoyées. Si certaines informations ont pu être obtenues, le taux de réponse, là encore, a été faible. Il a fallu recouper les

Limites	Mesures d'atténuation
organiser et obtenir des entretiens avec tous les acteurs clés a parfois pris du temps et/ou certains acteurs n'étaient pas disponibles.	informations avec celles obtenues dans d'autres entretiens.
Temps limité pour analyser une grande quantité d'informations et interroger un nombre important d'informateurs. Étant donné le temps imparti pour collecter les données, des difficultés ont été rencontrées pour examiner de grandes quantités de documents pertinents et interroger un grand nombre d'informateurs clés.	Hiérarchisation d'un échantillon d'informateurs clés à interroger dans les pays et d'activités d'importance stratégique à examiner, en fonction de leur contribution collective au travail du Programme commun aux niveaux national et mondial et aux questions d'évaluation. Il a été donné suite à certains points abordés dans des entretiens régionaux en demandant des documents supplémentaires pour examen.
Disponibilité limitée de certains représentants des populations clés pour participer aux différents aspects de l'évaluation. Dans certains cas, des représentants des populations clés engagés pour appuyer les équipes d'évaluation n'ont pas participé autant qu'il était prévu aux travaux des équipes pour des raisons de disponibilité.	Mener les entretiens avec des informateurs clés sans représentant de la population clé concernée, mais faire participer ces représentants d'une autre manière, p. ex. en leur demandant de réfléchir à une question particulière ou de recouper des résultats. Il a fallu faire preuve de souplesse dans la mesure où les représentants étaient souvent pleinement occupés par leur autre activité.
L'incidence de la pandémie de COVID-19. La pandémie en cours a touché la plupart des pays à divers degrés. Dans la plupart des cas, des restrictions ont empêché d'organiser des entretiens en face-à-face avec des informateurs clés, des discussions en petits groupes ou des visites sur place. Tous les entretiens menés aux niveaux mondial et régional se sont déroulés à distance, de même que toutes les discussions des équipes. Si les informateurs clés ont fait en sorte d'être disponibles et se sont montrés disposés à échanger à distance, cela ne remplace pas une rencontre face-à-face pour discuter des problèmes.	Une approche flexible ayant été adoptée, il a inévitablement fallu accepter d'avoir à changer de plans à la dernière minute et de passer du temps à tout réorganiser. Le nombre d'entretiens organisés par jour avec des informateurs clés a également été limité, afin d'éviter toute « fatigue liée à l'utilisation de Zoom ». L'atelier sur l'étude de cas s'est déroulé sur deux jours et demi pour s'adapter aux équipes travaillant avec un décalage horaire de 12 heures. Le travail d'analyse s'est fait à distance et de manière régulière avec l'équipe chargée de rédiger le rapport, mais cette méthode de travail ne remplace pas un atelier sur les résultats organisé en face-à-face, qui est une pratique courante en temps normal. La gestion des équipes a nécessité des réunions hebdomadaires.

3 L'ONUSIDA dans les pays : stratégies et soutien aux populations clés

La contribution du Programme commun à la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 se concrétise dans les pays par l'intermédiaire de l'Équipe commune des Nations Unies sur le sida (équipe commune), qui comprend le Secrétariat et les coparrainants de l'ONUSIDA (le Programme commun). Ces équipes élaborent et mettent en œuvre des plans de travail dont elles rendent compte – des plans qui peuvent comporter des interventions en rapport avec des populations clés. Il arrive en outre que les coparrainants participent à d'autres activités portant sur des populations clés, qui ne font pas partie des plans de travail communs.

Le financement du travail effectué par le Programme commun sur les populations clés dans les pays provient principalement, d'une part, des fonds de base alloués au Secrétariat et aux coparrainants pour remplir leurs fonctions et poursuivre leur engagement, et d'autre part, de l'enveloppe allouée aux pays (EAP), que les coparrainants peuvent utiliser pour élaborer des programmes destinés aux

populations clés en fonction des manques constatés et des priorités établies. À cela s’ajoutent les « fonds pour les activités inhabituelles » (BUF), qui font partie du financement des EAP et qui sont affectés sur la base de propositions novatrices. Les fonds hors budget de base – mobilisés par les coparrainants en interne ou à l’extérieur – peuvent également servir à financer en priorité des activités pour les populations clés. Les fonctions remplies et les interventions menées par le Programme commun pour répondre aux besoins des populations clés dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie 2016-2021 figurent dans la théorie du changement décrite dans l’annexe 3 et dans les conclusions (cf. Section 4).

Les rôles et responsabilités du Secrétariat et des coparrainants de l’ONUSIDA sont définis dans la division du travail (DdT) au sein du Programme commun^{9,10}. Cette répartition des tâches entre institutions responsables et institutions partenaires est précisée dans le tableau 4 ci-dessous¹¹. Généralement, la division du travail est adaptée au contexte du pays. Ainsi, en raison de la présence variable des coparrainants et du Secrétariat de l’ONUSIDA dans les pays, il arrive que le nombre de coparrainants participant à la mise en œuvre du plan commun soit réduit et/ou que certains coparrainants assument les fonctions de différentes institutions responsables ou partenaires. Les équipes communes sont soutenues à divers degrés par les équipes du Programme commun au niveau régional et par le Secrétariat et les coparrainants au niveau mondial.

Tableau 4 : Division du travail entre institutions responsables et partenaires au sein du Programme commun

Domaines de la division du travail pertinents pour l’évaluation	Institutions responsables	Institutions partenaires
Investissements et efficience	PNUD/Banque mondiale	UNICEF, PAM, UNFPA, OMS
Dépistage et traitement du VIH : orientations normatives et normatives ; information stratégique ; dépistage et traitement du VIH ; stratégies de dépistage novatrices, accès à la cascade de prise en charge, intensification des services de lutte contre le VIH dans les villes fortement touchées (<i>Fast-Track</i>) ; médicaments et produits de base.	OMS	HCR, UNICEF, UNFPA, PAM, PNUD, ONUDC, ONU Femmes, OIT
VIH et couverture sanitaire universelle, coïnfection tuberculose/VIH et autres comorbidités, nutrition	OMS/Banque mondiale	UNICEF, PAM, PNUD, UNFPA

⁹ Division du travail du Programme commun de l’ONUSIDA – Note d’orientation 2018 | ONUSIDA (en anglais).

¹⁰ La division du travail (ou répartition des tâches) a été adaptée à la nouvelle Stratégie et figure dans la dernière version de l’UBRAF. Si la plupart des rôles et des responsabilités restent les mêmes, deux nouvelles responsabilités apparaissent : la préparation aux pandémies et le rôle collectif de l’ensemble des coparrainants et du Secrétariat dans l’appui aux actions dirigées par la communauté. Le but est de s’assurer que les communautés sont dotées des moyens nécessaires pour exercer un leadership et mener des « actions dirigées par la communauté ». Des communautés autonomisées ont la capacité d’exercer un leadership et de prendre des mesures pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d’infection ou affectées par l’épidémie, y compris les populations clés.

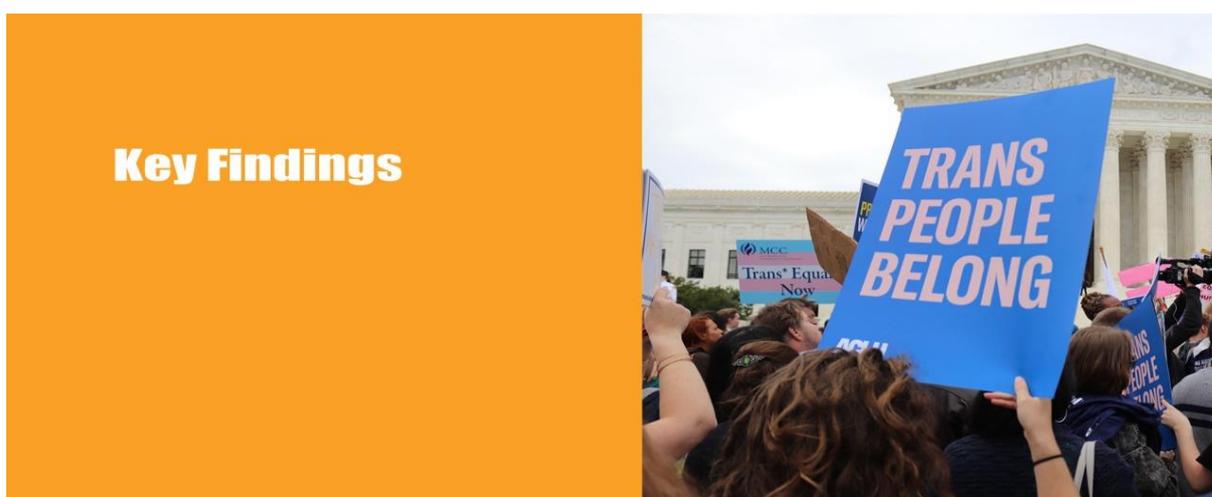
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/PCBSS_2022-2026UBRAF_Framework_FR.pdf

¹¹ Les institutions concernées sont : le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l’Organisation des Nations Unies pour l’éducation, la science et la culture (UNESCO), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l’Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), l’Entité des Nations Unies pour l’égalité des sexes et l’autonomisation des femmes (ONU Femmes), l’Organisation internationale du Travail (OIT), l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

Domaines de la division du travail pertinents pour l'évaluation	Institutions responsables	Institutions partenaires
Services de lutte contre le VIH dans les situations d'urgence humanitaire	HCR/PAM	UNICEF, UNFPA, OMS
Décentralisation et intégration des services de SDSP (santé et droits en matière de sexualité et de procréation) et de lutte contre le VIH	UNFPA/OMS	UNICEF, PAM, PNUD, Banque mondiale
Prévention du VIH dans les populations clés : homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, travailleuses et travailleurs du sexe, personnes transgenres	UNFPA/PNUD/ONU DC	UNICEF, ONU DC, OIT, UNESCO, OMS, Banque mondiale
Prévention du VIH chez les jeunes : prévention combinée et besoins des jeunes en matière de santé et d'éducation	UNICEF/UNFPA/UNESCO	Tous les autres coparrainants
Réduction des risques liés à la consommation de drogues chez les consommateurs de drogues injectables et dans la population carcérale	ONU DC	UNICEF, PNUD, OMS
Droits humains, stigmatisation et discrimination : réformes juridiques et politiques ; accès à la justice et aux droits ; élimination de la discrimination liée au VIH dans l'accès aux soins	PNUD	HCR, UNFPA, ONU DC, ONU Femmes, OIT, UNESCO, OMS
Inégalités entre les genres et violence fondée sur le genre dans les populations clés	ONU Femmes	Tous les autres coparrainants
Protection sociale tenant compte du VIH	PAM/OIT	HCR, UNICEF, PNUD, UNFPA, UNESCO, OMS, Banque mondiale

Source : Division du travail du Programme commun de l'ONUSIDA – Note d'orientation 2018.

4 Résultats



Bien que l'évaluation se fonde principalement sur les résultats des six études de pays, le travail du Programme commun dans les pays est guidé par la politique et les orientations du Secrétariat et des coparrainants de l'ONUSIDA à l'échelle mondiale. Les sections suivantes présentent les principaux résultats d'un examen de la documentation mondiale et régionale du Programme commun et d'entretiens organisés avec des informateurs clés aux niveaux mondial et régional. Une synthèse des réponses apportées aux questions d'évaluation est présentée dans la section suivante.

Il convient de noter que cette évaluation couvre la période de mise en œuvre de la Stratégie d'accélération de la riposte 2016-2021¹² et porte donc sur des activités basées sur cette stratégie. Les résultats de cette évaluation ont été utilisés pour formuler des recommandations qui devront être mises en œuvre dans le cadre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026¹³.

4.1 Constat contextuel/situationnel établi à partir de points de vue recueillis aux niveaux régional et mondial

Constat général¹⁴	Bien que la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 fasse référence aux populations clés, il se peut – à cause du vaste champ couvert par cette stratégie – qu'elle n'accorde pas suffisamment la priorité à ces populations si l'on considère leur contribution à l'incidence du VIH dans la plupart des régions du monde.
	Des actions de plaidoyer doivent être menées afin d'orienter les ressources sur les pays et les populations clés dans lesquels la transmission du VIH n'est pas encore maîtrisée et qui nécessitent la mise en œuvre d'interventions plus spécifiques et plus ciblées.
	Le Programme commun joue un rôle précieux en fournissant des directives, des documents d'orientation, des données sur les populations clés et des conseils techniques, et en plaidant pour la mobilisation de ressources. La collaboration avec le Fonds mondial et le PEPFAR a bénéficié de ce soutien et influé sur les programmes et les stratégies de ces deux donateurs concernant les populations clés.
	La Coalition mondiale pour la prévention du VIH (CMP) et le mécanisme d'appui technique (MAT) de l'ONUSIDA sont tous deux impliqués dans les actions menées pour les populations clés. Cependant, la CMP pourrait faire plus et le MAP est sous-utilisé dans certains domaines cruciaux comme l'amélioration des données, le renforcement des capacités des associations et réseaux de populations clés ou la recherche d'un financement pérenne.
	Avec l'aide des équipes d'appui aux régions, la question du soutien aux populations clés a partout été incluse dans les stratégies régionales en tant qu'élément important de la riposte au VIH, et se retrouve à divers degrés dans les programmes nationaux. L'analyse de l'évolution des programmes destinés aux populations clés dans les différentes régions au cours des quatre dernières années a été limitée par les lacunes inhérentes au système de suivi du Programme commun (SSPC).

4.1.1 Cadres stratégiques

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2022-2026 fait référence aux populations clés dans ses domaines de résultats. Cependant, il est possible que le vaste champ couvert par cette stratégie ne permette pas d'accorder suffisamment la priorité à ces populations si l'on considère leur contribution à l'incidence du VIH dans la plupart des régions du monde.

Le but de la stratégie d'accélération de la riposte était d'atteindre les cibles 90–90–90 à l'horizon 2020 et les cibles 95–95–95 à l'horizon 2030, en « [accélération] la fourniture de services de prévention et de traitement du VIH à fort impact, [ce qui] suppose de recourir à l'innovation pour élargir les services, mieux tenir compte des besoins et des perspectives des personnes et cibler les zones géographiques et les populations les plus touchées par le VIH¹⁵. » À des fins d'efficacité et pour obtenir les meilleurs résultats, il a été décidé de se concentrer sur les 30 pays qui représentaient près de 90 % des nouvelles infections par le VIH, dont 28 étaient des pays à revenu faible ou intermédiaire¹⁶.

¹² Lancée en 2014 à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida.

¹³ ONUSIDA ; Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 – Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida ; Genève, 2020.

¹⁴ Ces résultats sont solides et s'appuient sur des informations recoupées à partir de plusieurs sources – documents et entretiens avec des informateurs clés.

¹⁵ ONUSIDA : Comprendre l'accélération – Passer à la vitesse supérieure pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030, disponible à l'adresse suivante :

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_fr.pdf.

¹⁶ Le Kenya, le Cameroun et l'Ukraine font partie des pays visés par l'initiative d'accélération.

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 comporte dix domaines de résultats, dont certains, cités ci-après, mentionnent les populations clés en même temps que d'autres populations prioritaires :

- Domaine de résultats n° 1 : prévention primaire du VIH pour les populations clés, les adolescents et les autres populations prioritaires.
- Domaine de résultats n° 2 : les personnes vivant avec le VIH, en particulier les populations clés et les autres populations prioritaires, connaissent leur statut, reçoivent des traitements de qualité et y adhèrent.
- Domaine de résultats n° 4 : des réponses communautaires au VIH pleinement reconnues, habilitées, dotées de ressources et intégrées.
- Domaine de résultats n° 5 : les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les personnes à risque de contracter le VIH jouissent des droits humains, de l'égalité et de la dignité, sans stigmatisation ni discrimination.

On peut dire que tous les domaines de résultats concernent dans une certaine mesure les différentes populations clés. Par exemple, la mobilisation et l'allocation de ressources sont essentielles pour pérenniser des programmes destinés aux populations clés (domaine de résultats n° 8) ; l'absence de protection sociale touche particulièrement les personnes issues de populations clés qui ne sont immatriculées à aucun régime ou qui exercent leur activité dans l'économie informelle (domaine de résultats n° 9) ; les populations clés nécessitent des mesures plus adaptées et différenciées dans une situation de conflit ou de crise humanitaire (domaine de résultats n° 10).

La Stratégie est conçue pour être mise en œuvre sous la forme d'un paquet d'initiatives complet, la même importance étant accordée aux interventions biomédicales, aux activités visant à rendre l'environnement plus favorable, aux actions dirigées par la communauté et à la mise en place de systèmes pour la santé plus résistants. Elle décrit en outre des actions stratégiques qui visent à soutenir et doter de moyens les actions contre le sida dirigées par la communauté et les jeunes (y compris les populations clés), afin que celles-ci puissent jouer leur rôle et réaliser leur potentiel en tant que partenaires essentiels dans la riposte au VIH.

Selon de nombreux informateurs clés interrogés dans le monde, la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 n'accorderait pas la priorité aux populations clés au sein desquelles le VIH se transmet, ou ne distinguerait pas suffisamment ces populations des autres populations vulnérables, alors que les populations clés ont des besoins très différents. La Stratégie met l'accent sur les questions de droits humains et d'équité. Toutefois, en cherchant à englober plusieurs objectifs de développement durable (ODD), le vaste champ d'action de la Stratégie est peut-être trop diffus pour pouvoir faire une différence là où cela importe le plus, c'est-à-dire au niveau des populations et des communautés dans lesquelles la transmission du VIH n'a pas encore été maîtrisée et qui nécessitent des interventions spécifiques et ciblées, et donc des ressources.

Même si les cibles de la stratégie d'accélération n'ont pas été atteintes, le soutien du Programme commun aux activités de plaidoyer et la quantité d'informations stratégiques produites ont contribué à faire prendre conscience de la nécessité de répondre aux besoins des populations clés en coopération avec celles-ci à l'échelle mondiale et dans les pays. Malgré les difficultés de la période *Fast-Track* et la frustration de ne pas avoir pu en faire assez, un grand nombre d'informateurs clés dans le monde se sont accordés à dire que la situation des populations clés avait évolué au cours des cinq

années écoulées, notamment en ce qui concerne l'inclusion de ces populations (à l'échelle mondiale et dans de nombreux pays). Deux exemples illustrent cette prise de conscience : des représentants des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des autres communautés touchées ont été choisis pour intégrer l'équipe spéciale multipartite qui a participé à la réunion de haut niveau sur le VIH en 2021 ; en Afrique subsaharienne, où les programmes destinés aux populations clés (HSH et CDI en particulier) étaient rares, ces programmes sont désormais beaucoup mieux implantés dans de nombreux pays¹⁷. Le Programme commun a contribué à ces avancées par ses activités de plaidoyer et par la production et la diffusion d'informations stratégiques – estimations de la taille des populations clés, études sur les modes de transmission et autres analyses portant sur ces populations. Ces efforts ont contribué à faire évoluer les politiques et les programmes au fur et à mesure que naissait un consensus autour de la nécessité de s'occuper des populations clés.

4.1.2 Assistance programmatique et technique

Le Programme commun joue un rôle précieux en élaborant des documents d'orientation et de stratégie, mais aussi en synthétisant des données sur le VIH collectées dans le monde entier.

Une équipe responsable de l'information stratégique au siège de l'ONUSIDA est chargée – en collaboration avec les conseillers en information stratégique dans les pays – de collecter les données pour le système mondial de suivi de la pandémie de VIH/sida (GAM) et d'actualiser les indicateurs nécessaires à l'établissement des rapports nationaux. Des efforts ont été faits pour étoffer la base de données sur les populations clés, les plus récents portant sur l'ajout d'indicateurs relatifs aux personnes transgenres et à la population carcérale, et d'indicateurs en rapport avec les traitements antirétroviraux, la stigmatisation, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles (IST)¹⁸. Nous avons constaté que la qualité des données servant à estimer la taille des populations était essentielle au travail du Programme commun. Cela a permis de mettre en évidence la qualité relative, voire médiocre des données transmises par les pays.

Selon les estimations présentées dans le dernier rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida¹⁹, plus de 15 millions de personnes qui bénéficieraient de pouvoir accéder à des services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH ne sont pas comptabilisées dans des pays qui communiquent des estimations de la taille des populations. Et les auteurs du rapport d'en conclure que la taille réelle des populations clés est « probablement le double des estimations actuelles reflétées dans les plans et stratégies de lutte contre le VIH de ces pays²⁰ ». Si cela est vrai, les statistiques largement reprises selon lesquelles les personnes appartenant à des populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient en 2020 65 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde et 93 % des nouvelles infections en dehors de l'Afrique subsaharienne²¹ pourraient être encore plus élevées. Même si les cibles fixées pour 2025 et 2030 dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida sont atteintes, il est très probable que les populations clés seront toujours surreprésentées dans

¹⁷ Dans une analyse de plans stratégiques nationaux élaborés récemment dans des pays d'Afrique subsaharienne (non publiée), l'OMS a noté qu'un plus grand nombre de pays intégraient désormais des sections sur les populations clés dans leurs PSN (source : informateur clé).

¹⁸ Informations obtenues dans le cadre d'entretiens avec des informateurs clés.

¹⁹ ONUSIDA, Rapport de la journée mondiale de lutte contre le sida 2021. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2021.

²⁰ Ibid.

²¹ ONUSIDA, Rapport mondial actualisé sur le sida 2021 – Faire face aux inégalités. Genève, 2021.

les nouveaux cas et les infections non traitées, et que les progrès en matière de réduction de la transmission du VIH seront moindres dans ces populations par rapport à la population générale.

En collaboration avec le réseau de conseillers pour l'appui aux communautés dans les régions et les pays, l'équipe chargée des communautés, basée au Secrétariat de l'ONUSIDA, œuvre pour faire en sorte que les populations clés soient à l'avant-garde de la riposte mondiale au sida. Des informateurs clés ont signalé le rôle important du Secrétariat de l'ONUSIDA dans la création d'espaces pour les populations clés, y compris pour les jeunes de ces populations, et dans la facilitation d'une coopération de certains coparrainants avec des populations clés dans certains aspects de leur travail. Par exemple : ONU Femmes travaille désormais à l'échelle mondiale et dans certains pays avec des personnes transgenres ; le PNUD utilise les fonds des enveloppes allouées aux pays pour établir des partenariats avec des associations de population clés²² ; le HCR élargit sa programmation pour répondre aux besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans des situations de crise humanitaire.

Des représentants des populations clés et/ou de leurs organisations participent aux travaux de comités mondiaux d'examen technique, de gestion et de gouvernance. Ce point est cité par des informateurs à tous les niveaux comme preuve de l'action du Programme commun pour accroître la participation des populations clés et leur inclusion dans les processus d'élaboration, de planification et de mise en œuvre des politiques. Cependant, malgré ces efforts, il est prouvé que cette participation n'est ni égale ni systématique pour l'ensemble des populations clés. En effet, les consommateurs de drogues injectables et les personnes transgenres sont toujours sous-représentés dans certains groupes de travail techniques, et leur présence au sein du personnel du Secrétariat et des coparrainants de l'ONUSIDA reste limitée (voir la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 4).

La Coalition mondiale pour la prévention (CMP) a contribué à la riposte au VIH dans les populations clés. Cependant, rares sont les éléments montrant des progrès importants sur des sujets comme le sous-financement et l'intensification insuffisante des services de prévention pour ces populations, les droits humains et la législation, le recul de la stigmatisation ou l'amélioration de plusieurs indicateurs relatifs à ces populations.

Coprésidée par l'ONUSIDA et l'UNFPA, la Coalition mondiale pour la prévention a été créée en 2017 et compte à ce jour 28 pays membres²³. Les pays de la CMP ont considérablement avancé dans la mise en œuvre de leurs feuilles de route nationales, comme le montrent les tableaux de bord, affiches et rapports d'étape disponibles sur le site web de la Coalition²⁴. Les pays de la CMP communiquent des données sur deux indicateurs concernant les populations clés : des estimations de la taille des différentes populations et la mise en place d'un ensemble défini de services pour celles-ci. Dans de nombreux pays, l'absence d'estimations récentes crédibles de la taille des différentes populations clés

²² En 2020, le PNUD a aidé 78 pays à améliorer l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les populations clés, notamment par le biais d'un partenariat établi avec le Fonds mondial. Dans le cadre des programmes du Fonds mondial, le PNUD a aidé ces pays à atteindre les populations clés grâce à des programmes de prévention combinés adaptés. Ce sont ainsi 162 000 CDI dans cinq pays, 352 500 HSH dans 22 pays, 272 600 TS dans 22 pays et 5900 personnes transgenres dans 13 pays qui ont pu bénéficier de ces programmes. Source : [Rapport organisationnel](#).

²³ La plupart sont des pays dans lesquels l'épidémie de VIH est une épidémie généralisée, y compris dans les populations clés. Dans de nombreux pays qui ne font pas partie de la CMP, on observe une épidémie dans les populations clés. La volonté existe d'élargir la CMP à certains pays (d'Europe orientale et d'Asie centrale par exemple) qui ont suivi l'approche de la feuille de route, bien qu'ils n'aient pas officiellement demandé à rejoindre la coalition.

²⁴ <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/global-dashboard-and-country-scorecards/>

est citée comme l'une des principales difficultés qui empêchent les interventions axées sur ces populations de prendre de l'ampleur.

Une évaluation de la Coalition mondiale pour la prévention réalisée en 2020 a montré que la plupart des pays avaient eu recours à un appui technique – élaboration de directives et d'outils, ateliers régionaux, webinaires, consultants et autres activités de formation, conférences téléphoniques régulières – pour renforcer leurs activités de prévention combinée²⁵. Par ailleurs, le Réseau d'apprentissage Sud-Sud²⁶ a mis au point des outils d'auto-évaluation de programmes, qui ont été utilisés dans dix pays d'Afrique subsaharienne par les responsables de programmes axés sur les travailleuses du sexe et le HSH. Le réseau a contribué à la création d'une communauté de pratique avec les autorités chargées de la lutte contre le sida dans les pays membres et à la mise en place d'une administration de la prévention. En tant que coorganisateur de la CMP, l'UNFPA et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont travaillé avec des réseaux de populations clés et le Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH (2020) sur une série de discussions approfondies destinées à éclairer les travaux de la coalition et l'élaboration de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida. Si les directives et les outils étaient effectivement disponibles et accessibles sur le site web de la CMP, il a été souligné que la coalition n'avait pas assuré une promotion suffisante de ces ressources^{27,28}.

En collaboration avec le Fonds mondial, la CMP a influé sur le financement de la prévention du VIH en œuvrant pour modifier les consignes d'élaboration et les critères d'examen technique des demandes de financement, afin de favoriser la prévention primaire du VIH et des propositions ciblées et chiffrées comportant les interventions piliers de la coalition. Si la planification, l'inclusion et le financement de la prévention primaire du VIH, ainsi qu'une attention accrue portée aux populations clés, ont bien été constatées dans les demandes de financement, des déficits programmatiques majeurs demeurent par rapport aux cibles convenues par les États membres des Nations Unies, avec des interventions de prévention souvent non spécifiques, non ciblées, non différenciées (par population clé) et à faible impact²⁹. Malgré les financements apportés par le Fonds mondial (et le PEPFAR) au travers d'initiatives stratégiques pour encourager l'investissement dans les populations clés et les programmes de prévention, certains informateurs ont estimé que cela ne suffisait pas, compte tenu notamment des contraintes financières des systèmes de santé qui s'efforcent de faire face à la pandémie de COVID-19³⁰.

Les travaux de la Coalition mondiale pour la prévention ont mis en évidence des lacunes concernant l'appui technique disponible dans plusieurs domaines, notamment pour lever les obstacles structurels aux services de prévention du VIH, en particulier pour les populations clés³¹. De plus, les efforts de la CMP pour faire disparaître les obstacles politiques et juridiques à l'élaboration de

²⁵ Le Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH de la CMP s'est agrandi et intègre désormais l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNESCO, ONU Femmes et des représentants de toutes les populations clés, y compris des jeunes appartenant à ces populations, afin de renforcer cet axe de travail.

²⁶ CMP, Rapport d'avancement annuel sur la prévention du VIH, 2020

²⁷ Ibid. La focalisation de la CMP sur les pays à forte charge de morbidité est un autre facteur limitant, dans la mesure où de nombreuses épidémies qui s'entretiennent dans les populations clés concernent des pays à faible charge de morbidité.

²⁸ L'équipe d'évaluation a immédiatement remarqué le manque de visibilité des importantes ressources concernant les populations clés disponibles sur le site web de la CMP.

²⁹ Enseignements tirés par le Comité technique d'examen des propositions en 2020. Avril 2021.

https://www.theglobalfund.org/media/10885/trp_2020-lessonslearned_report_fr.pdf

³⁰ CMP, *External Review of The Global HIV Prevention Coalition and 2020 Road Map - Final Report*. Octobre 2020.

³¹ CMP, *External Review of The Global HIV Prevention Coalition and 2020 Road Map - Final Report*. Octobre 2020.

programmes de prévention n'ont eu que peu d'effets sur la dépénalisation des relations homosexuelles, du commerce du sexe et de la consommation de drogues illicites, ou sur la lutte contre la violence fondée sur le genre. Cela illustre le problème fondamental de la prévention du VIH, à savoir les obstacles culturels et juridiques qui empêchent d'accéder aux populations dans lesquelles s'entretiennent les épidémies de VIH. Des informateurs clés au niveau mondial ont estimé que la CMP n'avait pas suffisamment mis l'accent sur les populations clés et qu'elle pourrait insister beaucoup plus sur la prévention dans ces populations³². Le lancement de la communauté de pratique sur les populations clés vise, à terme, à combler ces lacunes de la Coalition mondiale pour la prévention. Élargir la CMP à des pays à faible charge de morbidité permettrait également d'axer davantage les programmes sur les populations clés dans ces pays.

L'appui technique, apporté par le biais du MAT de l'ONUSIDA, aide les associations et les réseaux de populations clés de manière directe – en les intégrant aux processus d'élaboration des plans stratégiques nationaux – et de manière indirecte – par l'amélioration du contenu et de la gestion des programmes qui résultent de l'appui technique fourni. Toutefois, le mécanisme d'appui technique reste sous-utilisé dans certains domaines pourtant essentiels des interventions destinées aux populations clés.

L'ONUSIDA soutient un mécanisme qui fournit un appui technique (à savoir les services de consultants) aux pays membres du Programme commun. Ce mécanisme est mis en œuvre conjointement par Oxford Policy Management (OPM) au Royaume-Uni et Genesis Analytics en Afrique du Sud. De 2018 à décembre 2021, 466 missions ont été effectuées dans le cadre du mécanisme d'appui technique³³. Les trois domaines de résultats du MAT mettent l'accent sur les actions dirigées par la communauté, les questions de droits et de genre, et les populations laissées pour compte. Un appui est apporté, d'une part, à des activités générales qui concernent les populations clés, et d'autre part, à des activités spécifiquement axées sur les PC comme l'estimation de la taille de ces populations ou la contractualisation des organisations de la société civile. Les questions relatives aux populations clés font partie de nombreuses missions menées dans les neuf domaines du programme du mécanisme d'appui technique³⁴.

Les missions en rapport avec les populations clés menées ces dernières années dans le cadre du MAT comprennent³⁵ : l'Indice 2.0 de stigmatisation des PVVIH, mis en œuvre avec une nouvelle méthodologie dans plus de 40 pays ; des évaluations de la prise en compte des questions de genre dans la riposte au VIH dans 17 pays ; l'élaboration de PSN et de demandes de financement auprès du Fonds mondial (qui incluent de plus en plus souvent un volet populations clés) ; un appui technique pour aider à prendre des dispositions face à l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la prévention et le traitement du VIH pour les populations clés. S'agissant de l'information stratégique, des EBCI ont été réalisées dans dix pays, des études ont été menées sur la consommation de drogues, et une cartographie ainsi qu'une estimation de la taille des populations clés ont été effectuées. Concernant les questions de financement et d'économie, un appui technique a été apporté aux pays dans les domaines de la contractualisation des OSC, de l'intégration de ces organisations dans les mécanismes

³² Entretiens avec des informateurs clés au niveau mondial.

³³ Données du site web SharePoint du MAT et présentation PowerPoint du rapport semestriel du MAT pour la période d'avril à septembre.

³⁴ Demandes de subventions au Fonds mondial ; plans stratégiques nationaux et revues stratégiques nationales ; communauté et prestation de services ; information stratégique ; VIH et économie ; droits humains et égalité des genres ; prévention ; traitement et dépistage ; renforcement des systèmes de santé.

³⁵ Données du site web SharePoint du MAT et présentation PowerPoint du rapport semestriel du MAT pour la période d'avril à septembre.

nationaux et de la suppression des restes à charge pour améliorer l'impact/la viabilité de leurs actions (ce qui aurait des retombées pour les populations clés)³⁶. Le travail avec des organisations dirigées par des populations clés a consisté à intégrer celles-ci dans les missions d'assistance technique (collecte et analyse des données et participation en tant qu'informateurs) et à renforcer leurs capacités afin qu'elles puissent s'impliquer de façon significative.

Compte tenu de l'importance croissante accordée aux programmes dirigés par la communauté, un appui technique plus important sera probablement nécessaire. Les informateurs se sont accordés sur le fait que le Programme commun pouvait contribuer à renforcer les capacités des organisations dirigées par des populations clés dans les domaines suivants : plaidoyer, gestion, systèmes financiers, planification stratégique, préparation des demandes de financement et appui aux stratégies de pérennisation.

4.1.3 Collaborations au niveau mondial

Le Programme commun collabore avec ses principaux donateurs au travers d'une participation commune à des comités et dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans stratégiques au niveau mondial. Le Programme commun fournit en outre au Fonds mondial une expertise technique dans le domaine des programmes destinés aux populations clés.

Le Programme commun est considéré par le PEPFAR et le Fonds mondial³⁷ comme une source de données (estimations de la taille des populations clés, meilleures pratiques, études de cas de pays) et d'informations techniques pour éclairer les décisions de financement. En participant à des groupes de travail techniques mondiaux, un « dialogue » s'installe sur les politiques et les priorités – l'occasion pour les coparrainants du Programme commun et les donateurs d'apprendre et de s'inspirer les uns des autres (même si les processus décisionnels de haut niveau varient d'une institution à l'autre). Toutes les institutions s'accordent à dire qu'elles souhaitent prendre des décisions de financement fondées sur des données fiables, et que le Programme commun est une source de données de premier ordre à cet égard.

« Grâce à la collaboration de l'ONUSIDA avec le CDC/PEPFAR et le Fonds mondial, les bailleurs de fonds sont plus à même de pouvoir examiner la validité, le caractère opportun et la solidité des données utilisées pour concevoir des programmes. L'ONUSIDA a eu un rôle transformateur en rendant les populations clés visibles et en diffusant des données ventilées sur ces populations – deux éléments qui ont nourri la réflexion du Fonds mondial sur les moyens de promouvoir plus efficacement la prévention du VIH³⁸. »

« Le PEPFAR veut que les pays s'attaquent à l'épidémie telle qu'elle est dans la réalité et non telle qu'ils se l'imaginent³⁹. »

Le PEPFAR et le Fonds mondial ont récemment augmenté le montant des financements qu'ils allouent à des interventions pour les populations clés. Le Programme commun et la Coalition mondiale pour la prévention⁴⁰ estiment tous deux qu'ils ont contribué à ce changement d'orientation en fournissant des données probantes et en faisant pression (au niveau mondial et dans les pays) pour obtenir un tel

³⁶ Un examen des projets du MAT montre que des missions en rapport avec les populations clés ont été menées à ce jour dans toutes les régions des Nations Unies et notamment en Afrique, en Asie, en Amérique latine et en Europe orientale.

³⁷ Tous les éléments présentés dans les paragraphes et les citations qui suivent proviennent d'entretiens menés avec des représentants du Fonds mondial, du PEPFAR et du Programme commun.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

changement. Des informateurs clés du Fonds mondial et du PEPFAR ont confirmé l'importance du Programme commun en tant que source de données et de conseils stratégiques – des données et des conseils qui ont éclairé l'élaboration de leurs stratégies à venir et l'alignement de celles-ci sur la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026⁴¹.

La nouvelle stratégie du PEPFAR, Vision 2025⁴², se distingue par l'inclusion spécifique des populations clés dans plusieurs de ses objectifs stratégiques. Il y est en outre explicitement indiqué que la stratégie « sera fortement éclairée par la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et la Stratégie du Fonds mondial pour la période 2023-2028 et sera mise en œuvre de manière étroitement coordonnée avec celles-ci afin d'optimiser leurs complémentarités, l'utilisation des ressources et leur impact⁴³. »

4.1.4 Appui régional fourni aux programmes destinés aux populations clés

Avec l'aide des équipes d'appui aux régions, la question du soutien aux populations clés a été incluse dans les stratégies de toutes les régions du Programme commun en tant qu'élément important de la riposte au VIH, et se retrouve à divers degrés dans les programmes nationaux. Cependant, l'analyse de l'évolution des programmes destinés aux populations clés dans les différentes régions au cours des trois dernières années a été limitée par les lacunes inhérentes au système de suivi du Programme commun (SSPC).

L'équipe d'évaluation a analysé les données disponibles aux niveaux national et régional. L'analyse a été effectuée principalement à partir de données du SSPC provenant de 63 pays sélectionnés pour les trois dernières années. Des entretiens ont été menés avec des représentants de chaque équipe régionale du Programme commun, afin de connaître leurs points de vue sur les principaux problèmes constatés et les principales évolutions observées dans les régions.

Analyser l'évolution de la programmation pour les populations clés au niveau régional ou au niveau des pays à partir des rapports de synthèse régionaux et nationaux du SSPC a été problématique pour plusieurs raisons : les rapports ont montré un manque d'uniformité dans la manière dont les données sont communiquées ; la mention de l'institution chargée d'une activité prévue/exécutée était souvent absente ; la différenciation des données par population clé pour chaque activité était insuffisante (voir la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 4).

De manière générale, les rapports des pays de la région Asie-Pacifique (AP) et de la région Europe orientale et Asie centrale (EOAC) étaient de meilleure qualité. Les rapports des régions Afrique occidentale et centrale (AOC) et Afrique orientale et australe (AOA) mentionnaient moins les populations clés, ce qui pourrait être un exemple de sous-déclaration, soit au niveau national, soit dans le processus de communication des données au niveau du SSPC. L'uniformisation des données communiquées via le SSPC s'est faite en 2020, ce qui pourrait déboucher sur une amélioration de la qualité des rapports.

Si les rapports régionaux varient en longueur et en niveau de détail, ils montrent que toutes les régions font des populations clés une priorité. Cependant, en raison des grandes différences observées dans la nature de l'épidémie entre les régions et à l'intérieur de celles-ci – tant en raison du contexte épidémiologique local que de l'appréciation et de l'acceptation par les gouvernements nationaux de la problématique des populations clés –, il est difficile de faire des généralisations à l'échelle d'une

⁴¹ Ibid.

⁴² https://www.state.gov/wp-content/uploads/2021/09/DRAFT-Overview-PEPFAR-Strategy-Vision-2025_Version-2.0-2.pdf

⁴³ Ibid.

région. Cela dit, les tendances en matière de programmation sont un peu plus faciles à cerner dans les régions où l'épidémie touche principalement certaines populations. Par exemple, dans les régions « Europe orientale et Asie centrale » et « Moyen-Orient et Afrique du Nord », la priorité a été donnée aux programmes pour les consommateurs de drogues injectables et la population carcérale, tandis que les programmes mis en œuvre dans la région « Amérique latine et Caraïbes » se sont davantage concentrés sur les personnes transgenres et les HSH. Il est en revanche plus difficile de dégager des tendances dans les régions « Afrique occidentale et centrale » et « Afrique orientale et australe », où l'épidémie est plus généralisée (mais avec également des épidémies concentrées dans certaines populations) et où des blocages institutionnels et culturels font obstacle à une reconnaissance des populations clés et à la mise en place de programmes pour ces populations.

Amérique latine et Caraïbes⁴⁴

Les données d'EBCI effectuées dans cinq pays montrent des taux élevés d'infection chez les femmes transgenres, les HSH et, dans une moindre mesure, les travailleuses du sexe. Certains pays – p. ex. l'Équateur, le Guatemala et le Pérou – semblent adopter une approche cohérente à trois niveaux, assortie d'initiatives efficaces pour influencer les politiques, amener des changements opérationnels et favoriser la coopération avec la société civile. Rien n'est toutefois précisé concernant des activités pour les populations clés.

Les rapports de la région ALC dans le SSPC pour 2019 et 2020 énumèrent plusieurs activités menées dans la région au cours des trois dernières années pour les populations clés et vulnérables⁴⁵, dont les suivantes : préparation de lignes directrices pour l'éducation à la sexualité en milieu extrascolaire (UNFPA) ; le travail sur les problèmes rencontrés par les personnes LGBTIQ+ – stigmatisation, discrimination, droits humains (Caraïbes) ; soutien à des projets d'expérimentation de la PrEP ; soutien au plus grand réseau régional de travailleuses et travailleurs du sexe, REDTRASEX (PNUD) ; soutien dans plusieurs pays⁴⁶ à des activités pour les réfugiés et les demandeurs d'asile (services de dépistage, de prévention, de traitement et de prise en charge médico-sociale du VIH), avec un volet populations clés (HCR) ; renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les domaines des IST et des services destinés aux populations clés, élaboration de cascades de prévention et d'estimations sur le VIH pour les populations clés (Organisation panaméricaine de la santé [OPS]).

Moyen-Orient et Afrique du Nord

La hausse du nombre des nouvelles infections, la pénalisation et les lois répressives sont les principaux problèmes qui affectent les services. La situation est variable d'un pays à l'autre. La question des populations clés est abordée au Maroc et en Algérie. Au Maroc, les populations clés participent au processus de financement du Fonds mondial. Quelques avancées ont été observées, concernant la PrEP par exemple, ou encore l'adoption par l'Égypte d'une politique fondée sur les droits humains pour les consommateurs de drogues injectables et la mise en place dans ce pays de traitements de substitution aux opiacés (TSO). Cela étant, les éléments concernant les activités, la capacité à influencer sur les politiques ou la sensibilisation des pouvoirs publics sont rares. Dans les situations de crise humanitaire, il est difficile d'accéder aux populations clés pour des raisons de sécurité, et ces

⁴⁴ Les données présentées dans les sections qui suivent proviennent à la fois de rapports du SSPC et de téléconférences organisées avec des membres des différentes équipes d'appui régionales.

⁴⁵ Dans la plupart des rapports régionaux, l'expression « populations clés et vulnérables » est utilisée pour décrire les activités, sans préciser la population clé ou vulnérable visée par l'activité. Dans de nombreux cas, il semble que l'activité s'adresse en fait à la population générale, les populations clés ou vulnérables n'étant que des bénéficiaires parmi d'autres et non les premières bénéficiaires de l'intervention.

⁴⁶ Chili, Costa Rica, Colombie, Équateur, Guatemala, Guyana, Mexique, Pérou et Venezuela.

populations sont généralement reléguées dans l'ordre des priorités. Le nombre d'activités mises en œuvre a été limité par la diminution des ressources disponibles (baisse des enveloppes allouées aux pays). Les populations clés qui ont reçu le plus d'attention de la part du Programme commun étaient les consommateurs de drogues injectables, la population carcérale et les HSH. En revanche, peu de données ont été communiquées concernant les travailleuses du sexe.

Les rapports de la région MOAN dans le SSPC pour 2019 et 2020 énumèrent plusieurs activités menées dans les pays membres, dont les suivantes : un projet sur les lieux de détention à l'initiative de l'ONUSDC (Égypte, Maroc, Tunisie) ; un atelier régional pour élaborer des directives de prévention, de traitement et de prise en charge médico-sociale du VIH pour les consommateurs de drogues stimulantes (ONUSDC) ; soutien au lancement ou à l'intensification de programmes de prophylaxie préexposition pour les populations clés dans les pays prioritaires ; des services de lutte contre le VIH pour les populations clés durant la pandémie de COVID-19 au Soudan, à Djibouti, au Maroc et en Tunisie (ONUSIDA), afin d'exploiter les flexibilités offertes par le Fonds mondial pour soutenir ces services durant cette période, en mettant l'accent sur les populations clés et le soutien à l'élaboration de plans stratégiques nationaux (PNUD – Tunisie).

Afrique occidentale et centrale

Les données concernant les populations clés dans le SSPC sont limitées. Rares sont les éléments montrant une programmation gouvernementale cohérente pour l'une ou l'autre de ces populations. Lorsqu'elles sont mentionnées, les populations clés apparaissent comme une question secondaire. Certains pays (p. ex. le Bénin) ne mentionnent pas les populations clés dans leurs rapports. Certains pays qui possèdent pourtant des populations clés d'une taille importante (p. ex. le Nigéria) font état d'une programmation limitée pour ces populations.

Toutefois, les rapports de la région AOC dans le SSPC pour 2019 et 2020 énumèrent plusieurs activités soutenues au niveau régional pour les populations clés et vulnérables, dont les suivantes : élaboration d'une stratégie régionale sur le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et la SDSP dans les populations clés, lancée en 2020 par l'Organisation ouest-africaine de la Santé (OMS/ONUSIDA/CEDEAO) ; un atelier pour soutenir l'expérimentation de la méthodologie de l'indice de stigmatisation 2.0 dans six pays ; une enquête biocomportementale réalisée dans six pays pour mieux comprendre la situation des personnes handicapées ; le lancement de l'application Hello Ado, qui recourt à l'infodivertissement multimédia et la ludification pour éduquer les adolescents et les jeunes sur la prévention du VIH et d'autres IST, la prévention des grossesses précoces et non désirées, et la violence fondée sur le genre, entre autres questions⁴⁷.

Afrique orientale et australe

Des activités axées sur les populations clés ont été mises en œuvre par le Programme commun dans la région AOA. Un groupe de travail technique régional sur la prévention du VIH a été mis sur pied. Le groupe se réunit une fois par trimestre et tient un tableau de bord des programmes destinés aux populations clés, inspiré du tableau de bord de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH. L'Agence suédoise pour le développement international (ASDI) a aidé l'équipe régionale à mettre en œuvre des programmes pour les populations clés. Des réseaux de PC, comme l'Alliance sida et droits pour l'Afrique australe (ARASA), ont participé à l'élaboration de la stratégie de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) pour les populations clés. Parmi les changements

⁴⁷ Pour ces deux dernières activités, on peut supposer que des populations clés figuraient dans l'échantillon.

constatés au cours des cinq dernières années dans la région, on mentionnera l'attention accrue portée aux populations clés, qui se manifeste de différentes manières : davantage de lignes directrices pour élaborer des programmes destinés à ces populations, davantage de programmes pris en main par les pays, des données plus nombreuses et une amélioration du ciblage, du contrôle et du suivi des programmes. Cela étant, toutes les populations clés ne sont pas également concernées par ces changements. En effet, les activités se concentrent plutôt sur les travailleuses et travailleurs du sexe et les HSH, et moins sur les consommateurs de drogues injectables et les personnes transgenres.

Dans les rapports du SSPC, la distinction n'est pas clairement faite entre les différentes populations clés. Certaines activités concernant ces populations se retrouvent regroupées avec des activités destinées aux adolescentes et aux jeunes⁴⁸. Il est peu fait mention des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. De la même façon, les personnes transgenres sont peu évoquées – quand elles le sont –, ce qui laisse penser que le soutien en faveur de l'inclusion des HSH et des TG dans des programmes ou de l'élaboration de programmes spécifiques pour ces populations est toujours insuffisant. La sensibilisation est plus importante au niveau de la société civile, tandis que les consommateurs de drogues injectables et les détenus sont négligés dans la plupart des rapports, à quelques exceptions près comme en Namibie.

Les rapports de la région AOA dans le SSPC pour 2019 et 2020 énumèrent plusieurs activités organisées au niveau régional, dont les suivantes : élaboration de documents d'orientation⁴⁹ ; suivi de la mise en œuvre de la stratégie de la SADC pour les populations clés ; organisation d'ateliers régionaux pour accélérer la prévention du VIH, avec des représentants du gouvernement, des populations prioritaires et de la société civile ; évaluation du respect des normes minimales de détention dans dix pays (ONUDD) ; élaboration de feuilles de route nationales pour faire en sorte que l'environnement juridique devienne plus favorable pour toutes les populations clés ; soutien à l'organisation d'une conférence régionale pour les militants LGBTQI+ des États membres de la SADC, axée sur l'évaluation et l'atténuation de l'impact social, économique et politique de la pandémie de COVID-19 ; documentation des innovations mises en place dans sept pays, notamment la dispensation d'une prophylaxie préexposition pour plusieurs mois, la livraison à domicile de préservatifs et de lubrifiants ou la création de dispensaires mobiles pour répondre aux besoins des travailleuses et travailleurs du sexe et des populations défavorisées.

Asie-Pacifique

Dans de nombreux pays de la région, un conservatisme croissant dans l'environnement juridique et politique a compliqué la programmation en raison des faibles ressources disponibles, notamment pour mener des actions de plaidoyer. Cependant, les rapports nationaux du SSPC évoquent de vastes programmes généralement complets pour la plupart des populations clés. Des changements d'orientation et/ou des modifications du cadre juridique concernant certaines populations clés sont intervenus dans plusieurs pays dont l'Inde et la Chine.

Les rapports de la région AP dans le SSPC pour 2019 et 2020 énumèrent un grand nombre d'activités soutenues par l'équipe régionale, dont les suivantes : des services complets de prévention du VIH et d'autres IST dans onze pays du Pacifique (PNUD, financement du Fonds mondial) ; l'intégration de la surveillance du VIH dans des programmes ordinaires dans neuf pays, en partenariat avec les ministères

⁴⁸ Ce qui permet d'inclure les jeunes hommes.

⁴⁹ Exemples : normes minimales de protection de la SDSP des populations clés à l'intention des parlementaires ; guide technique pour mettre en œuvre les programmes à plus grande échelle à l'intention des populations clés.

de la Santé et des organisations locales de la société civile (PNUD) ; des discussions régionales sur la PrEP dans 18 pays (ONUSIDA/OMS) ; l'octroi de petites subventions à des réseaux régionaux de jeunes LGBTIQ+ pour renforcer leur leadership et leur capacité à militer pour des droits et l'inclusion aux niveaux national et régional ; la création du Groupe consultatif d'experts pour la région Asie-Pacifique sur les installations obligatoires pour les consommateurs de drogues (ONUSIDA/ONUDD) ; le lancement d'une équipe de travail interinstitutions (ETII) sur le site web des jeunes des populations clés ; le soutien à des initiatives pour les moyens de subsistance des travailleuses du sexe, des femmes et des filles LGBTIQ+ au Cambodge, au Népal, au Pakistan, en Thaïlande et au Vietnam.

Europe orientale et Asie centrale

Les progrès ont été plus importants en Europe orientale qu'en Asie centrale. La PrEP a été intégrée dans la programmation, l'autodépistage se déploie à grande échelle et le financement avec des ressources nationales augmente grâce à différents modèles.

L'expérimentation des contrats sociaux reste limitée à des projets de faible ampleur. La réaction face à la pandémie de COVID-19 et la posologie à domicile des traitements de substitution aux opiacés sont également des changements positifs et témoignent des progrès réalisés dans la mise en œuvre de modèles de prestation de services différenciés. Les réseaux régionaux ont renforcé leur capacité à travailler sur la prise en charge médico-sociale des populations clés, et le Secrétariat de l'ONUSIDA veille à ce que ces réseaux bénéficient d'un soutien. Les progrès sont en revanche mitigés en ce qui concerne l'environnement. En effet, les obstacles juridiques tendent à s'aggraver et la pénalisation de la transmission du VIH est un sujet qui demande une mobilisation plus importante.

Les rapports indiquent que le Programme commun soutient les services destinés aux populations clés et notamment aux consommateurs de drogues injectables et aux personnes en détention. Des éléments montrent que le Programme commun soutient également une palette de services destinés à d'autres populations clés dans plusieurs pays, p. ex. des chatbots pour répondre de manière confidentielle aux questions des personnes transgenres et des HSH. Les femmes et les filles qui font commerce du sexe sont peu mentionnées en tant que groupe distinct et aucun élément n'a été trouvé concernant des programmes spécifiques pour cette population.

Les rapports de la région EOAC dans le SSPC pour 2019 et 2020 énumèrent un certain nombre d'activités destinées aux populations clés, dont les suivantes : renforcement des capacités de quatre réseaux régionaux pour mettre en pratique des outils de prestation de services et élaborer un plan stratégique pour les jeunes HSH (UNFPA) ; activité sur la consommation de drogues et les consommateurs de drogues injectables (ONUDD) ; renforcement des capacités du personnel pénitentiaire (ONUDD) ; collaboration avec des jeunes des populations clés au Kazakhstan, au Kirghizstan et en Ukraine (UNESCO/ONUSIDA) ; organisation d'une rencontre entre juges de la région (PNUD) ; création d'une ligne d'assistance téléphonique régionale pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés (UNFPA).

4.2 Synthèse des réponses apportées aux questions d'évaluation

4.2.1 QE n° 1 (pertinence) et QE n° 3 (harmonisation et alignement)

QE n° 1 : Dans quelle mesure les activités du Programme commun sont-elles pertinentes pour répondre aux besoins et aux priorités de chaque population clé ?

QE n° 3 : Dans quelle mesure les activités de l'ONUSIDA sont-elles harmonisées et alignées, que ce soit au sein du Programme commun ou à l'extérieur, avec les interventions d'autres acteurs dans le pays ?

<p>Constat général</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les populations clés ne sont pas systématiquement associées aux processus d'élaboration des plans annuels du Programme commun. De plus, l'évaluation des besoins des populations clés d'un pays ne dicte pas toujours la hiérarchisation des activités du Programme commun dans le pays concerné. ■ L'accent est davantage mis sur des activités programmatiques plus générales – plus ou moins pertinentes pour les populations clés – que sur des activités destinées à des populations clés particulières. Il apparaît clairement que les activités destinées aux populations clés pourraient remonter dans l'ordre des priorités. ■ La combinaison d'activités n'exploite pas nécessairement l'avantage comparatif des coparrainants, mais reflète les niveaux de capacité des différentes institutions à soutenir des programmes destinés aux populations clés. ■ Les systèmes et services destinés aux populations clés ainsi que l'amélioration de l'environnement pour les PC sont l'objet d'une attention plus marquée que la pérennisation des financements nécessaires à la poursuite de programmes existants pour ces populations.
<p>Théorie du changement</p>	<p>La théorie du changement part du principe qu'une participation significative des populations clés est essentielle au travail du Programme commun, notamment pour planifier et concevoir les activités qui les concernent. On suppose que les plans annuels du Programme commun reposent sur des données épidémiologiques et une évaluation des besoins des différentes populations clés dans la riposte nationale au VIH, ce qui garantit un appui particulièrement adapté et ciblé. Résumé de l'évaluation : les éléments probants qui ressortent des études de cas quant à la validité de ces hypothèses sont mitigés – la participation significative des différentes populations clés aux <i>processus de planification annuelle</i> est variable selon les pays, et les activités ne sont pas toujours fondées sur des évaluations stratégiques des besoins. Les données indiquent que d'autres facteurs – brièveté des cycles de planification et de financement de l'UBRAF, contraintes financières, repositionnement stratégique des coparrainants concernant le travail sur le VIH et les populations clés – ont une incidence sur la pertinence, la cohérence et, probablement, l'impact des activités en rapport avec les populations clés.</p>

Dans les pays étudiés, les activités du Programme commun ont grandement contribué à faire progresser la riposte au VIH dans les populations clés. Les études de cas montrent que les activités mises en œuvre par l'ONUSIDA au fil du temps ont contribué à positionner et à établir le Programme commun comme un leader lorsqu'il s'agit de définir des actions pour les populations clés et de les promouvoir auprès des autorités nationales et des partenaires plus généralement. Dans les pays comme au niveau mondial, le Programme commun est largement considéré par les parties prenantes comme un partenaire neutre et digne de confiance chargé de défendre les droits humains. Il est également reconnu pour sa capacité à produire des informations stratégiques, des orientations et des conseils techniques en matière de programmes, à organiser et négocier des partenariats ou un appui technique, et à aider les populations clés, notamment à participer aux processus d'élaboration des plans nationaux.

Il existe des preuves de l'effet catalyseur d'activités du Programme commun qui, par exemple, ont permis d'aboutir à la mise en œuvre à grande échelle d'interventions de prévention et de traitement comme la PrEP en Thaïlande et en Ukraine ou les traitements médicalement assistés (TMA)⁵⁰ pour les consommateurs de drogues injectables au Kenya. Des éléments montrent également que le

⁵⁰ Au Kenya, les cliniques où sont dispensés ces traitements médicalement assistés sont soutenues par le PEPFAR. Ces établissements proposent un ensemble de services intégrés aux consommateurs de drogues injectables : traitements de substitution aux opiacés (méthadone) ; dépistage du VIH ; traitements antirétroviraux ; distribution de préservatifs ; vaccination anti-hépatique, diagnostic et prise en charge des hépatites virales ; prévention et traitement de la tuberculose ; prévention et traitement des overdoses. Axée sur la réduction des risques, la thérapie comprend une panoplie de services qui visent à atténuer les conséquences néfastes de la consommation de drogues et à protéger la santé publique.

Programme commun soutient l'innovation avec, par exemple, la mise au point d'une application pour protéger les travailleuses et travailleurs du sexe en Tunisie, ou la mise en place accélérée, avec l'appui technique de l'OMS, de modes de prestations de services différenciés durant la pandémie de COVID-19, qui bénéficient à certaines populations clés. En Ukraine, par exemple, les consommateurs de drogues injectables peuvent se faire administrer des traitements de substitution aux opiacés à domicile plutôt que d'avoir à se rendre dans un établissement de santé. Il existe des preuves solides de collaborations et de partenariats du Programme commun avec un large éventail d'entités qui ont été mobilisées pour des activités liées au VIH et aux populations clés – un point largement reconnu par de nombreuses parties prenantes consultées dans les pays étudiés (on trouvera plus de détails sur ces activités et leurs résultats dans la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 8 et dans les rapports des études de cas).

Dans les pays étudiés, on a trouvé moins d'éléments montrant une participation significative de représentants des populations clés et d'autres partenaires gouvernementaux et internationaux au processus de *planification annuelle* des activités du Programme commun pour ces populations. Les orientations de l'UBRAF⁵¹ soulignent l'importance pour l'ONUSIDA d'élaborer des plans fondés sur des données factuelles en concertation avec les populations clés et les partenaires nationaux et internationaux, afin de s'assurer que le soutien apporté par le Programme commun est, d'une part, adapté à la situation du pays, et d'autre part, cohérent avec la riposte nationale au VIH, y compris avec le travail effectué par d'autres partenaires ou bailleurs de fonds.

Même si les plans du Programme commun étaient généralement jugés en phase avec les plans stratégiques nationaux et les priorités des pays, sauf en Thaïlande, la participation des populations clés et des partenaires nationaux et internationaux aux processus de planification des activités annuelles était peu étayée. Au Pérou, au Kenya et en Tunisie, certaines populations clés consultées pour les besoins de cette évaluation n'étaient pas impliquées dans les activités les concernant mises en œuvre par certains coparrainants ou n'avaient pas connaissance de ces activités, voire ignoraient les priorités du Programme commun dans leur pays. En Ukraine, des informateurs clés – acteurs gouvernementaux, organisations non gouvernementales (ONG), représentants de populations clés et donateurs – ont indiqué que les récents processus de planification de l'équipe commune avaient été moins participatifs et que leur participation avait donc été limitée. Les raisons invoquées dans les pays où le même constat a été fait sont le peu de temps et la faiblesse des budgets disponibles pour la planification. Cela vient étayer des conclusions similaires issues du rapport intermédiaire sur l'examen de la mise en œuvre du plan d'action et du modèle opérationnel révisé du Programme commun⁵², qui soulignent également une participation non systématique des principales parties prenantes aux processus de planification annuelle, notamment pour des raisons de temps.

⁵¹ https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151103_UNAIDS_UBRAF_PCB37_15-19_FR.pdf
https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/PCBSS_2022-2026_UBRAF_Framework

⁵² <https://www.unaids.org/sites/default/files/Evaluation%20of%20the%20Joint%20Programme%20Action%20Plan%20%20Review%20Report.pdf>

L'incidence d'une participation des différentes populations clés aux processus de planification sur le positionnement et la pertinence du travail effectué et des activités mises en œuvre par le Programme commun pour ces populations est mise en évidence avec les exemples de la Thaïlande et du Kenya.

Des

Thaïlande

Le Programme commun est en mesure de jouer un rôle d'intermédiaire, ce qui lui permet de rassembler différents partenaires et prestataires d'appui technique pour l'aider dans sa tâche. Ce positionnement est stratégique et répond aux réalités des contraintes d'effectifs en Thaïlande. Le plan annuel du Programme commun est élaboré dans le cadre d'un processus participatif, qui rassemble le bureau de pays et les coparrainants de l'ONUSIDA, et de consultations avec des partenaires nationaux – y compris des associations de populations clés – et des partenaires donateurs internationaux. Le plan s'appuie sur des données épidémiologiques et des données du programme national, qui servent de base pour répondre aux besoins établis de certaines populations clés. C'est ainsi que la priorité a été donnée aux consommateurs de drogues injectables (le domaine le moins performant de la riposte nationale au VIH) et aux personnes transgenres (une population dans laquelle la prévalence du VIH reste élevée). Les priorités du gouvernement et d'autres partenaires sont prises en considération pour s'assurer que les activités correspondent aux besoins nationaux. Par exemple, la priorité n'a été accordée ni aux travailleuses et travailleurs du sexe – à l'exception des personnes LGBTIQ+ qui font commerce du sexe – en raison de la faible prévalence du VIH et d'une forte

Kenya

Au cours des dix dernières années, le Programme commun a joué un rôle essentiel en soutenant des actions pour les populations clés sous la direction du ministère de la Santé. Des progrès importants ont ainsi été réalisés concernant les programmes destinés à ces populations, des programmes dirigés à l'origine par des associations de travailleuses du sexe et d'HSH. Les programmes sont dirigés par des pairs, avec des associations qui participent à leur élaboration et à la mise en place de services de prévention et de traitement. Ces associations influent également sur les politiques et deviennent des partenaires égaux dans la riposte au VIH. Les populations clés n'ont pas participé aux processus de planification annuelle de l'équipe commune. Certains informateurs clés ont l'impression que le rôle et l'action du Programme commun auprès des populations clés ont perdu en visibilité et en clarté au fur et à mesure que la riposte s'intensifiait dans ces populations. Selon certains informateurs, dans un pays comme le Kenya où la majeure partie de la programmation est gérée par le gouvernement et les associations de populations clés, la participation de représentants de ces populations et d'autres partenaires aux processus d'élaboration des plans annuels pourrait

informations plus détaillées figurent dans les rapports des études de cas.

Dans les pays étudiés, peu d'éléments concrets montrent, d'une part, que les plans annuels et les activités du Programme commun reposent sur des évaluations stratégiques récentes des besoins des différentes populations clés, et d'autre part, que l'ordre de priorité des activités est dicté par ces évaluations. Dans les documents de planification annuelle du Programme commun et les priorités stratégiques de l'UBRAF, les populations clés sont souvent mentionnées avec d'autres populations en distinguant peu ces différents groupes entre eux, dans des formulations comme « populations vulnérables et populations clés » ou encore « jeunes, adolescents et populations clés ». Par ailleurs, il est rare qu'une distinction soit faite entre les différents groupes qui constituent les « populations clés ». Peu d'éléments montrent en outre que les activités programmées dans le cadre de ces priorités reposent sur des évaluations stratégiques récentes des besoins des différentes populations clés. Il est donc difficile de déterminer dans quelle mesure les activités du Programme commun correspondent précisément aux lacunes à combler et aux priorités des différentes populations clés au niveau des pays.

Concernant ce point, il ressort clairement des études de cas que les plans annuels résultent davantage d'une série d'activités propres aux coparrainants que d'une stratégie de travail globale du Programme commun pour les populations clés dans les pays. Très peu d'éléments montrent en outre que les activités en rapport avec les populations clés sont étayées par une théorie du changement expliquant comment et pourquoi les activités prévues devraient provoquer un changement. Le fait de ne pas s'appuyer sur une théorie du changement, notamment pour les activités du Programme commun qui portent sur les populations clés, est souvent considéré comme un point faible par les informateurs clés interrogés pour cette évaluation.

De multiples facteurs influent sur le choix, la pertinence et la cohérence des plans du Programme commun pour les populations clés dans les pays. La brièveté des périodes de planification et des cycles de financement et de décaissement de l'UBRAF (12 mois maximum) peut avoir une incidence sur la vision stratégique du Programme commun, ce qui se traduit par des activités qui n'ont pas pu être mises en œuvre dans les délais impartis. Par ailleurs, selon certains informateurs clés, y compris chez les coparrainants, la mobilisation de ressources autres que les fonds de base de l'UBRAF – c'est-à-dire auprès d'autres donateurs – influe sur la cohérence des activités du Programme commun, ce qui donne lieu à des plans qui reflètent davantage une approche « projet par projet ». En outre, lorsque les coparrainants reçoivent des fonds de donateurs et que la part du financement de l'UBRAF devient minime, cela peut avoir une incidence sur l'affectation des ressources et sur la disponibilité du personnel des coparrainants pour mettre en œuvre d'autres activités du Programme commun (voir la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 4).

Les études de cas révèlent la nécessité de renforcer la coordination et la collaboration au sein des équipes communes. La coordination et la collaboration fonctionnent bien avec les partenaires extérieurs. Des données issues de toutes les études de cas suggèrent que la coordination et la collaboration pourraient être renforcées au sein des équipes communes, ce qui améliorerait la cohérence des plans de travail nationaux, y compris en ce qui concerne les activités en rapport avec les populations clés. Les points suivants sont souvent cités dans les pays : les membres de l'équipe commune ne savent pas toujours ce que font les autres ; le degré de collaboration et de détermination à travailler sur les populations clés est inégal au sein de l'équipe ; les réunions de l'équipe ont tendance à se concentrer davantage sur le compte rendu d'activités et/ou les propositions des coparrainants concernant l'utilisation de l'enveloppe allouée au pays, et moins sur une stratégie commune ; l'utilisation de l'enveloppe allouée au pays n'est pas aussi stratégique qu'elle pourrait l'être, ce qui donne lieu à un ensemble de projets distincts, plus ou moins rattachés à une priorité stratégique de l'UBRAF dans le plan commun (voir la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 4).

« Je pense que c'est un problème important qui doit être réglé. Avec une meilleure collaboration autour d'un même objectif, nous aurions immédiatement plus de résultats. Il serait préférable que les quatre institutions aillent ensemble au ministère pour parler d'un même sujet plutôt que d'y aller séparément avec chacune ses priorités et ses projets. Je crois que c'est l'un des principaux problèmes. » (Informateur clé, Équipe commune)

Le degré de collaboration avec les partenaires nationaux qui travaillent sur les populations clés est jugé satisfaisant. L'existence de relations solides et étroites avec des partenaires internationaux (principalement le Fonds mondial et le PEPFAR) et des partenaires nationaux (ministères et organisations dirigées par des populations clés) est établie, en particulier pour mettre en œuvre les activités. Le Programme commun participe activement aux principaux aspects de la riposte au VIH, notamment à la préparation des demandes de financement présentées au Fonds mondial, aux discussions sur le plan opérationnel national du PEPFAR, et à l'élaboration des programmes et aux

stratégies de lutte contre le sida des pays. L'une des principales fonctions du Programme commun est, d'une part, de convoquer des groupes de travail techniques et/ou de coordonner le travail de ces groupes, et d'autre part, de faciliter les consultations des populations clés et la participation de celles-ci à la préparation de ces documents et aux processus décisionnels. Ce rôle ressort clairement des études de cas, avec des populations clés qui participent souvent à de tels processus dans les pays étudiés (voir la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 6 pour plus de précisions).

Dans les pays étudiés, le travail du Programme commun sur les populations clés comprend un large éventail d'activités plus ou moins axées sur certaines populations ou plus ou moins pertinentes pour ces populations. Plusieurs points ont été relevés dans les études de cas.

Les activités mises en œuvre par le Programme commun en rapport avec les populations clés se divisent généralement en plusieurs catégories :

- Les activités fortement axées sur les populations clés. Certaines de ces activités concernent toutes les populations clés (p. ex. le coût unitaire des services assurés par des organisations de la société civile pour ces populations), bien que la plupart des activités se concentrent généralement sur une population clé particulière comme les travailleuses et travailleurs du sexe ou les consommateurs de drogues injectables.
- Les activités programmatiques de portée plus générale qui concernent les populations clés, mais aussi d'autres populations. Il peut s'agir d'activités portant sur la PrEP ou sur les droits humains, la stigmatisation et la discrimination, des activités qui incluent ou non une population clé particulière.
- Les activités qui s'adressent principalement à des populations autres que les populations clés. Il peut s'agir d'activités axées sur les adolescentes et les jeunes femmes ou d'autres catégories de jeunes, mais dont les jeunes des populations clés peuvent éventuellement bénéficier.

Les activités mises en œuvre par le Programme commun dans les pays étudiés appartiennent à ces différentes catégories. Cela étant, les activités fortement axées sur les populations clés sont minoritaires dans l'ensemble des activités mises en œuvre dans un pays. Même si les activités de portée plus générale peuvent être pertinentes pour mener une riposte efficace au VIH dans les populations clés, cet aspect n'est pas toujours mentionné et ces activités ne sont pas toujours pensées pour bénéficier en premier lieu à ces populations. La pertinence de ces activités dépendra de l'activité elle-même et du contexte épidémiologique. En Thaïlande, par exemple, le soutien à la PrEP est une activité de portée générale qui, dans ce contexte, répond aux besoins stratégiques des populations clés.

Les études de cas montrent également que le Programme commun finance à divers degrés des activités axées sur la population générale et/ou sur d'autres populations comme les jeunes et les adolescents, qui touchent moins les populations clés. La question n'est pas de savoir s'il existe un besoin pour ce type de programmes, mais s'il est opportun d'affecter les fonds de l'UBRAF ou de donateurs – qui sont limités – à des activités qui ne s'adressent pas plus spécifiquement aux populations clés. Les éléments disponibles donnent à penser que le Programme commun pourrait axer davantage ses activités sur les populations clés et y consacrer une part plus importante de ses ressources.

Les activités mises en œuvre par le Programme commun dans les pays étudiés correspondent dans une large mesure aux domaines d'activité définis dans la théorie du changement, la plupart des activités pouvant contribuer aux résultats intermédiaires n° 1 (prestation accrue de services complets et intégrés à destination des populations clés dans des environnements accueillants et sûrs) et n° 2

(changements d'orientation liés à l'abolition des lois répressives et discriminatoires et à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination). En revanche, une moindre attention a été portée au résultat intermédiaire n° 3, à savoir la création de mécanismes de financement pour pérenniser les programmes destinés aux populations clés (se reporter également à la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 8 pour voir comment les activités contribuent aux résultats intermédiaires).

La combinaison des activités ne résulte pas nécessairement de l'exploitation des avantages comparatifs des coparrainants dans la division du travail, mais reflètent plutôt des niveaux de capacité différents dans l'ensemble du Programme commun pour soutenir des programmes destinés aux populations clés. D'importantes coupes budgétaires intervenues dans l'UBRAF en 2016 ont amené à réorganiser les programmes de lutte contre le VIH des coparrainants, avec des conséquences sur la capacité à mettre en œuvre des programmes pour les populations clés (voir également la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 4). On notera à cet égard que le nombre de coparrainants travaillant sur la riposte au VIH dans les populations clés a diminué dans les pays étudiés. Les éléments disponibles donnent à penser que les raisons de ce désengagement sont les suivantes :

- Les réductions budgétaires ont entraîné une diminution des ressources financières et humaines de certains coparrainants, d'où une moindre capacité à remplir les rôles et responsabilités qui leur ont été assignés dans le cadre de la répartition des tâches. Cela ne va pas dans le sens de la division du travail, dont l'objectif est d'exploiter les avantages comparatifs des différentes institutions.
- Certains coparrainants du Programme commun, tels que l'UNICEF, l'UNFPA, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale, ont procédé à un repositionnement stratégique de leurs activités dans le domaine du VIH – comme en témoignent leurs stratégies mondiales – et se concentrent sur ce qui constitue traditionnellement leur « cœur de métier », auquel ils intègrent des activités sur le VIH. Cela a des répercussions sur les programmes destinés aux populations clés, ce qui est moins clairement dit. Par exemple, la Banque mondiale intègre la riposte au VIH dans des programmes de santé plus vastes – en particulier la couverture sanitaire universelle et le renforcement des systèmes de santé – et s'efforce de s'attaquer aux principaux facteurs non sanitaires, comme le genre, qui influent sur le risque de contracter le VIH (p. ex. la violence fondée sur le genre et l'autonomisation économique). Des éléments montrent que des changements sont intervenus dans la programmation dans les pays étudiés. En Thaïlande, par exemple, l'UNICEF a cessé progressivement de travailler sur le VIH et se concentre désormais sur les services de santé intégrés pour les adolescents, ce qui inclut la santé sexuelle et reproductive, les grossesses précoces, la santé mentale et la nutrition.

Il existe des arguments selon lesquels, en élargissant le champ de la riposte au VIH à la santé de manière générale, aux objectifs de développement durable et à l'objectif de ne laisser personne de côté, il est encore possible de se concentrer sur des populations clés, p. ex. les travailleuses et travailleurs du sexe, dans le cadre de services complets intégrant davantage VIH, santé sexuelle et reproductive et/ou IST et hépatites virales. Il existe également un argument selon lequel les approches intégrées permettent de s'attaquer durablement aux déterminants structurels des inégalités qui entravent l'accès des populations clés aux services. Il semble cependant que ces approches aient des avantages, mais aussi des inconvénients, parmi lesquels le risque de voir le Programme commun ne plus se concentrer sur les populations clés à un moment où, au contraire, il faudrait déployer des programmes spécifiques à plus grande échelle pour enrayer la hausse de l'incidence du VIH chez les personnes de ces populations et leurs partenaires sexuels.

Il existe des preuves solides de la production par le Programme commun d'outils et d'orientations concernant les populations clés aux niveaux mondial et régional, qui doivent servir à élaborer des plans et des activités utiles sur la base de données factuelles. Il y a en revanche moins d'éléments concrets montrant que ces produits sont effectivement utilisés dans les pays étudiés. La production d'orientations et d'outils fondés sur des données factuelles pour aider à élaborer des programmes pour les populations clés est une activité importante pour le Programme commun. Il existe ainsi toute une série d'orientations techniques, d'outils et de documents exposant des bonnes pratiques fondées sur l'expérience acquise dans les régions et à l'échelle mondiale, pour traiter les besoins spécifiques des différentes populations clés.

En collaboration avec des réseaux mondiaux de populations clés, les coparrainants de l'ONUSIDA ont élaboré des outils de mise en œuvre propres aux programmes destinés aux différentes populations – travailleuses et travailleurs du sexe, consommateurs de drogues injectables, personnes transgenres⁵³, homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes –, ce qui est considéré par certains informateurs clés extérieurs au Programme commun comme la « meilleure pratique ». Par exemple, le PNUD a produit un guide de bonnes pratiques pour la prise en charge des détenus transgenres. Le guide contient des recommandations concernant la prestation de services de lutte contre le VIH en milieu carcéral et représente l'un des rares produits qui traitent des besoins intersectionnels de cette population. En collaboration avec le PNUD, l'UNFPA et l'ONUSIDA, l'UNICEF a également produit en 2018 une boîte à outils pour élaborer des programmes de prévention du VIH pour les jeunes des populations clés – TS, TG, CDI et HSH en particulier.

S'il existe des preuves solides de l'utilisation des documents d'orientation de l'ONUSIDA concernant les populations clés par le Fonds mondial et le PEPFAR et de l'adoption des directives techniques de l'OMS, il y a en revanche moins d'éléments concrets montrant que les outils conçus pour éclairer l'élaboration de programmes pour ces populations sont adoptés et utilisés dans les pays étudiés. Si le rôle du Secrétariat de l'ONUSIDA dans la diffusion des documents d'orientation et des outils est établi, les données sont plus fragmentaires pour ce qui est de la responsabilité collective du Programme commun concernant la promotion et l'utilisation des produits. Certains informateurs clés ont cité les contraintes de financement comme une des raisons expliquant la promotion et l'utilisation insuffisantes des produits par le Programme commun. Les données recueillies en Tunisie indiquent que les outils mis au point au niveau régional ne sont pas systématiquement utilisés parce qu'ils sont trop génériques pour des pays aussi divers que ceux couverts par le bureau régional de la Méditerranée orientale, ce qui montre combien il importe d'associer les parties prenantes et les populations clés locales à l'élaboration de ces outils.

⁵³ Réf. : <https://www.nswp.org/fr/resource/outil-de-mise-en-oeuvre-pour-les-travailleuses-du-sexe-swit>
<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/resources/>

4.2.2 QE n° 2 (droits humains et égalité des genres)

QE n° 2 : Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il pris en compte les droits humains, l'égalité des genres et les populations clés les plus vulnérables dans la conception et le choix des activités mises en œuvre⁵⁴ ?

Constat général	<ul style="list-style-type: none">■ La prise en compte des droits humains et de l'égalité des genres apparaît clairement dans la conception des activités du Programme commun, celles-ci comportant des volets portant sur les droits humains des populations clés et l'amélioration de l'environnement pour ces populations, qui dépassent souvent la seule problématique du VIH/sida.■ Alors que toutes les populations clés sont marginalisées, il ressort des études de pays que les jeunes des populations clés, les personnes transgenres et la population carcérale bénéficient d'une attention moindre.■ Les définitions actuelles des populations clés ne reflètent pas de manière satisfaisante la diversité de ces populations, ni le caractère intersectionnel des vulnérabilités et des besoins d'une population à l'autre ou au sein même d'une population. Cette situation a une incidence sur la pertinence et l'efficacité du travail effectué par le Programme commun auprès des populations clés.
Théorie du changement	La théorie du changement part du principe que les activités du Programme commun dans le domaine des droits humains et de l'égalité des genres pour les populations clés, ainsi que son action pour réduire les obstacles juridiques, politiques et sociétaux qui entravent l'accès aux services, vont accélérer les changements politiques et juridiques et encourager l'évolution des comportements et des mentalités. Résumé de l'évaluation : les données tirées des études de cas laissent penser que cette hypothèse est valide et que les activités mises en œuvre contribuent à la réussite des actions menées en faveur des populations clés. Il semble cependant que ces activités n'aient pas encore permis de transformer suffisamment un environnement qui entrave l'accès aux services de santé pour les populations clés et fait obstacle à la prestation de services pour ces populations. L'évaluation révèle également, d'une part, que toutes les populations clés ne sont pas traitées à égalité, et d'autre part, que les définitions actuelles des populations clés sont trop restreintes et ne reflètent ni la diversité de ces populations, ni la nature intersectionnelle de leurs besoins, ce qui a des répercussions sur la prestation de services centrées sur la personne et le recours à de tels services (résultat intermédiaire n° 1).

Il ressort des études de cas que les droits humains et l'égalité des genres sont pris en compte dans la conception des interventions menées dans le cadre du Programme commun en faveur des populations clés. La prise en compte des questions relatives aux droits humains et la promotion de l'égalité des genres figurent parmi les priorités stratégiques définies pour 2018-2021 dans les plans de l'équipe commune dans les six pays étudiés. En revanche, le centrage sur les populations clés des activités portant sur les droits humains, l'égalité des genres et l'amélioration de l'environnement est variable. Certaines activités s'adressent aux populations clés, tandis que d'autres visent à rendre l'environnement politique plus favorable dans des domaines qui, souvent, ne se limitent pas à la riposte au VIH. Dans les pays étudiés, le PNUD, l'ONUSIDA et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont joué un rôle de premier plan dans le travail sur les droits humains, souvent en collaboration avec des organisations dirigées par des populations clés, mais aussi, selon le contexte, avec des ministères, des commissions parlementaires et les forces de l'ordre.

⁵⁴ Les éléments à l'appui des résultats présentés dans cette section proviennent d'entretiens menés avec des informateurs clés et de sources documentaires examinées dans le cadre des études de cas nationales et mondiales. Les sources de données et de documentation sont de bonne qualité, mais les éléments disponibles pour valider toutes les hypothèses liées à cette question d'évaluation sont peu nombreux.

Les activités portant sur les questions d'égalité des genres et concernant les populations clés sont moins perceptibles dans les études de cas hormis quelques exemples. En Tunisie, ONU Femmes a mené des activités s'adressant aux travailleuses du sexe et aux consommatrices de drogues injectables (des activités écourtées lorsque l'entité a cessé de travailler en Tunisie). Au Cameroun, des rapports annuels ont été produits sur la violence fondée sur le genre et la violence contre la communauté LGBTIQ+. Le Secrétariat de l'ONUSIDA œuvre pour l'égalité des genres, une question que l'on retrouve également dans l'ensemble du travail des coparrainants (HCR, UNICEF, PNUD, UNFPA, ONUDC, ONU Femmes, OMS) et pas seulement dans des activités en lien avec la riposte au VIH ou les populations clés. En Ukraine, par exemple, la stratégie du PNUD pour l'égalité des genres 2019-2022 fournit une feuille de route pour promouvoir et intégrer l'égalité des genres dans tous les aspects du travail de l'organisation. Au Cameroun, une grande partie du budget d'ONU Femmes est consacrée à la promotion de l'égalité des genres de manière générale – gouvernance économique, leadership et participation politique des femmes.

Des progrès ont été faits pour prendre en compte les besoins des populations clés marginalisées, mais des lacunes importantes subsistent en matière de programmation, notamment pour les jeunes, les personnes transgenres et la population carcérale qui, à des degrés divers, sont les oubliés des programmes dans les pays étudiés. Il existe de solides preuves des efforts déployés par le Programme concernant les populations clés les plus marginalisées : production d'informations stratégiques pour des populations clés existantes ou jusque-là ignorées (p. ex. les personnes transgenres en Tunisie et en Thaïlande) ; plaidoyer en faveur de la participation des populations clés à l'élaboration de plans nationaux et de documents de financement (p. ex. participation pour la première fois en 2021 de femmes et de filles faisant commerce du sexe à la préparation de la demande de financement présentée par le Pérou au Fonds mondial ; promotion des droits des détenus en Ukraine ; traitement de la question des droits des personnes transgenres et des consommateurs de drogues injectables au Cameroun.

Il ressort toutefois de la plupart des études de cas que certaines populations clés sont moins prises en compte que d'autres, ce qui est également visible dans les activités mises en œuvre par le Programme commun dans les pays étudiés, où une attention nettement moindre est portée aux jeunes des populations clés, à la population carcérale et aux personnes transgenres. L'attention plus ou moins forte accordée à certaines populations clés plutôt qu'à d'autres dépend du contexte, comme le montre l'exemple du Kenya où les activités du Programme commun concernent principalement les consommateurs de drogues injectables, en partie parce que l'ONUDC reçoit des fonds des États-Unis pour mettre en œuvre un projet de traitement médical assisté. D'autres populations clés pourtant reconnues comme des groupes hautement prioritaires dans le plan stratégique national – les jeunes des populations clés par exemple – ont reçu moins d'attention de la part du Programme commun. Si le fait de recevoir des fonds de donateurs pour un projet destiné à une population clé particulière permet de financer et d'intensifier des programmes mis en œuvre par les coparrainants, cela peut toutefois nuire à la cohérence globale du portefeuille d'activités du Programme commun et orienter, voire fausser, l'ordre de priorité des programmes destinés aux différentes populations clés.

Tableau 5 : Exemples d'activités sur les droits humains concernant les populations clés

Domaines d'activité de la théorie du changement	Activités sur les droits humains dans les plans communs 2018-2021 des pays étudiés
Production d'informations stratégiques pour les populations clés	<ul style="list-style-type: none"> ■ En Tunisie, les données concernant les personnes transgenres sont très limitées. Premier exercice de ce type dans le pays, le recensement des personnes transgenres, lancé par l'UNFPA et réalisé par l'Association tunisienne de prévention positive (ATP+), a permis d'établir les besoins de cette population. L'exercice a mis en évidence un usage limité du préservatif et des taux extrêmement élevés d'infections sexuellement transmissibles dans cette population clé. L'utilisation de ces données factuelles, appuyées par le plaidoyer du Secrétariat de l'ONUSIDA et de l'UNFPA, a débouché sur l'intégration d'interventions axées sur les personnes transgenres dans la stratégie nationale 2021-2025, avec une cible précise : 95 % des personnes transgenres, dans toute leur diversité, doivent pouvoir bénéficier de services de prévention combinée sensibles au genre et adaptés à leurs besoins et spécificités conformément aux normes nationales.
Éliminer les obstacles qui empêchent les populations clés d'accéder aux services	<ul style="list-style-type: none"> ■ En Thaïlande, l'état d'avancement des activités destinées à faire reculer la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé a été suivi au moyen d'objectifs mesurables, d'indicateurs normalisés et de données collectées. ■ Au Kenya, l'ONUSDC contribue aux droits humains des consommatrices de drogues injectables en soutenant un système permettant aux femmes de bénéficier sans rendez-vous des services offerts par les cliniques qui proposent des traitements médicalement assistés. Des discussions se tiennent également en vue d'établir une journée spécifique pour les femmes ainsi que des horaires réservés aux travailleuses du sexe. Un soutien est en outre apporté à l'association MEWA – une organisation de la société civile active auprès des femmes qui consomment des drogues injectables – pour ouvrir un refuge destiné à accueillir les travailleuses du sexe qui consomment des drogues et subissent des violences.

Il existe des preuves de la participation du Programme commun à la concrétisation de partenariats mondiaux et d'initiatives en faveur des droits humains dans deux pays étudiés. En revanche, la manière dont ces initiatives sont mises en œuvre et pérennisées n'est guère détaillée. Au Cameroun, le travail sur la stigmatisation et la discrimination s'est déroulé dans le cadre du Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH. Le Programme commun (Secrétariat de l'ONUSIDA, UNICEF, ONU Femmes, OIT) a organisé des formations, des tables rondes et des ateliers à l'intention du personnel des établissements de santé, des forces de sécurité et des magistrats à Yaoundé et Douala, des responsables communautaires (chefferies, clergé) et des organismes gouvernementaux, touchant ainsi plus de 300 personnes.

Selon l'étude de cas, le Programme commun adopte une approche progressive visant à favoriser l'instauration d'un environnement propice aux populations clés, grâce notamment à son travail sur la stigmatisation et les droits humains. Ce travail se concentre sur une évolution du plaidoyer, des partenariats avec le gouvernement et la formulation des problèmes de droits humains et d'accès à la santé des personnes transgenres et des consommateurs de drogues injectables dans le cadre du Programme 2030. Cela aurait suscité une attention et modifié le paysage des droits humains pour les populations clés.

La Tunisie a dressé un bilan de sa participation à l'étude de référence de l'initiative « Lever les obstacles » du Fonds mondial menée en 2018. Le rapport a contribué à l'élaboration d'une stratégie nationale sur les droits humains et le VIH et a permis de mobiliser des fonds à effet catalyseur du Fonds mondial pour financer des interventions dans ce domaine. Un contrat a ainsi été passé avec Avocats Sans Frontières (ASF) pour fournir un soutien juridique aux populations clés et un coordinateur du projet du Fonds mondial sur les droits humains et le VIH a été désigné. Les études de cas montrent que le rôle de soutien du Programme commun à l'initiative « Lever les obstacles » est limité, mais une grande partie de son travail en Tunisie vise à améliorer l'environnement et à protéger les droits des populations clés. Des documents d'orientation visant à défendre les droits de ces populations ont ainsi été élaborés, une évaluation de l'environnement juridique a été menée avec le soutien du PNUD, et des études complémentaires sur les droits humains et le VIH ont été effectuées. L'impact de ces réalisations reste difficile à cerner (voir également la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 8).

La prise en compte des besoins intersectionnels des différentes populations clés ne figure pas en bonne place dans les directives techniques et programmatiques du Programme commun au niveau mondial, une situation que l'on retrouve au niveau des pays. Quelques éléments seulement font état d'un travail sur l'intersectionnalité dans les pays étudiés, le plus avancé étant réalisé en Thaïlande. Selon certains documents examinés et les informations recueillies à l'échelle mondiale lors d'entretiens avec des membres de populations clés, la prise en compte des vulnérabilités et des besoins intersectionnels des différentes populations clés est un aspect important qui se concrétise déjà dans les programmes dirigés par la communauté, mais qui n'est pas mis en avant ou qui n'est pas traité suffisamment dans les documents, les stratégies et les orientations du Programme commun. Certains éléments montrent cependant que la situation est en train d'évoluer. Le PNUD a ainsi élaboré un document d'orientation sur les besoins des personnes transgenres séropositives en détention (voir l'exemple de la Thaïlande ci-dessous). L'OMS a mis en place un groupe de travail sur la prise en charge du changement de genre, auquel participent des représentants des populations clés, y compris des jeunes. Par ailleurs, il semble y avoir des interprétations différentes de ce que l'on entend par « intersectionnalité » dans le contexte des besoins des différentes populations clés et de la prestation de services pour ces populations, et par rapport à d'autres populations vulnérables. Par exemple, la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 fait référence aux *inégalités croisées*, mais elle ne différencie pas les inégalités que subissent les populations clés des inégalités auxquelles sont confrontées d'autres populations prioritaires mentionnées (p. ex. les adolescents et les jeunes, les femmes et les filles).

Les études de cas montrent que, la plupart du temps, les programmes destinés aux populations clés sont structurés selon les définitions utilisées pour cette évaluation, c'est-à-dire les travailleuses et les travailleurs du sexe (qui sont rarement séparés dans deux catégories différentes), les consommateurs de drogues injectables, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et la population carcérale. Les documents examinés et les informations recueillies à l'échelle mondiale lors d'entretiens confirment, d'une part, les progrès limités réalisés pour décroquer ces différentes catégories, et d'autre part, la difficulté de produire des données pertinentes pour répondre aux besoins intersectionnels des populations clés alors qu'il existe encore un déficit de données important concernant les populations mentionnées ci-dessus, notamment les personnes transgenres. Il ressort en outre des éléments dont on dispose que le Programme commun devrait faire évoluer sa conception des populations clés, dans toute leur diversité, afin d'accroître la pertinence du soutien apporté aux populations dont il est censé répondre aux besoins. Dans une certaine mesure, cela commence à se concrétiser avec la distinction des

personnes transgenres et des HSH dans les données collectées pour le système mondial de suivi de la pandémie de VIH/sida (GAM). Certains éléments, très limités, issus des études de cas montrent que quelques programmes intersectionnels sont actuellement mis en œuvre, même si cela est très variable d'un pays à l'autre, la Thaïlande étant le pays le plus avancé dans ce domaine.

En **Thaïlande**, une approche intersectionnelle a été adoptée dans un grand nombre d'activités – mises en œuvre principalement avec et pour les consommateurs de drogues injectables – conformément à la priorité accordée par le Programme commun à cette population clé. Plusieurs de ces activités concernent les femmes et les filles, la communauté LGBTQI+, la population carcérale, les jeunes des populations clés, les travailleuses et travailleurs du sexe, et les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Une telle approche est pertinente et appropriée dans la mesure où la consommation de drogues est un phénomène courant dans toutes les populations clés. Une approche intersectionnelle a également été adoptée pour certaines activités axées sur les personnes transgenres, avec l'élaboration par le PNUD de documents d'orientation sur les bonnes pratiques concernant les travailleuses et travailleurs du sexe transgenres et les personnes transgenres en détention.

4.2.3 QE n° 4 (capacités et ressources)

QE n° 4 : Dans quelle mesure les capacités et les ressources du Programme commun sont-elles adaptées pour travailler avec et pour les populations clés⁵⁵ ?

Constat général	<ul style="list-style-type: none">■ Des coupes budgétaires ont accéléré le repositionnement des programmes relatifs au VIH et aux PC dans les stratégies et les programmes de travail des coparrainants, avec des programmes sans doute moins axés sur les populations clés.■ En raison de la nature des activités destinées aux populations clés, il est difficile de mobiliser des ressources autres que celles de l'UBRAF pour financer de telles activités. Des financements extérieurs peuvent favoriser une approche projet par projet, ce qui peut nuire à l'orientation stratégique et la cohérence des plans élaborés à l'échelle mondiale et dans les pays pour les populations clés.■ Les directives et orientations concernant l'affectation prioritaire des ressources de l'UBRAF par rapport aux priorités stratégiques de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 sont peu nombreuses.■ Les déficits notables de capacité et d'expertise du Programme commun sont les suivants : prévention du VIH, questions relatives au genre et à la sexualité, manque de personnel travaillant sur les données, manque de personnel issu des populations clés – personnes transgenres et jeunes des populations clés notamment –, peu de personnel possédant une expertise des populations clés dans les pays.■ Le système de suivi du Programme commun ne peut pas être utilisé pour une programmation stratégique. Il est difficile de se faire une idée du volume des investissements consacrés aux populations clés ainsi que des activités du Programme commun et des résultats obtenus, ce qui pourrait nuire aux futures contributions financières.
Théorie du changement	La théorie du changement part du principe que, pour mettre en œuvre ses activités, le Programme commun dispose de ressources (humaines et financières) et de capacités suffisantes lui permettant d'assurer la direction technique et de se mobiliser pour répondre aux besoins des populations clés. Résumé de l'évaluation : cette hypothèse est affaiblie par les éléments recueillis, qui mettent en évidence les effets de la situation financière du Programme commun sur les programmes destinés aux populations clés. La position et les investissements du Programme commun s'en sont trouvés amoindris, de même que sa capacité à soutenir des actions en faveur des populations clés. Cette situation a eu une incidence sur la mise en œuvre de la stratégie d'accélération de la riposte au VIH et aura également une incidence sur la concrétisation des résultats stratégiques prioritaires de la nouvelle stratégie.

Le financement du Programme commun a été fortement réduit. Ces coupes budgétaires, qui ont conduit à la réorganisation et au repositionnement stratégiques de la riposte au VIH et des actions en faveur des populations clés, ont une incidence sur les effectifs du Programme commun et sa capacité à mettre en œuvre des activités pour ces populations. Les capacités et les effectifs du Programme commun consacrés aux programmes pour les populations clés sont limités. Les données montrent que, depuis la fin des objectifs du Millénaire pour le développement et le passage à l'ère des objectifs de développement durable, la baisse des ressources du Programme commun a eu des répercussions toujours plus importantes sur la riposte au VIH. Par ailleurs, la baisse des capacités de programmation dans le domaine du VIH a été accélérée par la compression du budget de l'UBRAF en

⁵⁵ Le constat s'appuie sur des éléments solides provenant de plusieurs sources recoupées, notamment des entretiens avec des représentants des coparrainants, des donateurs et des réseaux de populations clés au niveau mondial, et des entretiens avec des informateurs clés menés dans les pays étudiés. Parmi les autres sources de données figurent des évaluations récentes du Programme commun et de la riposte de l'UNFPA au VIH, des examens du modèle des enveloppes allouées aux pays et des rapports intermédiaires du Secrétariat et des coparrainants de l'ONUSIDA. Les résultats concernant les capacités ont été vérifiés par recoupement de manière informelle avec l'équipe chargée d'évaluer les capacités de l'ONUSIDA, et ils corroborent les conclusions de l'équipe.

2016. Depuis cette date, les ressources et les effectifs consacrés à la riposte au VIH et aux actions pour les populations clés ont considérablement diminué dans l'ensemble du Programme commun et plus particulièrement chez les coparrainants.

Par exemple, selon certains informateurs clés, le budget UBRAF de l'UNICEF pour le VIH a diminué de 80 % durant la période de la stratégie d'accélération, ce qui a conduit l'institution à réorganiser son action dans ce domaine. L'UNFPA a également vu diminuer ses ressources consacrées à la riposte au VIH **avec**, d'une part, des fonds de base UBRAF qui sont passés de 10,5 millions à 2 millions de dollars (à l'exclusion des fonds des enveloppes alloués au pays) en 2016, et d'autre part, une réduction de 29 % des effectifs dédiés à la riposte au VIH au niveau des régions et des pays entre 2016 et 2019. Plus de 50 % des postes à plein temps consacrés au VIH au siège de l'UNFPA ont été supprimés, ce qui s'est traduit par la fusion des unités VIH/sida et santé sexuelle et reproductive. Comme pour le PNUD (voir ci-dessous), les points focaux de l'UNFPA s'occupent également des questions relatives à la jeunesse et à la SDSP.

Le PNUD, l'ONUSIDA et l'UNESCO ont également fait état de coupes budgétaires qui ont eu une incidence sur la place de la lutte contre le VIH dans l'ordre de leurs priorités et sur les effectifs dédiés à ces activités. Le PNUD n'a plus de point focal VIH dans chaque pays et le personnel partage souvent son temps de travail entre le VIH et d'autres sujets comme les jeunes ou les questions de genre. Cette situation n'est pas propice à l'élaboration de programmes pour les populations clés – une tâche difficile qui nécessite de travailler avec les gouvernements lorsque ces populations sont criminalisées (ce qui est le cas dans la plupart des pays) et qui demande des capacités, une expertise, voire un intérêt pour ces questions, que le personnel n'aura pas forcément.

Pour plusieurs informateurs interrogés aux niveaux mondial et national, la réduction des budgets et des effectifs affectés à la riposte au VIH et les capacités moindres de plusieurs coparrainants dans ce domaine ont grandement diminué la capacité globale de l'ONUSIDA à mettre en œuvre des programmes pour les populations clés. Avec moins de spécialistes et moins de personnels travaillant spécifiquement sur les populations clés, la capacité du Programme commun à assurer la direction technique dans les pays, à déployer des programmes à plus grande échelle et à mettre en œuvre la stratégie d'accélération s'en est trouvée amoindrie. Parmi les déficits de capacité relevés durant la présente évaluation, on mentionnera : un besoin accru d'expertise en matière de prévention du VIH ; une meilleure compréhension des besoins des différentes populations clés (qui ne forment pas « une population ») ; une expertise sur les questions de genre et de sexualité ; une présence insuffisante des populations clés au sein du personnel, notamment celles qui peinent encore à se faire entendre, comme les personnes transgenres ou les jeunes des PC ; une baisse de l'expertise disponible dans les pays concernant les populations clés. Il existe peu de données sur la diversité du personnel au sein du Programme commun (voir l'encadré 2 ci-dessous). Ces données ne portent que sur le personnel du Secrétariat de l'ONUSIDA. Au moment de la rédaction du présent rapport, aucune donnée n'était disponible concernant la diversité du personnel chez les coparrainants.

Encadré 2 : Résultats de l'enquête effectuée auprès du personnel de l'ONUSIDA à l'échelle mondiale

La première enquête de référence auprès du personnel réalisée en plus d'une décennie par l'ONUSIDA à l'échelle mondiale⁵⁶ a été menée en novembre 2020. Cette enquête comprenait cinq questions sociodémographiques. Les personnes interrogées étaient invitées à indiquer leur identité de genre, leur race/appartenance ethnique, leur statut sérologique vis-à-vis du VIH, leur orientation sexuelle et leur situation au regard du handicap. Au total, 523 des 815 membres du personnel et membres du personnel affilié (64 %) ont répondu à l'enquête, parmi lesquels 2,5 % se sont identifiés comme des personnes transgenres, non binaires, à l'identité de genre non conforme ou fluide, ou autres, et 8,4 % ont préféré ne pas répondre.

Source : People of UNAIDS 2020

Les effets du manque de ressources se font fortement sentir au niveau des pays. Au Pérou, en Thaïlande et en Tunisie, le Secrétariat de l'ONUSIDA se résume souvent au directeur de pays qui doit assumer tous les rôles confiés au Secrétariat, parfois avec l'aide d'une personne supplémentaire. Cette situation s'est quelque peu améliorée avec l'appui technique à temps partiel fourni par le personnel du Secrétariat et des coparrainants basé dans les bureaux régionaux (voir ci-dessous) ou le recrutement de personnel temporaire. Le personnel régional est très sollicité, ce qui aurait une incidence sur sa disponibilité et sa capacité à soutenir les programmes destinés aux populations clés dans les pays. Par ailleurs, là où les postes de spécialistes du VIH ont été supprimés, les fonctions des points focaux VIH ont souvent été reprises à temps partiel par des personnes généralistes ou spécialistes d'autres domaines. Par exemple :

- La directrice du bureau de pays de l'ONUSIDA au Pérou bénéficie de 10 % du volume de travail du bureau régional du HCR dans le domaine des droits humains. À cela s'ajoute la contribution de trois spécialistes recrutés temporairement, qui travaillent dans des domaines en rapport avec les populations clés.
- En Thaïlande, le bureau de pays bénéficie de 30 % du volume de travail de l'équipe d'appui pour la région Asie-Pacifique dans les domaines de la PrEP, des droits humains et de la législation.
- En Tunisie, le bureau de pays bénéficie de 5 à 20 % du volume de travail des bureaux régionaux de cinq coparrainants (PAM, PNUD, UNFPA, ONUDC et OMS).

Du fait de la moindre présence et des effectifs en baisse de certains coparrainants, les bureaux de pays ou les coparrainants de l'ONUSIDA qui sont encore présents peuvent être amenés à assumer les responsabilités techniques d'autres coparrainants, dans la mesure du possible, alors qu'ils sont déjà très sollicités. Cela a été signalé en Thaïlande, où les réductions de personnel de l'OMS ont conduit le Secrétariat de l'ONUSIDA à prendre en charge une grande partie du travail qui serait normalement effectué par le bureau de pays de l'OMS. De la même façon, le travail en cours de la Banque mondiale visant à pérenniser le financement des services assurés par des populations clés a été repris par le Secrétariat de l'ONUSIDA, la banque ayant réduit ses activités dans le domaine du VIH en Thaïlande après l'entrée du pays dans la catégorie des « pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ». Au Pérou, l'UNFPA a assumé le rôle d'institution responsable des questions de droits humains en l'absence du PNUD. Même si certains soutiennent que la reprise des responsabilités par d'autres institutions démontre la flexibilité de la répartition des tâches, de solides éléments recueillis auprès d'informateurs clés aux niveaux mondial et national montrent que le but même de la division du travail

⁵⁶ https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/People%20of%20UNAIDS%202020%20_single%20pages.pdf

a été affaibli, avec des répercussions sur l'expertise technique disponible pour les programmes destinés aux populations clés.

Un autre aspect de ce qui précède est ce que certains informateurs ont qualifié de « faille majeure » dans l'approche de l'ONU concernant les populations clés. En se concentrant sur les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et en réduisant son soutien une fois que les pays atteignent le statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, l'ONU ignore la réalité des inégalités dans les pays, quel que soit leur niveau de revenu, laissant de côté des populations clés dans lesquelles le VIH se propage toujours, mais qui ne peuvent plus prétendre au soutien des Nations Unies. Fournir une solution à ce dilemme sort du cadre de cette évaluation.

Au Kenya et en Ukraine, la présence du Programme commun est plus importante et ses effectifs sur place sont plus nombreux. Douze coparrainants de l'ONUSIDA (19 employés) sont présents au Kenya et le Secrétariat compte sept employés sur place. En Ukraine, les dix coparrainants présents rassemblent 17 employés tandis que le Secrétariat compte cinq employés. Bien que le personnel des coparrainants présents dans ces deux pays travaille sur des questions en lien avec le VIH, la plupart du temps, ces personnes ne travaillent pas exclusivement sur le VIH ou les populations clés. Seule l'Ukraine semble disposer d'une personne affectée à plein temps aux actions en faveur des populations clés.

Il ressort des études de cas que, si ces problèmes de capacités et d'effectifs sont globalement une contrainte, le positionnement du Programme commun est important pour surmonter ces difficultés. L'étude de cas de la Thaïlande montre qu'une action ciblée et stratégique pour les populations clés est possible malgré des effectifs limités. Dans ce cas, un modèle basé sur l'assistance technique et fortement aligné sur les besoins identifiés des populations clés prioritaires a joué un rôle central dans l'approche adoptée par le Programme commun.

Le Programme commun rencontre des difficultés majeures pour mobiliser des fonds et hiérarchiser les ressources disponibles pour les programmes destinés aux populations clés. L'évaluation indépendante de la riposte au sida par le système des Nations Unies sur la période 2016-2019 a mis en évidence, d'une part, le décalage entre les actions ambitieuses définies dans l'UBRAF 2016-2021 et les ressources disponibles pour concrétiser ces actions, et d'autre part, la difficulté à mobiliser des fonds de base pour le Programme commun, en partie à cause d'une incapacité à lier les financements aux résultats. Le rapport d'évaluation a également souligné l'absence de directives de l'UBRAF sur la hiérarchisation des domaines de résultats stratégiques ou des activités. Or, une telle hiérarchisation, si elle était renforcée, pourrait favoriser une affectation plus stratégique des ressources à des activités qui profitent directement aux populations clés.

Les résultats de la présente évaluation corroborent ces constatations et montrent que le Programme commun se heurte à des difficultés persistantes pour mobiliser des fonds et hiérarchiser les ressources disponibles pour les programmes destinés aux populations clés. Si les budgets de base de l'UBRAF permettent de prévoir les financements et, dans une certaine mesure, d'établir un ordre de priorité dans les activités, les budgets qui en résultent peuvent se révéler modestes une fois les fonds répartis dans sept régions et de nombreux pays. Si des coparrainants ont réussi à mobiliser des ressources en plus de leurs allocations de base, la possibilité de le faire varie d'une institution à l'autre et il demeure difficile de lever des fonds pour financer des actions en faveur des populations clés. La recherche de financements supplémentaires peut également avoir des répercussions sur la cohérence du Programme commun (voir à ce sujet la synthèse des réponses apportées aux questions d'évaluation n° 1 et n° 3) et engendrer une concurrence entre coparrainants pour de faibles montants. Cela a

également des conséquences pour les réseaux et organisations de populations clés, car les donateurs prêts à financer un travail fondé sur les droits en faveur de ces populations ne sont pas très nombreux.

« Depuis que les financements de l'UBRAF ont baissé, les coparrainants frappent aux mêmes portes que tout le monde et recueillent des fonds pour des projets particuliers plutôt que de coopérer avec le Programme commun, et cela nuit à la cohérence globale du Programme », déclare un informateur clé (niveau mondial).

D'après les études de cas, il semble que la situation en matière d'effectifs corresponde aux ressources disponibles et varie d'une institution à l'autre. En Ukraine, le bureau de l'OMS s'est considérablement développé depuis qu'il a reçu des fonds supplémentaires de la part de donateurs, alors que l'ONUSIDA a réduit ses effectifs une fois la subvention financée par un donateur arrivée à son terme. Du point de vue du donateur, cette manière d'aborder la question des effectifs se conçoit, car un projet peut exiger du personnel supplémentaire selon son ampleur. En revanche, les coparrainants pourront rester en sous-effectif pour ce qui est de remplir les fonctions et les responsabilités qui leur incombent dans le cadre de la division du travail (p. ex. l'ONUSIDA en Ukraine avec deux employés à 50 %).

Les fonds des enveloppes allouées aux pays par l'ONUSIDA (environ 22 millions de dollars US par an) sont mis à la disposition des coparrainants dans les pays. Les fonds sont répartis selon un modèle qui donne la priorité aux pays visés par l'initiative d'accélération (comme le Cameroun, le Kenya ou l'Ukraine) ainsi qu'à d'autres pays prioritaires. En 2018-2019, les enveloppes allouées aux pays se sont élevées à 150 000 USD pour la Thaïlande et le Pérou, 300 000 USD pour l'Ukraine, 350 000 USD pour le Cameroun et 600 000 USD pour le Kenya (aucune enveloppe n'a été allouée à la Tunisie en 2018-2019). Les études de cas montrent que ces chiffres sont restés assez constants durant la période couverte par l'évaluation, sauf pour la Tunisie qui a reçu une enveloppe de 97 800 USD en 2020.

Le processus de répartition de l'enveloppe entre coparrainants dans un pays a été difficile à déterminer et varie d'un pays à l'autre. En Ukraine, par exemple, la répartition semble être systématique entre plusieurs coparrainants. Des informateurs clés aux niveaux mondial et national ont fait état de difficultés liées à l'utilisation des fonds de l'enveloppe allouée aux pays. En effet, les obligations de rendre compte de l'usage de ces fonds sont considérables alors que les montants sont relativement faibles, ce qui peut dissuader de s'en servir. Cela contraste avec les fonds pour les activités inhabituelles (BUF), dont les conditions d'utilisation semblent être plus souples et qui ont également été utilisés pour financer des activités s'adressant spécifiquement à des populations clés en Thaïlande et en Tunisie (100 % et 45 % des BUF respectivement)⁵⁷. Cela étant, en l'absence de directives plus précises sur l'ordre d'affectation des fonds de l'UBRAF en fonction des priorités, les ressources destinées à financer des activités pour les populations clés vont probablement rester insuffisantes.

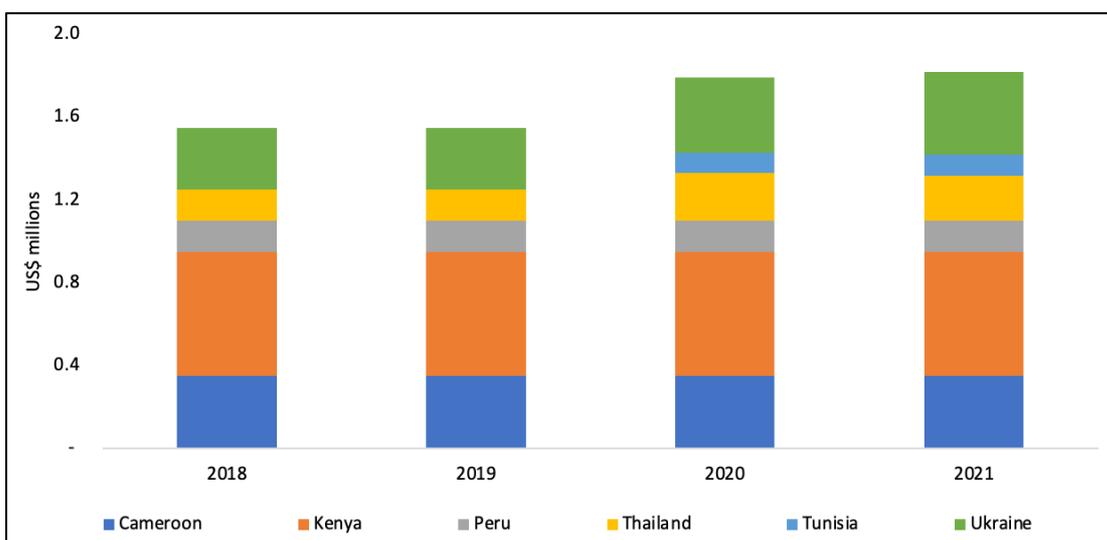
L'analyse ci-dessous des données financières de l'ONUSIDA aux niveaux mondial et national s'est concentrée sur les budgets des enveloppes alloués aux pays (et non sur les dépenses) en fonction de

⁵⁷ Pour 2022-2023, il n'y a pas de financement distinct libellé « Fonds pour les activités inhabituelles ». Les trois millions de dollars désignés comme des BUF durant l'exercice biennal 2020-2021 ont été intégrés dans l'enveloppe globale allouée aux pays, qui est passée à 25 millions de dollars. La répartition de l'enveloppe globale serait basée sur la méthode innovante et efficace d'attribution des BUF, c'est-à-dire fondée sur des propositions jugées méritantes pour financer des initiatives nationales limitées dans le temps, novatrices, potentiellement à haut risque et à fort impact et/ou pour mobiliser des ressources qui vont accélérer la réalisation des cibles fixées pour 2025.

l'accessibilité des données⁵⁸. L'analyse a soulevé des questions quant à la qualité et à la validité des données, en ce qui concerne à la fois l'exhaustivité des données budgétaires et le codage des activités au sein de l'EAP. Par conséquent, l'analyse et les constatations qui en découlent doivent être interprétées avec prudence. Néanmoins, certaines observations globales peuvent être tirées des données pour la période 2018-2021.

Constat n° 1 : le budget alloué aux coparrainants au titre de l'EAP dans tous les domaines de résultats stratégiques est resté relativement constant au fil du temps à l'échelle mondiale (environ 22 millions de dollars US par an), avec quelques augmentations dans les pays étudiés. Comme le montre la figure 4, les montants des enveloppes ont augmenté dans certains pays avec l'ajout des fonds pour les activités inhabituelles.

Figure 4 : Montants des enveloppes allouées aux pays étudiés (2018-2021)⁵⁹



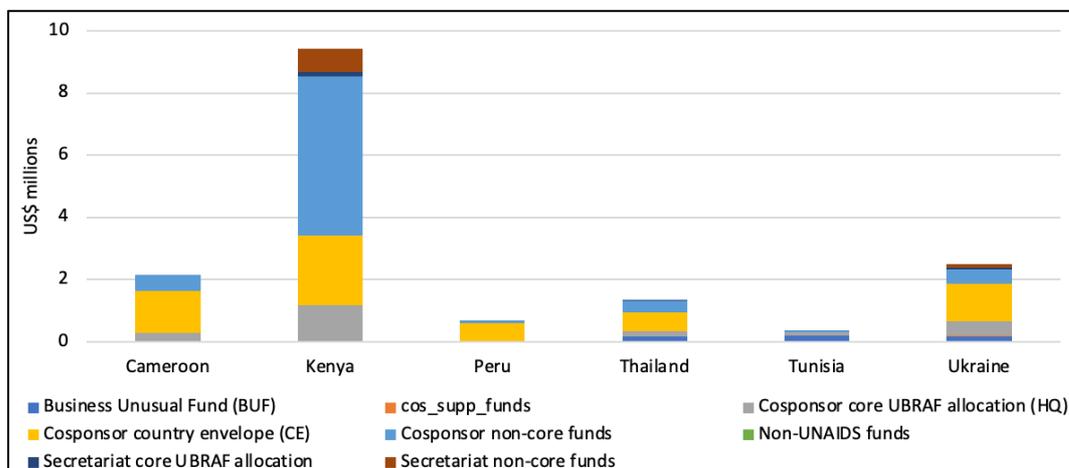
Source : bases de données sur les enveloppes allouées aux pays, communiquées par l'ONUSIDA

Constat n° 2 : l'EAP semble représenter une part importante, mais variable des budgets totaux (90 % au Pérou ; 55 % en Ukraine ; 24 % au Kenya). La figure 5 représente le budget total par source de financement pour l'ensemble des DRS et des coparrainants entre 2018 et 2021. La variation au fil du temps du budget selon les catégories, notamment les fonds hors budget de base des coparrainants, laisse penser que les données sont incomplètes. Malheureusement, il n'est pas possible de ventiler les financements liés aux populations clés dans les fonds hors budget de base, ce qui est regrettable dans la mesure où il est difficile de se faire une idée du volume des investissements réalisés dans le travail sur les populations clés avec les différentes sources de financement utilisées par le Programme commun. Le montant élevé des fonds hors budget de base au Kenya est probablement dû au financement par l'USAID du projet de l'ONUSIDA sur les traitements médicalement assistés pour les consommateurs de drogues injectables.

⁵⁸ L'équipe d'évaluation a analysé uniquement les budgets associés aux produits 4.1 et 4.2, qui concernent les populations clés (voir ci-dessous). Se pencher sur d'autres budgets était potentiellement problématique dans la mesure où d'autres produits – comme les produits 6.1, 6.2 et 6.3 concernant les droits humains, la stigmatisation et la discrimination – bénéficient effectivement, mais pas exclusivement, aux populations clés. Produit 4.1 : mise en place de services de lutte contre le VIH fondés sur des données factuelles pour les populations clés ; Produit 4.2 : mise en place d'ensembles complets de services de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables.

⁵⁹ En 2020 et 2021, ces montants incluent les fonds pour les activités inhabituelles (BUF).

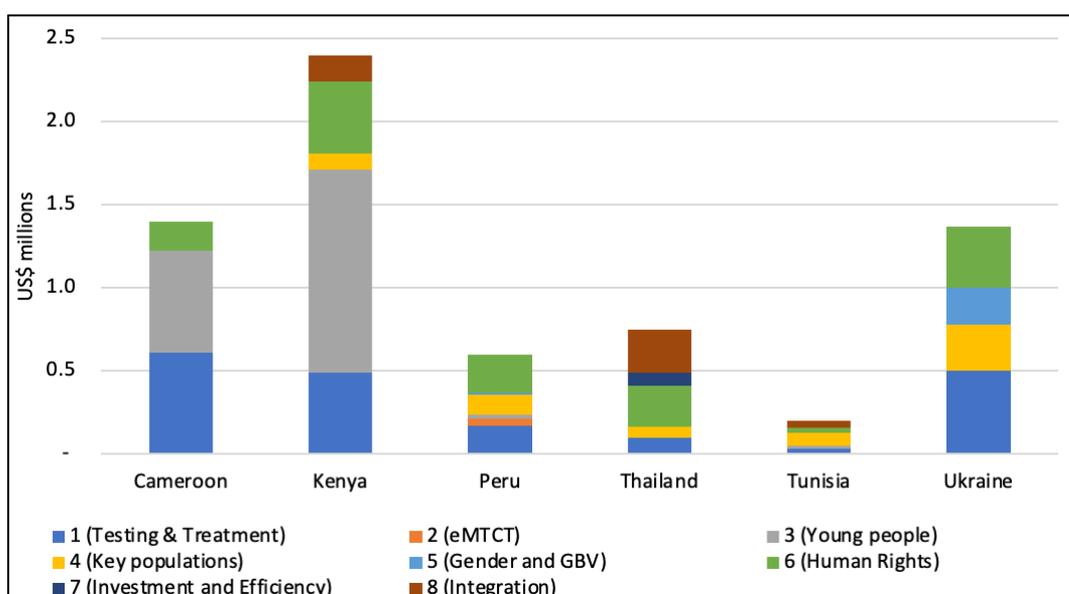
Figure 5 : Budget total par source de financement dans les pays étudiés (2018-2021)



Source : téléchargé du SSPC, septembre 2021

Constat n° 3 : le budget pour le DRS n° 4 (populations clés) représente 11 % du budget global pour l'ensemble des DRS, mais cette proportion est variable d'un pays à l'autre – de 0 % au Cameroun à 39 % en Tunisie. Sur la période 2018-2021, comme le montre la figure 6 pour les pays étudiés uniquement, la part la plus élevée de l'EAP est affectée au DRS n° 1 (dépistage et traitement, 37 %), suivi par le DRS n° 6 (droits humains, 27 %), le DRS n° 4 (populations clés, 21 %) et le DRS n° 5 (genre et VFG, 16 %). Il est fort probable que d'autres DRS incluent des activités budgétisées qui concernent ou sont exclusivement axées sur certaines populations clés (comme le DRS n° 6), mais qui n'apparaissent pas actuellement dans les données budgétaires relatives aux populations clés.

Figure 6 : Répartition par domaine de résultats stratégiques de l'enveloppe allouée aux pays étudiés (2018-2021)⁶⁰

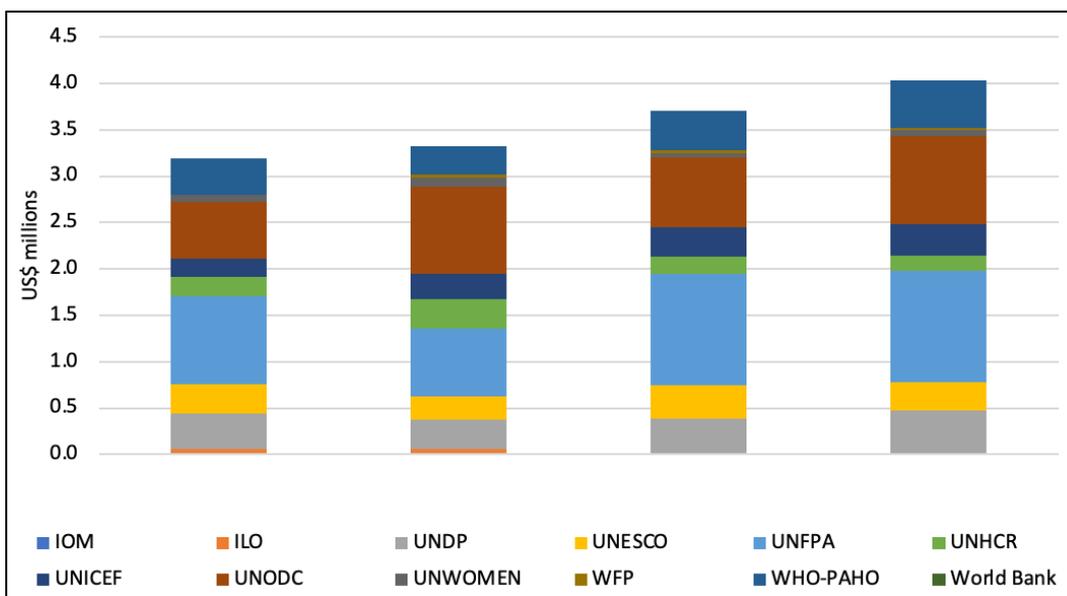


Source : bases de données sur les enveloppes allouées aux pays, communiquées par l'ONUSIDA

⁶⁰ En 2020 et 2021, ces montants incluent les fonds pour les activités inhabituelles (BUF).

Constat n° 4 : les coparrainants dont le budget issu de l'EAP pour le domaine de résultats stratégiques n° 4 (populations clés) est le plus important à l'échelle mondiale sur la période 2018-2021 sont l'UNFPA (29 %) et l'ONU DC (23 %), suivis par l'OMS/OPS (12 %) et le PNUD (11 %) (voir la figure 7).

Figure 7 : Montant total et répartition par coparrainant du budget de l'EAP consacré au domaine de résultats stratégiques n° 4 (2018-2021) ⁶¹



Source : bases de données sur les enveloppes allouées aux pays, communiquées par l'ONUSIDA

Il semble que le SSPC ne permette pas véritablement de déterminer l'investissement, les progrès et les résultats de l'ONUSIDA dans son travail avec les populations clés, ce qui pourrait avoir des répercussions sur le financement du Programme commun. L'équipe d'évaluation s'est largement appuyée sur les données du SSPC pour comprendre la teneur des plans, des activités et des résultats du Programme commun au niveau des pays, mais aussi pour procéder à une analyse plus globale à l'échelle régionale et mondiale (voir l'encadré 3). Comme les indicateurs de résultats de l'UBRAF sont liés aux objectifs nationaux et sont « distincts » des activités du Programme commun, il est difficile de cerner la contribution des activités aux changements intervenus dans les pays.

À ce sujet, en raison de la qualité médiocre des informations communiquées sur le Programme commun et des données saisies dans le SSPC, il est difficile de distinguer et de suivre de manière systématique les investissements et les résultats des programmes mis en œuvre pour les populations clés dans les pays et d'en rendre compte, ce qui limite la possibilité d'utiliser les données sur ces populations à des fins d'analyse stratégique et de programmation. Certains informateurs clés aux niveaux mondial et national ont exprimé de sérieuses réserves concernant le système actuel. Ils ont suggéré que les produits et les résultats soient élaborés de telle façon qu'ils reflètent plus fidèlement le travail effectué et que le lien entre investissements (avec un marquage approprié et ciblé) et produits soit plus clair. Ils ont également indiqué que les résultats pour les populations clés pourraient

⁶¹ En 2020 et 2021, ces montants incluent les fonds pour les activités inhabituelles (BUF).

être renforcés. Le fait de pouvoir apporter la preuve des résultats obtenus a été souligné comme un point important pour mobiliser des ressources et faire en sorte que la riposte au VIH reste une priorité pour les donateurs.

Encadré 3 : Difficultés et problèmes posés par le système actuel de communication d'informations du Programme commun

- **Les rapports de pays ne sont pas complets par rapport aux plans de travail et aux domaines de résultats concernés.** Dans certains cas, une activité financée est répertoriée avec le montant du financement et le domaine de résultats stratégiques correspondant. Dans bien des cas, en revanche, il est difficile d'établir jusqu'à quel point les activités destinées aux populations clés ont été entièrement programmées et achevées, du fait de l'absence de renvois à des activités spécifiques numérotées.
- **Dans la plupart des pays concernés, aucune information n'a été communiquée sur certaines activités pourtant prévues et budgétisées.** Cela concerne des activités de plaidoyer et de sensibilisation pour lesquelles les résultats souhaités ou des détails précis étaient absents.
- **Pour de nombreux pays, le flou règne quant à savoir quelles populations sont considérées comme des populations clés prioritaires** dans un pays ou une région en particulier. De la même façon, les raisons pour lesquelles ces populations sont incluses dans le SSPC sont mal comprises. Il existe des exemples de fonds alloués à des activités pour les populations clés, qui sont utilisés pour apporter un soutien à des populations réfugiées ou déplacées, sans que ne soit expliqué ou justifié la raison pour laquelle ces populations ont été considérées comme de possibles bénéficiaires de ces fonds.
- Le point faible du format « réalisations, défis, actions futures » adopté pour l'établissement des rapports est le manque d'espace pour analyser les raisons pour lesquelles des activités prévues pour les populations clés n'ont pas été programmées ou n'ont pas été déclarées correctement, ou les raisons pour lesquelles des activités ne figurant pas dans le plan de travail ont été mises en œuvre.
- Il semble que le contrôle de la qualité des informations communiquées dans le SSPC soit insuffisant.

Par ailleurs, les éléments recueillis à l'échelle mondiale et dans les pays mettent en évidence l'importance d'une évaluation plus indépendante du travail effectué par le Programme commun dans les populations clés et la nécessité de recourir davantage aux théories du changement. Des évaluations plus fréquentes menées à l'échelle mondiale sont effectivement réalisées, comme l'évaluation commandée par le PNUD de la Commission mondiale sur le VIH et le droit⁶² ou l'évaluation du soutien apporté par l'UNFPA à la lutte contre le VIH⁶³, entre autres. Cependant, une évaluation plus régulière par pays des interventions du Programme commun à destination des populations clés aiderait à s'assurer de la pertinence et de l'impact des activités mises en œuvre. Une meilleure représentation des populations clés lors de l'élaboration des plans du Programme commun et de la conception des activités – en particulier des activités sur les droits humains ou visant à rendre l'environnement plus favorable – pourrait contribuer à renforcer le suivi, l'évaluation et la responsabilisation.

À ce sujet, le recours plus systématique à des théories du changement – qui peuvent également être utilisées pour le suivi et l'évaluation – a été jugé important par diverses parties prenantes à l'échelle mondiale, en particulier au moment de « traduire » la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2022-2026 par des stratégies et des interventions concrètes pour les populations clés.

⁶² <https://erc.undp.org/evaluation/evaluations/detail/9380>

⁶³ <https://www.unfpa.org/admin-resource/evaluation-unfpa-support-hiv-response-2016-2019>

4.2.4 QE n° 6 (mobilisation et autonomisation des organisations de populations clés)

QE n° 6 : Jusqu'à quel point les activités du Programme commun sont-elles efficaces pour mobiliser les organisations et réseaux dirigés par les populations clés et leur donner les moyens de suivre et contrôler les politiques et programmes ainsi que la mise en place des services⁶⁴ ?

Constat général

- Le Programme commun a réussi à mettre en contact les pouvoirs publics et certaines associations issues des populations clés et favorisé la participation de ces associations aux consultations nationales, aux processus d'élaboration des stratégies et de coordination, et aux instances décisionnaires.
- Toutefois, le rôle joué par le Programme commun dans le renforcement des capacités des organisations de PC varie considérablement selon les pays étudiés. Dans tous les cas, ce rôle est limité par l'insuffisance des ressources financières disponibles, les donateurs bilatéraux et multilatéraux et d'autres bailleurs de fonds faisant beaucoup plus pour renforcer les capacités de ces organisations.
- Des difficultés subsistent pour faire en sorte que les populations clés exercent une réelle influence sur les plans nationaux et les demandes de financement auprès Fonds mondial, en particulier lorsqu'il s'agit de décider des priorités à financer et de s'assurer que les dotations prévues (p. ex. dans les demandes de financement) débouchent sur des budgets effectivement alloués à des programmes pour les populations clés.

Théorie du changement

La théorie du changement part du principe que le renforcement des capacités des réseaux et organisations communautaires permet aux communautés de participer véritablement à la gouvernance, à l'élaboration de politiques, à la planification et aux mécanismes de financement en rapport avec le secteur de la santé et la riposte au VIH. Le fait de pouvoir plaider pour des services destinés aux populations clés, diriger la conception et la mise en œuvre de ces services et promouvoir l'activation de leviers sociétaux, contribue à la concrétisation de services centrés sur la personne. Cela devrait en outre encourager l'adoption de tels services par les populations clés concernées et améliorer l'accès de ces populations aux services. Les activités du Programme commun visant à renforcer la capacité des communautés à suivre les actions mises en œuvre en collectant et en exploitant leurs données devraient permettre à celles-ci de demander des comptes aux décideurs et aux prestataires de services par rapport aux engagements pris, contribuant ainsi à améliorer la qualité, la réactivité et l'adoption des services de lutte contre le VIH. **Résumé de l'évaluation** : les études de cas donnent à penser que cette hypothèse est valide jusqu'à un certain point, dans la mesure où elles montrent que le Programme commun joue manifestement un rôle d'intermédiaire dans la participation des populations clés à la gouvernance, à l'élaboration de politiques, à la planification et aux mécanismes de financement en rapport avec le secteur de la santé et la riposte au VIH. En revanche, le rôle du Programme commun dans le renforcement des capacités est moins important que prévu, avec des écarts importants entre les pays quant à l'ampleur du soutien apporté à la mobilisation et à l'autonomisation des organisations de populations clés et à l'efficacité de ces initiatives, cela étant dû en partie au faible montant des fonds disponibles pour ces activités.

Le soutien le plus souvent apporté par le Programme commun aux organisations dirigées par des populations clés consiste à utiliser le pouvoir fédérateur des Nations Unies pour négocier la participation de ces organisations aux différents processus – consultations, coordination, prises de décision – en rapport avec les programmes nationaux. Cette médiation a été menée auprès de ministères, de prestataires de services et d'autres partenaires dans plusieurs domaines : élaboration de stratégies et de politiques, élaboration de nouveaux programmes ou amélioration de programmes

⁶⁴ Le constat s'appuie sur des éléments solides provenant de plusieurs sources recoupées, notamment des entretiens avec des représentants des coparrainants, des donateurs et des réseaux de populations clés au niveau mondial, et des entretiens avec des informateurs clés menés dans les pays étudiés.

existants, suivi de la mise en œuvre des services, étude de modifications à apporter à la législation. Dans des pays, comme le Kenya, où la programmation à destination des populations clés est plus avancée, certaines OSC bien établies et dotées de moyens importants – des associations de TS et d’HSH dont les capacités ont été renforcées dans la durée par l’ONUSIDA et d’autres partenaires – n’ont plus besoin de l’intervention du Programme commun pour avoir une place à la table des discussions. Ce n’est en revanche pas le cas des OSC créées plus récemment dans le pays, en particulier celles qui représentent les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables. Des éléments montrent que, dans certains pays, des coparrainants coopèrent davantage avec des populations clés peu, voire pas du tout soutenues auparavant – p. ex. les personnes transgenres en Tunisie ou les jeunes des populations clés en Thaïlande –, alors que dans d’autres pays, le Programme commun apporte un soutien minimal à certaines associations de populations clés – p. ex. les associations de personnes transgenres ou de consommateurs de drogues injectables au Cameroun.

Quelques éléments indiquent que les membres des équipes communes dans les pays alertent les pouvoirs publics et les associations de populations clés de problèmes émergents. Ces problèmes n’auraient peut-être pas été examinés aussi rapidement sans l’intervention de l’Organisation des Nations Unies. On peut citer comme exemple la prise en charge adaptée des personnes transgenres en milieu carcéral en Thaïlande. De manière plus générale, l’adoption d’une approche fondée sur les droits pour élaborer des programmes de lutte contre le VIH dans les pays étudiés, malgré un impact variable d’un pays à l’autre, peut être considérée comme le résultat d’une mobilisation et d’un plaidoyer efficaces des organisations dirigées par des populations clés, avec l’appui du Programme commun.

Dans les pays étudiés, la seule population clé qui a moins bénéficié des efforts de mobilisation et d’autonomisation du Programme commun est la population carcérale, dans la mesure où la privation de liberté et les contraintes liées aux systèmes pénitentiaires empêchent l’existence même d’associations avec lesquelles travailler⁶⁵. L’ONUDC effectue un travail avec cette population clé dans de nombreux pays, y compris dans les pays étudiés, et certains éléments montrent que le Programme commun, dans certains pays, dresse un bilan des besoins des détenus par rapport au VIH en procédant à des évaluations de la situation. Ces évaluations ont débouché sur des services répondant à ces besoins, en Tunisie et en Thaïlande par exemple, ainsi que sur la création d’un groupe de travail ONUDC-OSC sur la population carcérale.

L’importance du soutien apporté par les coparrainants à la mobilisation et l’autonomisation des populations clés est variable. Dans tous les pays étudiés, le soutien aux populations clés vient la plupart du temps du Secrétariat de l’ONUSIDA et du PNUD, et dans une moindre mesure, de l’ONUDC et de l’UNFPA, l’ampleur de ce soutien variant d’un pays à l’autre. Par exemple, au Pérou, seuls le Secrétariat de l’ONUSIDA et l’UNFPA soutiennent l’autonomisation des organisations dirigées par des populations clés. Au Kenya, des associations représentant les TS et les HSH estimaient avoir été insuffisamment impliquées dans l’action du Programme commun. Il se peut toutefois qu’elles n’apprécient pas le fait que l’UNFPA, d’une part, passe par le ministère de la Santé en soutenant son programme destiné aux travailleuses et travailleurs du sexe, et d’autre part, soutienne un programme sous-régional pour cette population clé. Des informateurs clés aux niveaux national et mondial ont été critiques envers certains coparrainants dont ils estimaient qu’ils ne remplissaient pas leurs obligations dans le cadre de la division du travail. Beaucoup ont cité l’UNFPA pour sa coopération insuffisante avec

⁶⁵ Même si, dans de nombreux pays, ce travail peut se faire par le biais de groupes de soutien aux anciens détenus réintégrés dans la société.

les travailleuses et travailleurs du sexe, même si celle-ci varie selon les pays. En Tunisie, par exemple, l'UNFPA contribue au renforcement des capacités organisationnelles et programmatiques d'une association de TS⁶⁶.

Renforcer la capacité des associations de populations clés à assurer des services ne fait généralement pas partie du travail effectué par le Programme commun dans les pays, ces activités étant principalement financées et mises en œuvre par de grands donateurs comme le PEPFAR ou le Fonds mondial. Dans ces pays, le travail du Programme commun, souvent financé par des fonds régionaux à effet catalyseur, consiste davantage à servir d'intermédiaire et à exploiter son pouvoir fédérateur pour assurer une participation des associations de populations clés aux processus décisionnels.

Toutefois, en Thaïlande et en Ukraine, le Programme commun a complété le renforcement des capacités effectué par des donateurs en menant des activités visant à pérenniser le rôle d'organisations dirigées par des populations clés dans la prestation de services (voir également la synthèse des réponses apportées aux questions d'évaluation n° 8 et n° 10).

Le degré de mobilisation et d'autonomisation des organisations de populations clés par le Programme commun varie beaucoup d'un pays à l'autre, tout comme la capacité de ces organisations. Cela semble dépendre de plusieurs facteurs, à savoir : la maturité de l'épidémie (en Thaïlande, en Ukraine et au Kenya par exemple) ; les ressources dont dispose l'équipe commune et la capacité de ses membres à accorder la priorité au travail avec les populations clés ; la capacité globale du Programme commun et la place du travail avec les populations clés dans l'ordre de ses priorités ; le niveau de développement du pays. Cela étant, évaluer la contribution du Programme commun à la mobilisation et à l'autonomisation des organisations dirigées par des populations clés est une tâche complexe, car le renforcement des capacités est généralement un exercice à long terme, dont les résultats sont souvent le fruit des efforts conjugués de différents partenaires de développement.

Les études de cas de l'**Ukraine** et de la **Thaïlande** ont révélé que les efforts de renforcement des capacités déployés par le Programme commun sur plusieurs années ont débouché sur la création d'organisations fortes et dynamiques, qui sont présentes dans toutes les instances de coordination nationale pertinentes et contribuent de manière significative à la planification et à la mise en œuvre de la riposte au VIH. Cette situation témoigne de la maturité de la riposte au VIH dans ces deux pays et du soutien de longue date apporté aux organisations dirigées par des populations clés par le Programme commun et les donateurs, dans un environnement politique et juridique qui n'empêche pas de mener des activités de renforcement des capacités.

L'étude de cas du **Kenya** a montré qu'en dehors de l'ONUSIDA, les activités du Programme commun visant à renforcer les capacités des associations de populations clés étaient ponctuelles, sans plan ou vision à long terme. Dans ce pays, le Programme commun s'est essentiellement concentré sur les personnes vivant avec le VIH plutôt que sur les réseaux propres à certaines populations clés. À l'inverse, l'ONUSIDA, en plus d'associer des consommateurs de drogues injectables et des réseaux de réduction des risques à la conception d'interventions visant à dispenser des traitements de substitution aux opiacés, a également encadré certains CDI pour qu'ils assument un rôle de premier plan dans ces interventions.

⁶⁶ Le problème ici vient peut-être de ces niveaux de soutien variables. Si le soutien aux travailleuses et travailleurs du sexe est limité dans les pays étudiés, l'UNFPA apporte en revanche un soutien actif et important à cette population clé au Bangladesh, au Bhoutan, au Brésil, en Équateur, en Géorgie, au Kirghizstan, en Inde, en Indonésie, en Iran, au Myanmar, en Turquie, en Afrique du Sud et au Zimbabwe.

Il ressort des conclusions de l'étude de cas du **Pérou** que, si les organisations dirigées par des populations clés participent activement à la mise en place des services, elles ne disposent pas de moyens suffisants pour élaborer des stratégies de plaidoyer fondées sur des données factuelles. Malgré quelques initiatives du Programme commun pour renforcer les capacités des associations de PC, celles-ci ont très peu participé à la planification, au suivi et à l'évaluation des actions menées contre le VIH.

Dans les six pays étudiés, des représentants des populations clés sont membres de l'instance de coordination nationale. Le soutien apporté à ces personnes par l'ONUSIDA est la forme d'aide principale utilisée pour élaborer puis suivre des programmes. L'ONUSIDA favorise généralement la participation des populations clés au suivi des programmes, notamment des aspects auxquelles elles ont contribué dans les demandes de financement présentées au Fonds mondial. Dans la plupart des pays étudiés, les populations clés sont représentées au sein de l'instance de coordination nationale à un titre ou à un autre, y compris dans les comités de suivi stratégique. Au Pérou, l'ICN compte parmi ses membres une travailleuse du sexe, une femme transgenre et une personne qui représente les populations autochtones. En Ukraine, les cinq populations clés, y compris la population carcérale, sont représentées. En Tunisie, l'instance compte parmi ses membres une travailleuse du sexe et une personne qui représente les consommateurs de drogues injectables, le siège réservé aux HSH étant actuellement vacant. Peu d'éléments ont été recueillis quant à l'existence d'un retour d'information au Programme commun concernant l'efficacité d'une représentation des populations clés au sein des ICN. Cela étant, selon certaines personnes interrogées au Kenya, la présence active de représentants des populations clés au sein de l'instance de coordination nationale est bénéfique pour le processus.

En **Tunisie**, l'étude de cas a montré que le Programme commun avait permis d'assurer la participation d'un certain nombre d'organisations dirigées par des populations clés à la planification des politiques et des programmes. Toutefois, les effets du renforcement des capacités sont variables. Si les grandes organisations de la société civile ont les moyens de travailler avec les populations clés, les capacités des organisations communautaires ou d'associations locales de populations clés se sont révélées limitées, en particulier la capacité à intégrer de nouvelles approches fondées sur la connaissance dans leur travail. Les coparrainants et les OSC ont jugé très faible la capacité de ces associations locales à tirer parti de nouvelles connaissances pour opérer des changements transformationnels et à les intégrer dans leurs propres activités communautaires. Plus la population clé est vulnérable sur le plan socioéconomique (p. ex. les consommateurs de

Au **Cameroun**, le Programme commun a préconisé d'inclure des interventions pour les populations clés dans la stratégie nationale et encouragé la participation croissante, quoique limitée, des organisations de la société civile dirigées par des populations clés à la conception et à la mise en place des services. Le Programme commun a privilégié un appui technique visant à rendre la prestation de services plus efficace au détriment d'un renforcement des capacités des OSC. Dans l'ensemble, le nombre d'organisations dirigées par des populations clés est insuffisant, ce qui limite la possibilité de mettre en place des services communautaires. Le faible nombre d'organisations mobilisées, la brièveté extrême du calendrier de financement, le faible montant des fonds et les capacités limitées des organisations communautaires sont autant de facteurs qui nuisent à l'efficacité du soutien apporté par le Programme commun aux

Cependant, rares sont les éléments prouvant que des représentants des populations clés participent aux processus du Fonds mondial au-delà de la phase de préparation des demandes de financement, et notamment durant la phase d'octroi des subventions. Alors que la subvention octroyée devrait refléter fidèlement les plans décrits dans la demande de financement présentée au Fonds mondial, il n'est pas rare que des changements interviennent à ce stade du processus. Ces changements peuvent concerner le fléchage des financements destinés à certaines activités pour les populations clés ou à certains groupes, voire les sous-réциpiendaires de la subvention initialement prévus⁶⁷. Du fait de la présence insuffisante de représentants des populations clés durant la phase d'octroi des subventions, l'obligation de rendre des comptes à ces populations est moindre. Cette absence peut également avoir une incidence sur la mise en œuvre des subventions, notamment sur l'ampleur et l'impact des actions destinées aux populations clés.

L'appui apporté par le Programme commun aux représentants des populations clés qui participent à d'autres instances de coordination nationale contribue également à renforcer le suivi des programmes par ces populations. En Thaïlande, par exemple, des représentants des populations clés et des représentants des personnes vivant avec le VIH participent aux travaux du comité chargé du suivi des activités mises en œuvre pour faire reculer la stigmatisation et la discrimination dans le secteur de la santé. Par ailleurs, le Programme commun aide souvent des personnes vivant avec le VIH et/ou issues

⁶⁷ Le rapport de synthèse des évaluations prospectives des pays du Fonds mondial pour 2021 (en anglais) en fournit la preuve. Dans six pays évalués sur huit, les budgets consacrés aux droits humains et à l'égalité des genres diminuent pendant la phase d'octroi des subventions. La plupart du temps, les budgets des subventions VIH ont diminué, notamment les budgets consacrés à la prévention dans les populations clés, avec des baisses particulièrement importantes pour ce qui est de la prévention chez les consommateurs de drogues injectables, dans la population carcérale et chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. https://www.theglobalfund.org/media/11081/terg_2021-pce-synthesis_report_en.pdf

de populations clés à réaliser les enquêtes visant à mesurer l'indice de stigmatisation⁶⁸, notamment par un renforcement des capacités pour effectuer le travail de planification, d'administration et d'analyse.

Les données provenant des pays étudiés indiquent que le suivi effectué par la communauté – sous la forme d'enquêtes menées auprès des populations clés et des personnes vivant avec le VIH qui utilisent les services – est financé principalement par le PEPFAR et le Fonds mondial, avec une participation limitée du Programme commun. Dans d'autres pays cependant, en Tanzanie et au Mozambique par exemple, l'ONUSIDA, en tant que partenaire technique et avec le soutien du PEPFAR, a réalisé une étude préparatoire sur le suivi communautaire et dirigé par la communauté, et expérimenté une méthode plus simple pour collecter des données de suivi, mais de telles activités ne sont pas mises en œuvre partout. Dans les pays étudiés, l'évaluation n'a pas permis de montrer que le Programme commun complétait les travaux menés par d'autres acteurs dans le domaine du suivi dirigé par la communauté. Rien n'indiquait qu'il travaillait avec les gouvernements et les organisations de populations clés pour intégrer les données du suivi dirigé par la communauté dans les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation. Il n'a pas non plus été prouvé qu'il encourageait le recours au suivi dirigé par la communauté pour améliorer les programmes. Rien n'indiquait non plus que le Programme commun œuvrait pour pérenniser le suivi dirigé par la communauté en prévision du désengagement des donateurs, en renforçant les compétences de certains réseaux régionaux de populations clés afin qu'un appui technique puisse continuer d'être apporté sur ce sujet aux organisations de la société civile dans les pays.

⁶⁸ L'indice de stigmatisation met l'accent sur la stigmatisation vécue par les personnes vivant avec le VIH, y compris les strates de stigmatisation supplémentaires propres aux PVVIH qui appartiennent à des populations clés. Cependant, dans le cadre de l'expérimentation récente de l'Indice de stigmatisation 2.0, une attention plus importante a été portée à la stigmatisation et à la discrimination qui aggravent la vulnérabilité des personnes issues de populations clés et ne vivant pas avec le VIH. Les travaux sur ce sujet sont en cours.

4.2.5 QE n° 7 (situations de crise humanitaire et COVID-19)

QE n° 7 : Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il été efficace pour répondre aux besoins des populations clés dans des situations de crise humanitaire et durant la pandémie de COVID-19 ⁶⁹ ?	
Constat général	<ul style="list-style-type: none">■ Le Programme commun a pris les devants dans la riposte à la COVID-19 avec des initiatives dont certaines visaient à limiter l'impact de la pandémie sur les populations clés. Son action a été facilitée par une flexibilité permettant de réaffecter les fonds de l'UBRAF et par un soutien à des initiatives visant à mobiliser des financements.■ Les données d'études de cas disponibles sur la manière dont le Programme commun a répondu aux besoins des populations clés dans des situations de crise humanitaire sont très limitées. Il est donc difficile de déterminer dans quelle mesure les populations clés – telles que définies pour les besoins de cette évaluation – font l'objet d'une attention particulière dans le cadre de l'action humanitaire du Programme commun.■ Certains craignent que le tournant stratégique opéré par le Programme commun pour faire face en même temps au VIH et à la COVID-19 et préparer les pays aux pandémies ne réduise l'intérêt porté aux programmes de lutte contre le VIH, et particulièrement aux programmes axés sur les populations clés, à un moment où ceux-ci devraient au contraire être déployés à plus grande échelle.
Théorie du changement	<p>La théorie du changement part du principe que des fonds d'urgence sont mobilisés afin de financer les mesures prises par le Programme commun face à la pandémie de COVID-19 pour limiter l'impact de la pandémie sur les services destinés aux différentes populations clés et pour soutenir des actions novatrices menées par la communauté. En théorie, la place centrale accordée à ces innovations favorise le renforcement et la résilience des systèmes de santé communautaires grâce à des solutions flexibles et réactives qui permettent aux différentes populations clés d'accéder aux services. Résumé de l'évaluation : l'équipe d'évaluation a trouvé des éléments montrant que le Programme commun avait mobilisé des fonds d'urgence, dont certains ont été utilisés pour atténuer les effets de la pandémie de COVID-19 en procédant à des transferts monétaires. Certains éléments montrent également que le Programme commun soutient des modèles de prestation de services et des systèmes de protection sociale plus souples, qui pourraient profiter aux populations clés. Toutefois, comme pour d'autres éléments rassemblés pour cette évaluation, il est difficile de déterminer l'ampleur véritable du soutien apporté aux différentes populations clés par le Programme commun, car les actions mises en œuvre par l'ONUSIDA pour faire face à la pandémie de COVID-19 étaient dirigées à la fois vers le système de santé en général (avec des équipements de protection individuelle), les populations clés et d'autres populations vulnérables.</p>

Les données issues des études de cas indiquent que le Programme commun a été proactif et flexible pour remédier aux difficultés rencontrées par les programmes de lutte contre le VIH et par les populations clés du fait de la pandémie de COVID-19. Il existe des preuves solides qui montrent que le Secrétariat et les coparrainants de l'ONUSIDA ont rapidement élaboré et mis en œuvre – souvent avec des populations clés – des activités visant à atténuer les effets de la pandémie sur les programmes de lutte contre le VIH, les populations clés, les populations migrantes (en particulier au Pérou) et les personnes déplacées (en particulier au Cameroun). Le Secrétariat de l'ONUSIDA a joué un rôle

⁶⁹ Les éléments qui viennent étayer le constat exposé dans cette section sur la pandémie de COVID-19 sont solides et proviennent de plusieurs sources, à savoir : des entretiens avec des informateurs clés à l'échelle mondiale (tous les grands réseaux de population clés, personnel du Secrétariat et des coparrainants de l'ONUSIDA) ; des données documentaires mondiales issues notamment de l'ensemble des ressources concernant la pandémie de COVID-19 publiées sur le site web de la Coalition mondiale pour la prévention ; la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2022-2026 ; le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2021. Les éléments recueillis dans les pays proviennent d'entretiens avec des informateurs clés (autorités nationales, réseaux de populations clés, membres de l'équipe commune et partenaires) et de documents portant sur la pandémie de COVID-19. Les données disponibles concernant l'action du Programme commun en faveur des populations clés dans des situations de crise humanitaire sont beaucoup moins nombreuses.

important dans la mobilisation et la coordination rapides des initiatives de plaidoyer et d'appui technique du Programme commun en rapport avec la pandémie de COVID-19. Les coparrainants se sont également mobilisés pour s'attaquer à des problèmes émergents : l'UNICEF, l'UNFPA et ONU Femmes ont acheté 47 000 doses de dolutégravir (DTG) de 50 mg, des médicaments dont auraient bénéficié des PVVIH appartenant à des populations clés ; en Tunisie, l'UNFPA et l'OMS ont financé l'achat d'équipements de protection individuelle (EPI), qui ont été distribués au personnel du Programme national de lutte contre le sida et d'organisations de la société civile ; au Kenya, en Thaïlande et au Pérou, le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'UNICEF ont sensibilisé les populations clés aux problèmes liés à la COVID-19 et diffusé des informations à ce sujet ; en Ukraine et en Thaïlande, l'OMS a soutenu l'élaboration de conseils techniques et la mise en place rapide de modes de prestation de services flexibles ; en Thaïlande, l'ONUSIDA a soutenu une étude sur les conséquences de la pandémie pour certaines populations clés comme les travailleuses et travailleurs du sexe⁷⁰.

Les études de cas mettent en évidence le rôle des actions menées par le Programme communs pour trouver des ressources dans le cadre de la riposte à la COVID-19. L'ONUSIDA a ainsi reprogrammé des fonds de l'UBRAF, utilisé des fonds pour les activités inhabituelles (BUF) et soutenu des initiatives visant à bénéficier de financements internationaux d'urgence, dont certains ont été utilisés pour assurer la poursuite des services et de l'aide sociale pour les populations clés. À ce sujet, le Programme commun a fourni un appui technique aux autorités nationales en Ukraine, au Pérou et au Kenya, pour leur permettre d'accéder aux financements d'urgence mis en place par le Fonds mondial pour faire face à la pandémie de COVID-19 (C19RM). En Tunisie, par exemple, 1,5 million de dollars ont été obtenus auprès du Fonds mondial pour 2021 au titre du C19RM, en plus des 235 000 dollars déjà accordés au pays en 2020.

Si l'aide apportée a largement été utilisée pour faire face aux conséquences immédiates de la pandémie, le Programme commun soutient des systèmes qui pourraient, à terme, contribuer à pérenniser les actions en faveur des populations clés. Ce soutien prend par exemple les formes suivantes : renforcement des systèmes de prestation et de soutien communautaires par une participation des populations clés à des initiatives de prestation de services liées à la COVID-19 ; soutien aux systèmes de protection sociale d'urgence qui incluent les populations clés et qui pourraient être intégrés aux systèmes nationaux ; production de données sur les conséquences de la pandémie de COVID-19 pour les populations clés et sensibilisation à ces questions, comme en Thaïlande (voir plus loin). Des précisions sur ces exemples sont données dans les encadrés ci-dessous.

Les initiatives du Programme commun en matière de protection sociale ont été étendues aux populations clés. Des fonds de l'ONUSIDA ont été reprogrammés pour apporter une aide indispensable aux populations clés dont les revenus ont fortement chuté du fait de la pandémie de COVID-19. Ces programmes ont souvent été mis en œuvre par des populations clés, comme cela a été observé au Pérou et en Thaïlande.

⁷⁰ Fondation SWING et ONUSIDA Thaïlande, *A Community-Led Rapid Assessment of the Impact of COVID-19 on Sex Workers (Thailand)*, 2020. Également présentée sur le site web de l'ONUSIDA. <https://www.unaids.org/fr/keywords/thailand>. L'étude semble avoir été reprise dans d'autres articles et documents sur le sujet, par exemple :

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334191/seaiph2020v9n2p100-eng.pdf>.

Au **Pérou**, la riposte des Nations Unies à la COVID-19, dirigée et coordonnée par le PAM et inspirée de son travail sur la protection sociale des migrants, a été fortement axée sur les populations clés. Le PAM et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont mis au point une nouvelle initiative de prise en charge des migrants au moyen de transferts monétaires. Cette initiative a été étendue et adaptée aux femmes transgenres, aux travailleuses du sexe de tous âges et aux homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (1800 personnes appartenant à ces populations clés seraient actuellement concernées). Cet élargissement à d'autres populations clés a été possible grâce au soutien du Fonds mondial et de l'USAID. Le PAM est en train de plaider pour

En **Thaïlande**, la reprogrammation des fonds de l'UBRAF alloués au PNUD et à l'ONU DC a permis au PNUD de verser de petites subventions d'environ 10 000 USD chacune à quatre organisations de la société civile (TS et LGBTIQ+), à Bangkok et dans trois provinces, pour acheter des produits de première nécessité – nourriture, eau, EPI – sur une courte période (trois mois) pour 3200 personnes LGBTIQ+ et/ou faisant commerce

Le bureau de l'OMS en **Ukraine** a contribué à l'élaboration de documents d'orientation en rapport avec la situation pandémique destinés aux prestataires de santé et portant notamment sur les sujets suivants : administration des traitements de substitution aux opiacés à domicile plutôt que dans des établissements de santé, envoi des traitements antirétroviraux par la poste, prolongation des ordonnances des patients sous TAR et décentralisation du suivi clinique et biologique. Au Kenya, l'ONU DC, en partenariat avec le Programme national de lutte contre le sida et les IST, des organisations de la société civile et la Croix-Rouge kényane, a mis en place un service de camionnette mobile pour distribuer de la méthadone aux patients sous traitements médicalement assisté près de chez eux pendant les périodes de couvre-feu et autres restrictions de déplacement liées à la pandémie. La mobilisation de l'ONU DC a débouché sur la mise au point d'un mode opératoire normalisé pour la posologie à domicile (5 jours de traitement dans des contenants préemballés). Un travail de sensibilisation est en cours avec l'agence kényane de réglementation des médicaments (PBB) pour étendre le dispositif afin de remédier aux obstacles que constituent la posologie quotidienne et l'éloignement des cliniques. Certaines activités de plaidoyer menées par l'ONU DC et des organisations de la société civile n'ont pas abouti en raison d'un manque de

En Ukraine, au Kenya et en Thaïlande, un appui technique a été rapidement apporté pour élaborer des directives concernant la COVID-19 et promouvoir des modèles de prestation de services différenciés comme la dispensation d'une prophylaxie préexposition pour plusieurs mois. On ne dispose cependant que de données limitées sur le nombre de bénéficiaires appartenant à des populations clés.

Au niveau mondial, de solides éléments, issus de documents et d'entretiens menés avec des informateurs clés, montrent que le Programme commun a fortement contribué à la riposte à la COVID-19 en tirant parti des infrastructures et des programmes de lutte contre le VIH à l'échelle mondiale et dans les pays, et en favorisant l'élaboration de stratégies fondées sur les droits humains. Des documents sur les enseignements retenus de l'expérience et des orientations programmatiques concernant ou axées sur des populations clés (travailleuses et travailleurs du sexe, populations carcérale et consommateurs de drogues injectables) ont été élaborés durant la période pandémique,

parfois en collaboration avec des réseaux mondiaux de PC⁷¹. La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2022-2026 et le rapport 2021 de la Journée mondiale de lutte contre le sida montrent que l'orientation stratégique du Programme commun est désormais axée sur la lutte contre les inégalités liées aux pandémies de VIH et de COVID-19, sur une riposte accrue aux pandémies et sur un meilleur état de préparation pour y faire face, en se concentrant sur une plus grande résilience des systèmes de santé et sur les actions menées par la communauté, et en renforçant les systèmes de données et de surveillance locaux. Si cette approche semble tout à fait logique, certains informateurs clés se sont inquiétés de ce « glissement » vers la riposte à la COVID-19 et la préparation aux pandémies, au regard de la mission première de l'ONUSIDA, estimant qu'un rééquilibrage était nécessaire pour s'assurer que l'action du Programme commun reste centrée sur le VIH et les populations clés.

Les éléments concernant l'action menée par le Programme commun pour répondre aux besoins des populations clés en situation de crise humanitaire sont très peu nombreux. Cet aspect est principalement abordé par rapport aux mesures prises pour faire face à la pandémie de COVID-19.

Les mesures prises par le Programme commun pour répondre aux besoins des populations clés en situation de crise humanitaire apparaissent surtout dans l'étude de cas du Pérou. Dans ce pays, le Programme commun a répondu à un appel du gouvernement lui demandant de s'occuper des besoins sanitaires des migrants – considérés au Pérou comme une population clé. Dans ce contexte, certains éléments montrent clairement que le HCR, l'Organisation internationale pour les Migrations (OIM) et le PAM facilitent l'accès des populations migrantes venues du Venezuela à des services de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive. Au Kenya, quelques données factuelles limitées portent sur l'aide apportée par le HCR pour procéder au dépistage du VIH chez 250 personnes LGBTIQ+ dans le camp de réfugiés de Kakuma. Toutefois, les données de l'étude de cas ne permettent pas de déterminer jusqu'à quel point le Programme commun oriente son action sur les populations clés, telles que définies pour les besoins de cette évaluation.

⁷¹ COVID-19 and HIV: 1 moment, 2 epidemics, 3 opportunities (ONUSIDA, 2020) ; Les droits humains aux temps du COVID-19, (ONUSIDA, 2020) ; L'homme au cœur de la lutte contre les pandémies – Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2020 (ONUSIDA, 2020) ; Inégalités, impréparation, menace – Rapport de la journée mondiale de lutte contre le sida 2021 (ONUSIDA, décembre 2021) ; <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/resource/strategic-considerations-for-mitigating-the-impact-of-covid-19-on-key-population-focused-hiv-programs-may-2020/> ; <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/resource/covid-19-hiv-prevention-treatment-care-and-support-for-people-who-use-drugs> ; autres rapports et fiches d'information des coparrainants accessibles sur leur site et sur le site de la CMP (page ressources).

4.2.6 QE n° 5 (concrétisation des produits/aspects à renforcer) et QE n° 8 (contribution aux services, promotion des droits humains, de l'égalité des genres et de la dépénalisation, pérennisation des financements)

QE n° 5 : Jusqu'à quel point le Programme commun met-il en œuvre les activités s'adressant aux populations clés et concrétise-t-il les réalisations (produits) figurant dans l'UBRAF ? Quels aspects doivent encore être renforcés et pourquoi ?

QE n° 8 : Dans quelle mesure le Programme commun contribue-t-il efficacement aux résultats intermédiaires, à savoir : 1) la prestation de services complets pour les populations clés, notamment les plus vulnérables ; 2) la promotion des droits humains et de l'égalité des genres, l'abolition des lois discriminatoires et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination ; 3) des mécanismes de financement et de programmation pérennes pour les populations clés⁷² ?

Constat général

- S'il est globalement facile de trouver des données factuelles sur les activités du Programme commun, il est en revanche plus difficile de trouver des éléments probants concernant les résultats obtenus et les progrès réalisés dans le cadre de ces activités.
- Il est prouvé que les activités menées dans le cadre du Programme commun ont permis d'intégrer des données factuelles actualisées dans les politiques, les documents d'orientation et les modèles de mise en œuvre, ce qui contribue à améliorer les modes de prestation de services ou à accroître la prestation de services destinés aux populations clés.
- Les activités du Programme commun ont également permis d'améliorer les connaissances juridiques et politiques des membres d'associations de populations clés, ce qui a facilité le plaidoyer et la mobilisation des communautés en faveur de réformes politiques et législatives. Si le travail sur les droits humains éclaire l'élaboration des stratégies et des politiques sur le VIH, les progrès ont été lents pour ce qui est des réformes législatives et des changements politiques nécessaires pour rendre l'environnement plus favorable.
- Par rapport aux résultats intermédiaires n° 2 et n° 3, et à l'exception de la Thaïlande et de l'Ukraine, moins d'activités centrées sur la mise en place de mécanismes de financement et de programmation pérennes pour les populations clés ont été mises en œuvre, ce qui représente une lacune stratégique.

Théorie du changement

Ensembles de services complets. La théorie du changement part du principe que des données plus solides et ventilées par population clé vont éclairer les processus de planification stratégique et que la production de ces données, associée à des activités de plaidoyer, va déboucher sur un soutien accru, notamment financier, à la généralisation d'ensembles de services complets et intégrés destinés aux populations clés. **Résumé de l'évaluation :** les données tirées des études de cas laissent penser que cette hypothèse est valide, même si, d'une part, l'ampleur du déploiement de ces services est insuffisante pour atteindre les cibles de couverture, et d'autre part, les ensembles de services ne sont pas suffisamment complets pour répondre à la fois aux besoins communs à toutes les populations clés et aux besoins propres à chacune d'elles. Bien qu'il existe des preuves de l'utilisation de données ventilées par population clé à des fins de planification, des données ventilées supplémentaires sont nécessaires.

Environnement favorable. La théorie du changement part du principe que les activités du Programme commun dans le domaine des droits humains et de l'égalité des genres pour les populations clés, ainsi que son action pour réduire les obstacles juridiques, politiques et sociétaux qui entravent l'accès aux services, vont accélérer les changements politiques et juridiques et encourager l'évolution des comportements et des mentalités. **Résumé de l'évaluation :** il ressort de l'évaluation que cette hypothèse est valide et que les activités mises en œuvre contribuent à la réussite des actions menées en faveur des populations

⁷² Les éléments à l'appui des résultats présentés dans cette section proviennent d'entretiens menés avec des informateurs clés et de sources documentaires examinées dans le cadre des études de cas nationales. Les données et les documents sont généralement de bonne qualité. La solidité des preuves concernant la contribution du Programme commun aux résultats intermédiaires est toutefois variable dans les cas où des activités similaires ou complémentaires ont été mises en œuvre par divers partenaires et ont pu également contribuer à ces résultats. Dans ces situations, la contribution du Programme commun à la concrétisation d'un résultat intermédiaire est probable, mais il n'est pas possible d'être catégorique sur ce point.

clés. Il semble cependant que ces activités n'aient pas encore permis de transformer suffisamment un environnement qui entrave l'accès aux services de santé pour les populations clés et fait obstacle à la prestation de services pour ces populations. Par ailleurs, la nature même de certaines activités (ateliers, formations) représente un défi supplémentaire quant à leur viabilité.

Viabilité. La théorie du changement part du principe que l'appui apporté par le Programme commun pour planifier la pérennisation des programmes destinés aux populations clés permettra un financement stable et équitable de ces programmes. **Résumé de l'évaluation :** il ressort des études de cas que cette hypothèse n'est pas valide dans la mesure où la plupart des pays n'ont rien entrepris d'important sur la question de la viabilité financière, à l'exception de la Thaïlande et de l'Ukraine, où cette hypothèse semble être valide.

L'équipe d'évaluation s'est penchée sur la capacité du Programme commun à mettre en œuvre des activités pour les populations clés, à concrétiser des produits et à contribuer aux résultats intermédiaires, tels que définis dans la théorie du changement (voir la figure 3), au niveau des pays. Les trois tableaux ci-dessous donnent des exemples d'activités issus de plans nationaux du Programme commun et indiquent la contribution de ces activités aux trois résultats intermédiaires de la théorie du changement, à savoir :

1. Une offre accrue de services complets et intégrés est proposée aux populations clés, notamment aux plus vulnérables.
2. Des changements d'orientation sont adoptés, des lois répressives et discriminatoires sont abrogées, la stigmatisation et la discrimination ont reculé.
3. Des mécanismes de financement et de programmation pérennes pour les populations clés sont mis en œuvre.

Les données figurant dans ces tableaux sont extraites des six études de cas de pays. Les activités choisies sont celles dont les réalisations et les contributions aux résultats intermédiaires ont été les plus importantes, même si, malgré l'espace limité, d'autres activités sont citées à titre d'illustration^{73,74}.

Il existe des preuves de l'effet catalyseur d'activités du Programme commun qui ont contribué directement ou vraisemblablement à l'obtention de résultats intermédiaires. Il convient toutefois de noter que le choix des exemples s'est porté principalement sur des activités qui ont effectivement contribué à des résultats intermédiaires. Par conséquent, le bilan des accomplissements du Programme commun peut apparaître plus positif qu'il ne l'est en réalité. Comme indiqué dans la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 4, les éléments concrets portant sur les résultats de l'action du Programme commun ou sur l'utilisation de théories du changement – qui auraient pu expliquer comment les activités prévues devaient provoquer les changements attendus – sont beaucoup plus rares. Cela peut nuire à l'efficacité des activités conçues pour accélérer le changement et peut également expliquer la difficulté de certains membres des équipes communes dans les pays étudiés à formuler la contribution de leurs institutions aux résultats intermédiaires. Par ailleurs, l'importance de la contribution aux résultats intermédiaires d'activités comme des formations ou des ateliers est discutable.

⁷³ L'une des principales activités du Programme commun est le plaidoyer qui, en principe, génère une volonté politique, un engagement soutenu et des conditions favorables aux réalisations du Programme commun, contribuant ainsi aux résultats intermédiaires. Étant donné que le plaidoyer est une activité transversale qui peut contribuer aux trois résultats intermédiaires du Programme commun, il n'apparaît pas dans la colonne « Activités » des tableaux ci-après.

⁷⁴ Le constat concernant le renforcement des capacités des réseaux de PC est exposé dans la section 5.4 sur la mobilisation et l'autonomisation des organisations dirigées par des populations clés.

Une offre accrue de services complets et intégrés est proposée aux populations clés, notamment aux plus vulnérables (se reporter à la figure 3 présentant la théorie du changement, cases oranges)

Activités du Programme commun	Produits du Programme commun	Contributions du Programme commun (aux résultats intermédiaires)
<p>Production de données sur les populations clés : estimations de la taille des populations ; données ventilées par sexe et par âge ; analyse de la problématique du genre dans les populations clés ; études, données de référence et évaluations spécifiques</p>	<p>L'élaboration des plans stratégiques s'appuie sur des données, ce qui favorise des investissements dans des interventions et des stratégies sanitaires et habilitantes à fort impact axées sur les populations clés et les zones fortement touchées.</p>	<p>Une offre accrue de services complets et intégrés pour les populations clés, y compris les jeunes de ces populations, dans des environnements accueillants et sûrs</p>
Activités	Produits	Résultats intermédiaires
<p>Thaïlande : intensification de la PrEP</p> <ul style="list-style-type: none"> Le Secrétariat de l'ONUSIDA a lancé une étude pour estimer le nombre de personnes qui bénéficieraient de pouvoir accéder à la PrEP. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a soutenu l'élaboration d'un cadre national de suivi et d'évaluation de la PrEP utilisé pour mener une expérimentation nationale et a fourni un appui technique à ce projet pilote. L'UNICEF a soutenu une expérimentation de la PrEP chez les adolescents. 	<ul style="list-style-type: none"> L'étude a révélé que 148 500 personnes bénéficieraient de pouvoir accéder à la PrEP – plus de sept fois le nombre de bénéficiaires inscrits en 2020. Les données de S&E ont montré que le projet pilote avait été mis en œuvre avec succès et n'avait produit aucun effet négatif. L'expérimentation de la PrEP chez les adolescents a montré qu'il était possible de proposer le traitement à cette population. 	<ul style="list-style-type: none"> L'estimation a été déterminante pour démontrer la nécessité d'une intensification de la PrEP. L'expérimentation réussie de la PrEP a débouché sur l'adoption du traitement à l'échelle nationale, son inclusion dans les prestations de la couverture sanitaire universelle et son déploiement dans 150 établissements de santé sans plafonnement du nombre de bénéficiaires. La possibilité de prescrire la PrEP à des adolescents, sans consentement parental obligatoire, a été incluse dans les directives nationales.
<p>Tunisie : production d'informations stratégiques sur les personnes transgenres</p> <ul style="list-style-type: none"> Appui de l'UNFPA à une cartographie des populations transgenres Plaidoyer du bureau de pays de l'ONUSIDA et de l'UNFPA basé sur les données de l'étude cartographique 	<ul style="list-style-type: none"> Données produites sur la population transgenre, y compris des données relatives au comportement et aux besoins en services 	<ul style="list-style-type: none"> L'étude cartographique a facilité l'inclusion d'interventions axées sur les personnes transgenres dans la stratégie nationale de lutte contre le sida avec une cible de couverture.

<p>Systèmes et services, y compris pour les jeunes des populations clés et la population carcérale Renforcement des capacités ; politiques, orientations, outils, données factuelles, feuilles de route ; ensembles de services complets pour les populations clés, liés ou intégrés à d'autres services ; modèles novateurs de prestation de services</p>	<p>Mise en place d'ensembles de services complets centrés sur la personne avec des modèles de prestation de services novateurs. Établissement de liens avec d'autres services sanitaires/sociaux</p>	<p>Une offre accrue de services complets et intégrés pour les populations clés, y compris les jeunes de ces populations, dans des environnements accueillants et sûrs</p>
<p>Activités</p>	<p>Produits →</p>	<p>Résultats intermédiaires</p>
<p>Thaïlande : Initiative <i>Fast-Track Cities</i> à Bangkok – Appui technique du Secrétariat de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'ONUSDC, en collaboration avec le PEPFAR, des associations de PC et d'autres partenaires, en vue d'améliorer les services de santé municipaux liés au VIH, en se concentrant sur les populations clés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recours optimisé aux services de dépistage et de traitement du VIH et de dispensation de la PrEP dans les cliniques municipales 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Progrès significatifs par rapport aux cibles 90–90–90. Intégration du dépistage du VIH dans toutes les cliniques de santé primaire de l'Administration métropolitaine de Bangkok avec 90 % de mise sous traitement antirétroviral le jour même du diagnostic. Dispensation de médicaments antirétroviraux dans certaines cliniques de santé primaire pour améliorer l'accès. Recours accru au dépistage du VIH et à la PrEP. Taux de recours aux services assurés par des associations de populations clés, y compris pour les jeunes de ces populations.
<p>Ukraine : optimisation du recours au dépistage, aux traitements et à la PrEP – plaidoyer et appui technique de l'OMS. Intervention du PNUD pour faire des économies sur les achats d'antirétroviraux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Révision du protocole national de dépistage et de traitement du VIH : algorithme simplifié de dépistage, dépister et traiter, critères d'observance des traitements antirétroviraux, optimisation des TAR, critères de dispensation de la PrEP 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Délai médian entre le dépistage positif du VIH et la mise sous traitement antirétroviral ramené de trois mois à deux semaines. Importantes économies réalisées grâce à l'optimisation des traitements antirétroviraux. ■ Économies de 89 % sur les achats d'antirétroviraux
<p>Kenya : intensification des TSO/TMA – Appui technique apporté par l'ONUSDC aux autorités nationales et infranationales, aux organisations de la société civile et à l'agence de réglementation des médicaments (PPB) pour déployer à plus grande échelle les traitements médicalement assistés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaboration de directives nationales et infranationales sur les TMA, de modes opératoires normalisés et de manuels de formation à l'intention des établissements de santé et des établissements pénitentiaires ■ Mise en place d'un environnement favorable aux cliniques proposant des TMA dans les comtés ■ Promulgation du règlement du PPB concernant la méthadone ■ Établissement de normes minimales pour les pharmacies qui dispensent de la méthadone 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Création de six cliniques, dont une clinique pénitentiaire, proposant des TMA, et enregistrement de 60 % des patients éligibles à l'échelle du pays ■ Déploiement par le gouvernement de cliniques proposant des TMA dans d'autres comtés ■ 26 % de la population estimée de consommateurs de drogues injectables sous TMA ■ Amélioration de la gestion de la méthadone à l'échelle nationale grâce aux instructions et règles publiées par le PPB

<p>Tunisie : développement des services intégrés en milieu carcéral – Évaluation rapide par l’ONU DC de la situation concernant le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose dans les lieux de détention, et appui technique apporté au ministère de la Justice pour mettre en place une stratégie et des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaboration d’une stratégie nationale du ministère de la Justice concernant la prévention, le dépistage, le traitement et la prise en charge des toxicomanies et du VIH en milieu carcéral ■ Renforcement de la capacité d’organisations de la société civile à proposer des services intégrés aux détenus libérés 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Services de dépistage volontaire et de traitement du VIH disponibles dans douze établissements pénitentiaires ■ Services de réinsertion, de réduction des risques et de lutte contre le VIH, les hépatites, la tuberculose et la toxicomanie proposés aux détenus après leur libération
<p>Cameroun : des améliorations dans la prestation des services de lutte contre le VIH – Appui technique fourni par le Programme commun aux services de santé financés par le Fonds mondial et le PEPFAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Amélioration des ensembles de services de lutte contre le VIH destinés aux populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le Programme commun a vraisemblablement contribué à des améliorations en ce qui concerne la stratégie « dépister et traiter », le suivi des PVVIH sous traitement antirétroviral, les modèles de prestation de services différenciés et l’intégration des services de SSR et de lutte contre le VIH, la tuberculose, les IST et les hépatites, avec une participation accrue des populations clés.
<p>Ukraine : intégration des services de lutte contre le VIH et la VFG – Appui technique de l’UNFPA à l’intégration du dépistage du VIH dans les services de lutte contre la violence fondée sur le genre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conception d’interventions, expérimentation et élaboration de lignes directrices 	<ul style="list-style-type: none"> ■ L’appui technique de l’UNFPA a directement contribué à l’intégration du dépistage du VIH dans les services de lutte contre la violence fondée sur le genre au niveau local.
<p>Pérou : amélioration de l’accès aux traitements antirétroviraux – Appui technique de l’OMS sur le sujet de la décentralisation des TAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Possibilité de prescrire des TAR et gestion des traitements étendues aux établissements de santé primaire 	<ul style="list-style-type: none"> ■ L’OMS a contribué à améliorer l’accès aux traitements antirétroviraux en rendant ces traitements disponibles dans des établissements de santé primaire avec la possibilité de se les faire prescrire pour plusieurs mois.
<p>Ukraine : intensification des services destinés aux consommateurs de drogues – Appui technique de l’ONU DC sur la question des besoins des consommateurs de nouvelles substances psychoactives et plaidoyer auprès du ministère de la Santé pour un déploiement à plus grande échelle des TSO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation détaillée des besoins en services des consommateurs de nouvelles substances psychoactives, mise au point des interventions et expérimentation par l’ONU DC 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accès amélioré aux services de traitement pour les consommateurs de nouvelles substances psychoactives ■ Déploiement des TSO dans la communauté et introduction des traitements dans les établissements pénitentiaires

Les études de cas montrent clairement que les activités du Programme commun dans le domaine de la collecte et de l'analyse de données – et notamment de données ventilées par PC – ont éclairé les processus de planification et favorisé des investissements dans des services de santé axés sur les populations clés ou qui concernent directement ces populations. Parmi les exemples présentés dans le tableau ci-dessus, on peut citer la collecte de données sur la PrEP en Thaïlande, qui a contribué au déploiement du traitement à l'échelle du pays, ou l'exercice de cartographie des populations transgenres soutenu par l'UNFPA en Tunisie, qui a débouché sur l'inclusion d'interventions pour cette population clé dans la stratégie nationale de lutte contre le sida. Il ressort également des études de cas que des données ventilées par population clé ont été utilisées pour établir des priorités dans les demandes de financement présentées au Fonds mondial (cet exemple n'apparaît pas dans le tableau). Par exemple, une étude biocomportementale intégrée soutenue par le Programme commun portant sur les consommateurs de drogues injectables en Thaïlande a été utilisée par le Secrétariat de l'ONUSIDA pour négocier l'intensification significative de certaines activités du Fonds mondial, notamment l'élaboration de programmes dirigés par la communauté.

Il est établi que des activités menées dans le cadre du Programme commun ont permis d'intégrer des données factuelles actualisées dans les politiques, les documents d'orientation et les modèles de mise en œuvre, ce qui contribue à améliorer les modes de prestation de services et/ou à accroître l'offre de services. Parmi les exemples donnés dans le tableau ci-dessus figurent des initiatives non spécifiques, mais qui concernent les populations clés, comme la révision des directives sur le dépistage et le traitement du VIH, la décentralisation de la prise en charge des patients vers des établissements de santé primaire, l'amélioration du dépistage ou le déploiement de la PrEP. Comme indiqué dans le constat général concernant la pertinence et la cohérence de l'action du Programme commun, les activités générales qui concernent les populations clés sont en proportion plus nombreuses que les activités cherchant à répondre aux besoins de populations spécifiques. Il ressort des études de cas de pays qu'un meilleur équilibre doit être recherché entre ces deux types de programmation afin de répondre de manière plus complète aux besoins des populations clés. Par exemple, les programmes destinés aux jeunes des populations clés sont pour la plupart sous-financés, alors que les données montrent que, dans certains pays (p. ex. en Thaïlande), cette population représente une part importante des nouvelles infections. Un autre exemple est celui des programmes *complets* de réduction des risques liés à la consommation de drogues, qui sont souvent inexistantes ou d'une ampleur limitée en raison du caractère politiquement sensible de ce sujet. On observe en revanche une augmentation du nombre de programmes visant à répondre aux besoins spécifiques des personnes transgenres, qui sont désormais distincts des programmes destinés aux homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Changements d'orientation adoptés, lois répressives et discriminatoires abrogées, stigmatisation et discrimination atténuées⁷⁵ (se reporter à la figure 3 présentant la théorie du changement, cases oranges)

Activités du Programme commun	Produits du Programme commun	Contributions du Programme commun (aux résultats intermédiaires)
<p>Traitement des obstacles sociétaux rencontrés par les populations clés, y compris les jeunes de ces populations : Indice de stigmatisation 2.0 ; formations en fonction des contextes ; veille sur les lois et politiques discriminatoires ; mécanismes de signalement des violations des droits humains ; initiatives pour l'accès à la justice</p>	<p>Réformes juridiques et politiques accélérées, connaissance des lois améliorée et accès à la justice développé. Groupes constitutifs mobilisés pour éliminer la stigmatisation et la discrimination dans différents contextes.</p>	<p>Changements d'orientation adoptés ; lois répressives et discriminatoires abrogées ; stigmatisation et discrimination atténuées.</p>
Activités	Produits	Résultats intermédiaires
<p>Thaïlande : constitution d'un ensemble d'informations stratégiques – Plusieurs études commandées par le PNUD : une enquête nationale sur les expériences de discrimination et de rejet social vécues par les personnes LGBTIQ+ ; une recherche qualitative sur la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes transgenres dans l'accès aux soins ; un examen de la législation et des politiques pour une reconnaissance juridique du genre.</p>	<p>Éléments solides montrant que ces études ont amélioré les connaissances juridiques et politiques des populations clés, qui en ont utilisé les résultats pour élaborer des propositions législatives et politiques (concernant par exemple la reconnaissance juridique du genre) et mener des actions de plaidoyer</p>	<p>Aucun résultat intermédiaire obtenu à ce jour – travail en cours. Preuves solides de la mobilisation par le PNUD d'associations LGBTIQ+ pour appuyer les conclusions et les recommandations de ces études, qui sont en train d'être examinées par des organismes gouvernementaux et des commissions parlementaires</p>
<p>Ukraine : protection des droits humains – Promotion des droits fondamentaux des populations clés par le Programme commun en collaboration avec des associations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plaidoyer du Programme commun sur des questions de droits humains ■ Renforcement des capacités par le PNUD dans le domaine des droits humains ■ Plaidoyer en faveur de l'intégration de la question des droits humains lors de l'élaboration de politiques nationales et de programmes locaux dans le cadre de l'initiative <i>Fast-Track Cities</i> ■ Évaluation des politiques et des législations 	<p>Le travail de plaidoyer du Programme commun a contribué, d'une part, à faire des principes des droits humains et de la lutte contre la stigmatisation des priorités dans certains documents programmatiques importants, et d'autre part, à rendre l'environnement globalement plus favorable. L'action du Programme commun a vraisemblablement contribué à faire adopter par le gouvernement la stratégie globale pour éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, y compris les mesures prioritaires</p>

⁷⁵ Des informations sur la conception des activités du Programme commun portant sur les droits humains, l'égalité des genres et les population clés les plus vulnérables figurent à la section 4.2.2.

		recommandées par la Coalition mondiale pour la prévention du VIH.
Kenya : recul de la stigmatisation et de la discrimination – Le Programme commun, et en particulier le PNUD, mène depuis plusieurs années des activités de plaidoyer pour faire reculer la stigmatisation et la discrimination avec des réseaux de populations clés et d'autres partenaires.	L'action du Programme commun a vraisemblablement accéléré les progrès des activités visant à faire reculer la stigmatisation et la réduction et contribué à la mobilisation des populations clés sur cette question.	Le Programme commun a vraisemblablement contribué, avec d'autres partenaires toutefois, à la baisse de l'indice de stigmatisation mesurée au Kenya, avec un indice global pour les PVVIH et les populations clés qui est passé de 45 % en 2014 à 23 % en 2021.
Cameroun : promotion des droits humains – Activités du Programme commun pour favoriser la disparition de lois, de politiques et de pratiques répressives, et pour faire reculer la stigmatisation et la discrimination	Sensibilisation, formation et diffusion de données par le Programme commun	Certaines lois, politiques et pratiques répressives restent en vigueur, mais les activités du Programme commun ont vraisemblablement contribué à améliorer la tolérance de la société vis-à-vis des populations clés et à faire reculer la stigmatisation et la discrimination à leur égard.

Des éléments solides montrent que les activités du Programme commun ont permis d'améliorer les connaissances juridiques et politiques des populations clés, des connaissances qui ont pu être exploitées pour mener des actions de plaidoyer et mobiliser la collectivité en faveur de changements dans les politiques et la législation. Si certains éléments montrent que les principes des droits humains éclairent l'élaboration des stratégies et des politiques sur le VIH, les progrès pour ce qui est des réformes législatives ou de changements d'orientation majeurs dans l'environnement d'élaboration des politiques de manière générale (c'est-à-dire des politiques non spécifiques au VIH) ont été lents en raison de contextes sociaux et politiques hostiles.

Les activités menées par le Programme commun pour promouvoir les droits humains dans les pays étudiés ont principalement porté sur la production d'informations stratégiques (p. ex. des rapports de recherche), le plaidoyer, l'élaboration de programmes de formation, des ateliers et des consultations ayant pour but d'amener des changements dans les politiques et les législations. En Thaïlande, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le PNUD ont joué un rôle de médiation important pour que les associations de populations clés puissent participer aux discussions et plaider pour des réformes auprès des pouvoirs publics. Cette intervention a été particulièrement importante pour les petites associations et pour celles qui représentent des populations clés plus marginalisées – les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables ou, dans certains pays, les travailleurs et travailleuses du sexe et les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Dans chacun des pays étudiés, le Programme commun a soutenu des activités visant à faire reculer la stigmatisation et la discrimination. Bien que certaines études de cas signalent un recul de la S&D, celui-ci est marginal ou plus important selon les pays. Dans les pays étudiés, la stigmatisation et la discrimination sont considérées par de nombreux informateurs comme le principal obstacle qui empêche les populations clés d'accéder aux services. Selon des représentants de réseaux mondiaux de PC, les activités menées par le Programme commun dans les pays pour faire reculer la stigmatisation et la discrimination s'adressent principalement aux personnes qui vivent avec le VIH. Ces activités portent essentiellement sur la stigmatisation liée à l'infection à VIH, et moins sur le rejet social que subissent les populations clés, par exemple les HSH avec l'homophobie.

Mécanismes de financement et de programmation pérennes pour les populations clés (se reporter à la figure 3 présentant la théorie du changement, cases orange)

Activités du Programme commun	Produits du Programme commun	Contributions du Programme commun (aux résultats intermédiaires)
<p>Favoriser la mobilisation de ressources pour les actions destinées aux populations clés : plans stratégiques nationaux, planification du Fonds mondial/PEPFAR ; stratégies pour mobiliser des ressources ; financements pérennes ; dispositifs de contractualisation des OSC ; intégration avec la couverture sanitaire universelle, les régimes d'assurance maladie et les systèmes de protection sociale ; financement d'urgence de mesures pour les populations clés durant la pandémie de COVID-19</p>	<p>Ressources nationales et extérieures mobilisées sur la base de plans stratégiques nationaux et/ou de mécanismes de financement pérennes pour le secteur de la santé ou d'autres secteurs sociaux</p>	<p>Mécanismes de financement pérennes et services intégrés pour les populations clés mis en place</p>
Activités	Produits	Résultats intermédiaires
<p>Thaïlande : des mécanismes de programmation pérennes pour les organisations de la société civile dirigées par des populations clés – Le Secrétariat de l'ONUSIDA a obtenu qu'une étude soit réalisée sur les meilleures pratiques internationales concernant la certification des agents de santé communautaires (ASC) dans le cadre de l'accréditation d'OSC actives dans le domaine du VIH, et a effectué un travail de plaidoyer sur ce sujet auprès du ministère de la Santé publique (MdSP).</p>	<p>Accord du ministère de la Santé publique pour mettre en place un mécanisme d'accréditation des organisations de la société civile et de certification des agents de santé communautaires, condition préalable au financement des OSC par la couverture sanitaire universelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Établissement par le MdSP des règles d'accréditation des OSC habilitées à assurer certains services, dont le dépistage du VIH et la délivrance d'une prophylaxie préexposition ou d'un traitement antirétroviral prescrits par un médecin ■ Publication par le MdSP du guide de mise en œuvre de la certification des agents de santé communautaires
<p>Thaïlande : financement des organisations de la société civile par la couverture sanitaire universelle – La Banque mondiale a commandé des études sur des modèles de contrats sociaux passés avec des organisations de la société civile pour assurer des services de lutte contre le VIH, ainsi qu'une analyse des coûts des services assurés par des OSC pour les populations clés.</p>	<p>Études publiées et utilisées comme base de discussion entre le Programme commun et des responsables gouvernementaux sur un modèle de financement pérenne des services de lutte contre le VIH assurés par des OSC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle</p>	<p>Accord de principe des représentants du gouvernement concernant la contractualisation d'organisations de la société civile dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Travail toujours en cours.</p>

<p>Ukraine : mobilisation de ressources nationales – Plaidoyer du bureau de pays de l’ONUSIDA et d’organisations de la société civile pour augmenter le budget public consacré au VIH, notamment à la prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Appui technique fourni par le bureau de pays de l’ONUSIDA au gouvernement sur des mécanismes de programmation dans le domaine de la prévention 	<p>Procédures de financement, ensembles de services et critères de qualité établis (avec l’assistance technique du bureau de pays de l’ONUSIDA) pour les programmes de prévention financés par le gouvernement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Engagement pris par le gouvernement ukrainien en 2018 d’augmenter le financement de la prévention du VIH de 80 % sur trois ans ■ Le budget du gouvernement ukrainien consacré au VIH est passé de 12,5 millions de dollars en 2016 à 32 millions de dollars en 2020. ■ Dispositif de contractualisation des OSC chargées d’assurer des services de base pour les populations clés, mis en place par le ministère de la Santé publique en 2019
<p>Kenya : le Fonds mondial a financé l’intensification des programmes destinés aux populations clés – Contributions techniques du Programme commun, appui de consultants et participation facilitée de l’ensemble des populations clés à la préparation de la toute dernière demande de financement présentée au Fonds mondial</p>	<p>La demande de financement témoigne d’une prise en compte du caractère prioritaire des programmes destinés aux populations clés.</p>	<p>Dans la subvention actuelle du Fonds mondial, 23 millions de dollars sont affectés à des programmes pour les populations clés, ce qui permet de déployer davantage les services destinés à ces populations dans les comtés où ceux-ci existent déjà et de les mettre en place dans les onze comtés qui en étaient dépourvus, avec pour résultat, des services désormais disponibles dans les 47 comtés du pays.</p>
<p>Tunisie : stratégie d’affranchissement des financements du Fonds mondial – Le Programme commun a fourni un appui technique à l’instance de coordination nationale pour effectuer une analyse des risques pour la pérennité des programmes et mettre au point une stratégie d’affranchissement des financements du Fonds mondial (stratégie de transition).</p>	<p>Stratégie de transition mise au point</p>	<p>Des incertitudes existent quant à la viabilité de la stratégie de transition, en raison de la faible détermination du gouvernement à investir dans des programmes de lutte contre le VIH ou des programmes pour les populations clés.</p>

Dans l’ensemble des pays étudiés, le Programme commun a beaucoup moins travaillé sur le résultat intermédiaire n° 3 – la mise en place de mécanismes de financement et de programmation pérennes pour les populations clés – que sur les résultats intermédiaires n° 1 et n° 2.

Au Cameroun, au Kenya et au Pérou, rien n’indique que le Programme commun mène un travail de fond pour pérenniser le financement des programmes destinés aux populations clés, à l’exception du PAM qui, au Pérou, cherche à tirer parti de l’adoption par le gouvernement de son programme de protection sociale des PC. Les seuls pays étudiés dans lesquels des progrès importants ont été observés pour ce résultat intermédiaire sont la Thaïlande et l’Ukraine (voir la synthèse des réponses apportées à la question d’évaluation n° 10).

Dans tous les pays étudiés, il apparaît clairement que la participation du Programme commun à l'élaboration des demandes de financement soumises au Fonds mondial s'est traduite par la mobilisation de ressources importantes affectées à des programmes pour les populations clés, qui étaient peu voire pas du tout financés par les pays eux-mêmes (p. ex. programmes pour les consommateurs de drogues injectables en Thaïlande, programmes pour les personnes transgenres ou les consommateurs de drogues injectables au Kenya). En fonction des calendriers d'affranchissement des financements du Fonds mondial, cela ne peut être qu'une solution à court terme, car le financement de donateurs extérieurs n'est par essence que provisoire.

La faible priorité généralement accordée à la mise en place de mécanismes de financement et de programmation pérennes dans la plupart des six pays étudiés représente une lacune stratégique importante.

4.2.7 QE n° 9 (facteurs contextuels) et QE n° 10 (viabilité)

QE n° 9 : Dans quelle mesure le Programme commun réagit-il à des facteurs contextuels déterminants ?

QE n° 10 : Dans quelle mesure les résultats obtenus par le Programme commun sont-ils durables, notamment pour les organisations et les actions dirigées par des populations clés⁷⁶ ?

Constat général

- Les données mondiales et nationales sur la manière dont le Programme commun réagit aux facteurs contextuels sont limitées. Toutefois, dans le cas d'épidémies concentrées dans les populations clés et parvenues à leur phase d'état, le Programme commun répond aux enjeux de pérennisation des programmes destinés à ces populations.
- Alors que des mécanismes de financement et de programmation pérennes sont jugés essentiels à l'échelle mondiale pour soutenir les actions menées par les populations clés, cela n'a pas été un domaine de travail prioritaire pour les équipes communes des Nations Unies dans les pays étudiés.
- De nombreuses stratégies de transition ont échoué faute d'une prise en main suffisante des programmes par le gouvernement. Le caractère ambitieux, mais indicatif de ces stratégies a peu de chances de déboucher sur une pérennisation des financements.
- Concernant les programmes destinés aux populations clés, il importe de : 1) pérenniser le soutien des donateurs à ces programmes ; 2) plaider pour une augmentation de la part de ces programmes financée avec des ressources nationales ; 3) soutenir les efforts visant à intégrer ces programmes et leur financement dans la couverture sanitaire universelle.

Théorie du changement

Viabilité. La théorie du changement part du principe que les activités mises en œuvre par le Programme commun pour élaborer des plans stratégiques et des plans de pérennisation solides vont déboucher sur la mise en place de mécanismes de financement et de programmation plus stables et plus durables pour les services destinés aux populations clés.

Résumé de l'évaluation : là encore, il ressort des études de cas que cette hypothèse n'est pas valide dans la mesure où la plupart des pays n'ont rien entrepris d'important sur la question de la viabilité financière, à l'exception de la Thaïlande et de l'Ukraine, où cette hypothèse semble être valide. Par ailleurs, peu d'éléments montrent que les stratégies de transition suscitent une véritable volonté politique et une prise en main suffisante des programmes par les gouvernements. Il sera important pour l'avenir de comprendre l'économie politique et les raisons pour lesquelles les hypothèses qui sous-tendent le changement ne se concrétisent pas.

⁷⁶ Les éléments à l'appui des résultats présentés dans cette section proviennent d'entretiens menés avec des informateurs clés et de sources documentaires examinées dans le cadre des études de cas nationales. Les données et les documents sont généralement de bonne qualité.

Les données recueillies à l'échelle mondiale et les études de cas renseignent assez peu sur la manière dont le Programme commun réagit à des facteurs contextuels déterminants concernant les populations clés. Dans le cas d'épidémies concentrées dans ces populations et parvenues à leur phase d'état, comme en Thaïlande et en Ukraine, les mesures se sont attachées à résoudre des problèmes particuliers pour s'assurer d'atteindre les objectifs fixés pour 2030 et garantir la viabilité, notamment financière, des programmes destinés aux populations clés.

Alors que des mécanismes de financement et de programmation pérennes sont jugés essentiels à l'échelle mondiale pour soutenir les actions menées par les populations clés, cela n'a pas été un domaine de travail prioritaire pour les équipes communes des Nations Unies dans la plupart des pays étudiés⁷⁷. En effet, dans la plupart de ces pays, le niveau des ressources allouées par les pouvoirs publics à ces programmes est faible, notamment en ce qui concerne les actions de prévention menées par des associations de populations clés, dont le financement dépend essentiellement du Fonds mondial, du PEPFAR et d'autres donateurs bilatéraux. Là où les gouvernements ont augmenté les dépenses publiques consacrées à la riposte au VIH, les sommes mobilisées ont souvent été affectées aux traitements et rarement à la prévention (à part en Ukraine). La Coalition mondiale pour la prévention s'emploie à remédier à ce problème. Bien que le financement pérenne des programmes avec des ressources nationales soit un problème de longue date, ce domaine d'activité n'a pas été une priorité pour le Programme commun, qui a accordé beaucoup moins d'importance à cette question qu'à d'autres domaines d'activité dans certains des pays étudiés. On notera toutefois les deux exceptions que sont la Thaïlande et l'Ukraine.

En Thaïlande, le Programme commun a effectué un travail considérable sur la question de la viabilité du financement des programmes pour les populations clés. Ce travail a pour principal objectif de mettre en place des mécanismes de programmation pérennes en finançant, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, la prestation de services par des associations de populations clés sous contrat. Par conséquent, ce modèle de financement vise à pérenniser des services assurés par les populations clés elles-mêmes, plutôt que d'intégrer des services pour ces populations dans les services de santé publics. Le système d'accréditation des organisations de la société civile et de certification des agents de santé communautaires confirme une approche systémique des mécanismes de programmation, qui va au-delà du seul financement. À l'heure actuelle, les organisations de la société civile assurent des services auprès de trois populations clés – les travailleuses et travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

En Ukraine, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le PNUD ont grandement contribué à la pérennisation des financements en appuyant l'instauration de contrats sociaux conclus avec des organisations de la société civile pour assurer un ensemble de services de prévention essentiels auprès des populations clés. Le travail de plaidoyer réussi du Programme commun en faveur d'une augmentation des investissements publics dans des programmes destinés à ces populations est d'autant plus remarquable que, dans la plupart des pays, les ressources nationales supplémentaires consacrées au VIH sont exclusivement affectées aux traitements.

⁷⁷ Pour un complément d'information sur la question de la viabilité du financement des programmes destinés aux populations clés, on se reportera à la synthèse des réponses apportées à la question d'évaluation n° 8.

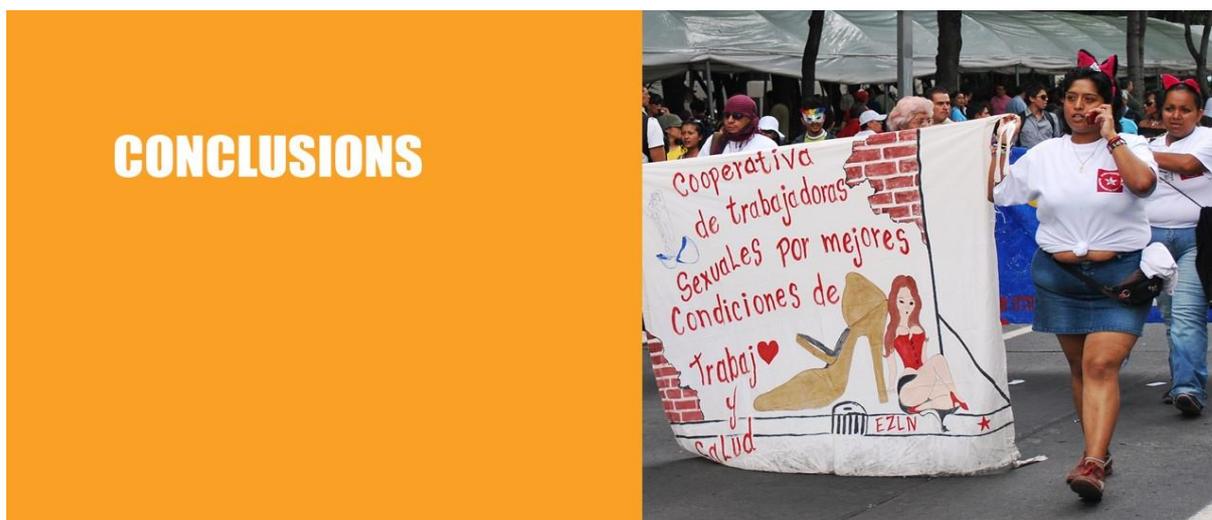
Les stratégies de transition mises en place dans les pays pour faire face au désengagement du Fonds mondial et d'autres donateurs amènent rarement les gouvernements à se saisir de la question de la pérennité des financements. L'élaboration de stratégies de transition pour aider les pays à s'affranchir des financements du Fonds mondial et d'autres donateurs est l'occasion, d'une part, de mobiliser des ressources pour financer des programmes destinés aux populations clés et d'autres programmes de lutte contre le VIH, et d'autre part, d'aborder la mise en place de mécanismes de programmation pérennes pour ces populations. Le Secrétariat de l'ONUSIDA offre généralement les services de consultants externes pour élaborer les stratégies de transition et prend part aux travaux des groupes de travail techniques chargés de superviser ce processus. Même si les stratégies de transition sont élaborées en concertation avec les gouvernements, il est fréquent que le processus n'aboutisse pas chez ceux-ci à une prise de conscience de la nécessité d'augmenter leurs engagements financiers. En Tunisie, par exemple, le Programme commun a soutenu l'élaboration d'une stratégie d'affranchissement des financements du Fonds mondial. Cela étant, il est peu probable que cette stratégie soit mise en œuvre en raison de la faible détermination du gouvernement à investir dans des programmes de lutte contre le VIH, en particulier dans des programmes destinés aux populations clés.

Par ailleurs, le fait d'élaborer des stratégies de transition pour un programme de lutte contre une maladie particulière est quelque peu en décalage avec l'objectif d'une couverture sanitaire universelle, que de nombreux pays s'efforcent d'atteindre. Par conséquent, le caractère souvent ambitieux, mais indicatif de ces stratégies a peu de chances de déboucher sur un financement national pérenne des programmes. Une limite des stratégies de transition réside dans le fait qu'elles sont souvent élaborées par des équipes de consultants dans des délais relativement courts. Or, faire émerger une volonté gouvernementale de financer durablement ces programmes est un processus difficile qui exige une stratégie multidimensionnelle sur une période bien plus longue.

Le conservatisme politique gagne sans cesse du terrain dans de nombreux pays, en particulier dans des pays où certaines populations clés sont criminalisées. Il devient donc de plus en plus difficile dans ces pays d'obtenir l'engagement du gouvernement de financer durablement des organisations et des services dirigés par ces populations. Par conséquent, le Programme commun et les réseaux de PC – parallèlement à leur action pour obtenir des financements nationaux pérennes – doivent poursuivre leur travail de plaidoyer pour faire en sorte que les organisations et les réseaux dirigés par des populations clés continuent de bénéficier de financements internationaux.

Les équipes de pays du Programme commun ont besoin d'un appui technique supplémentaire sur la question de la pérennisation des financements. La pérennisation des financements est un domaine technique complexe nécessitant des compétences particulières qui semblent manquer au personnel du Programme commun, dont l'appui technique est principalement axé sur la mise en place d'une offre de services de santé fondée sur des données factuelles et la promotion des droits humains. Pourtant, l'OMS et la Banque mondiale pourraient intervenir davantage sur cette question dans le cadre de l'objectif d'une couverture sanitaire universelle. Le Secrétariat et les coparrainants de l'ONUSIDA, notamment la Banque mondiale, pourraient également renforcer leur appui technique mondial et régional aux équipes de pays du Programme commun dans ce domaine, notamment avec des documents d'orientation. Au niveau des pays, on pourrait également redoubler d'efforts pour permettre aux associations et réseaux de populations clés de participer aux discussions sur la couverture sanitaire universelle.

5 Conclusions



Le constat global de l'évaluation – qui est commun aux différents pays étudiés et qui s'appuie sur les documents examinés et les entretiens menés avec des informateurs clés aux niveaux mondial et régional – amène les conclusions suivantes, dont la plupart ne sont pas isolées, mais ont au contraire une incidence sur les autres.

- 1. L'ONUSIDA est une organisation très respectée dont le rôle a été déterminant pour élaborer et soutenir des actions destinées aux populations clés. Cependant, son rôle dans le plaidoyer en faveur de réformes législatives fondées sur les droits humains est perçu comme amoindri.**

Le Programme commun est un acteur essentiel de la riposte au VIH dans les pays, un acteur dont la neutralité lui confère le pouvoir de réunir des représentants du gouvernement et de la société civile autour de la table des discussions. Cependant, en tant que défenseur des droits des populations clés et des actions menées pour ces populations dans la riposte au VIH, l'impression qui semble dominer est celle d'une voix neutre insuffisamment exploitée et d'un Programme commun devenu moins visible et proactif ces dernières années dans son plaidoyer en faveur de toutes les populations clés.

Au vu des données les plus récentes – au moins 65 % des nouvelles infections par le VIH se produisent dans les populations clés – et compte tenu des contextes de plus en plus conservateurs dans lesquels le Programme commun doit opérer, il est urgent d'intensifier ces actions de plaidoyer. Le Programme commun, en collaboration avec les populations clés, est bien placé pour : intensifier son action de plaidoyer qui vise à faire évoluer des environnements juridiques répressifs ; faire campagne en faveur de mesures plus fortes pour faire reculer la stigmatisation et la discrimination que subissent ces populations ; défendre le droit pour ces populations d'accéder aux services.

- 2. Compte tenu du centrage de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida sur les inégalités, l'augmentation du nombre des nouvelles infections dans les populations clés plaide fortement en faveur d'une priorité accrue accordée aux programmes axés sur ces populations.**

Chez certains coparrainants, les programmes de lutte contre le VIH ont été repositionnés sur le plan stratégique avec une intégration accrue de ces programmes dans les activités de base de l'institution, y compris les programmes destinés aux populations clés, ce qui a nécessité de faire des concessions quant à la pertinence de tels programmes pour ces populations. Les coupes budgétaires ont eu un impact majeur sur les ressources humaines et financières du Programme commun dans son ensemble,

avec des effets sur la capacité de la plupart des institutions à maintenir au même niveau leur appui aux programmes de lutte contre le VIH et pour les populations clés.

Pourtant, les données sur les nouvelles infections dans les populations clés et l'importance accordée à la lutte contre les inégalités dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 nécessitent de se concentrer davantage sur ces populations dans le travail du Programme commun. Ceci est un impératif, car des données montrent que l'incidence élevée du VIH dans les populations clés ne se limite pas aux pays hautement prioritaires (pays visés par l'initiative d'accélération de la riposte et membres de la Coalition mondiale pour la prévention). On observe en effet le même phénomène dans des petits pays assez peu touchés globalement, ainsi que dans des pays à revenu intermédiaire qui ne peuvent plus prétendre à des financements des donateurs ou qui sont en passe de s'en affranchir (phase de transition).

3. Il est possible de renforcer la pertinence et l'impact du travail de l'ONUSIDA pour les populations clés grâce à des processus de planification inclusifs et en mettant davantage l'accent sur certaines populations clés dans les interventions du Programme commun.

Il est possible d'améliorer la responsabilité de l'ONUSIDA ainsi que la pertinence et les résultats du soutien qu'il apporte, en consultant les populations clés dans le cadre des processus de planification annuelle de l'équipe commune et en veillant à ce que les ressources du Programme commun soient affectées selon des priorités établies à partir d'évaluations stratégiques actualisées des besoins des pays. Par ailleurs, les plans, documents de stratégie, systèmes et mécanismes du Programme commun (tels que SSPC et le mécanisme d'appui technique) ne différencient pas toujours suffisamment les populations clés d'autres populations prioritaires et vulnérables. Le fait de ne pas définir clairement les populations clés et de ne pas se conformer systématiquement aux définitions, notamment par rapport à d'autres « populations prioritaires et vulnérables », peut entraîner une dilution des fonds alloués aux populations clés, donnant ainsi l'impression que les activités axées sur les populations clés sont plus nombreuses qu'elles ne le sont peut-être en réalité. Lors de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, il sera important de rééquilibrer les plans et d'augmenter la part des activités qui concernent explicitement les populations clés tout en mettant davantage l'accent sur ces populations dans le travail de programmation de manière générale.

Une ventilation plus poussée des données par population clé est également nécessaire. La dénomination actuelle de ces populations ne permet pas de saisir la complexité des identités individuelles et communautaires, ni la nécessité de répondre aux vulnérabilités et aux besoins intersectionnels de personnes appartenant à une ou plusieurs populations clés. Cet aspect sera important pour intensifier l'offre de services « centrés sur la personne » et le recours à de tels services adaptés en fonction des besoins.

4. Le Programme commun s'est davantage attaché à soutenir des services pour les populations clés et à remédier aux obstacles structurels qui empêchent ces populations d'accéder aux services, et moins à assurer la viabilité programmatique et financière des actions menées par les populations clés elles-mêmes.

Les résultats de l'évaluation plaident en faveur d'un équilibre des investissements entre, d'une part, la poursuite et l'intensification des programmes de lutte contre le VIH axés sur les populations clés, et d'autre part, l'intégration des services de lutte contre le VIH, y compris dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU), en mettant davantage l'accent sur les populations clés et en les adaptant à

leurs besoins spécifiques. Cependant, dans de nombreux pays, la programmation et l'orientation stratégique du Programme commun concernant les populations clés ne sont pas encore adaptées aux nouvelles initiatives visant à mettre en place une couverture sanitaire universelle – des initiatives auxquelles participent rarement les communautés touchées par le VIH et les populations clés.

Il est probable que la pandémie de COVID-19 aura une incidence sur les réalisations de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida. Bien qu'il existe des complémentarités entre les actions menées contre le VIH et contre la COVID-19, le Programme commun devrait établir des priorités dans sa mission pour faire en sorte que la lutte contre le VIH et les actions orientées sur les populations clés restent au premier plan dans la riposte générale à la pandémie.

5. Dans de nombreux contextes, les actions et les programmes dirigés par la communauté n'ont pas encore été intégrés ou déployés à grande échelle dans la riposte nationale au VIH. La participation des associations de populations clés à la planification et à la mise en œuvre des activités du Programme commun ainsi qu'aux processus nationaux de planification et de mobilisation de fonds reste variable, et ne doit pas être considérée comme la réalisation de l'objectif d'une programmation dirigée par la communauté.

Bien que les membres du Programme commun aient aidé à créer et à mobiliser des associations et des réseaux de populations clés et facilité leur participation aux processus décisionnels nationaux, les études de cas révèlent de grandes différences dans le degré de participation des populations clés à ces processus. Il reste à faire en sorte que la participation des populations clés aux instances de coordination nationale ou aux processus de financement des stratégies nationales et des programmes soutenus par le Fonds mondial ait une véritable influence et se traduise par l'affectation des ressources et des budgets nécessaires pour mettre en place des services dirigés par la communauté à grande échelle.

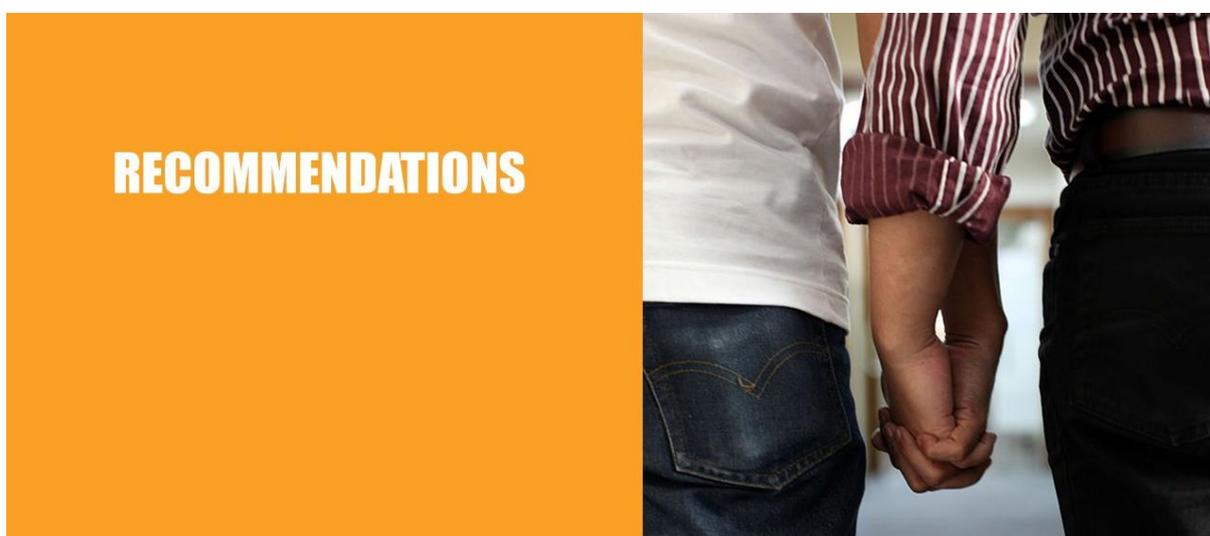
La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 fixe une cible ambitieuse en ce qui concerne la prestation de services de prévention du VIH proposés aux populations clés par des organisations dirigées par la communauté. Ces organisations sont de plus en plus sollicitées alors que le soutien qui leur est apporté tend à diminuer. Or, pour que les associations de populations clés puissent jouer un rôle plus important dans la conduite des actions menées contre le VIH, elles auront besoin de ressources suffisantes (humaines et financières) et d'une capacité de gestion renforcée. Dans le cadre de la division du travail révisée de l'UBRAF 2022-2026, l'autonomisation des organisations dirigées par la communauté est une tâche qui incombe au Secrétariat et à l'ensemble des coparrainants. Il est primordial de comprendre ce que cette répartition des responsabilités implique pour le Programme commun et comment celle-ci va se concrétiser chez les coparrainants, dans la mesure où cela représente la prochaine étape indispensable pour avancer dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.

6. Le SSPC ne rend pas compte des activités destinées aux populations clés de manière satisfaisante. Les ressources ont globalement diminué, et il est difficile de déterminer le niveau des investissements consacrés aux populations clés de même que les résultats de ces investissements.

Dans la plus grande partie des données communiquées, que ce soit dans le SSPC ou dans les budgets et les plans des pays, aucune distinction n'est faite entre les différentes populations clés qui sont traitées comme une entité homogène au sein de laquelle le risque d'infection serait identique pour

toutes ces populations. La qualité médiocre des données de suivi et des rapports, la communication partielle des informations relatives aux investissements consacrés aux populations clés selon les sources de financement et les réalisations « distinctes » de celles du Programme commun sont autant de raisons pour lesquelles il n'est pas facile de distinguer, suivre et décrire de manière systématique les résultats du travail effectué par le Programme commun pour les populations clés. Alors que la riposte au VIH peine à rester une priorité pour les donateurs et qu'il importe de préserver des financements internationaux pour continuer à travailler avec les populations clés, toute difficulté à formuler clairement les résultats obtenus pourrait conduire à de nouvelles baisses des contributions financières au Programme commun. Des ressources moindres auraient alors un impact négatif sur les actions menées contre le VIH et pour les populations clés, à un moment où des mesures supplémentaires devraient être prises si l'on veut atteindre les cibles énoncées dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.

6 Recommandations



Les recommandations suivantes visent à promouvoir le positionnement des activités mises en œuvre pour et avec les populations clés, pour faire en sorte que les programmes destinés à ces populations deviennent un élément central du travail effectué par le Programme commun durant la période 2021-2026. Le succès dépendra en grande partie de la volonté des coparrainants de collaborer et de la capacité du Programme commun à combler l'écart entre, d'un côté, les engagements pris et les politiques élaborées au niveau mondial, et de l'autre, le soutien apporté aux populations clés dans les pays pour mettre en œuvre des actions.

Recommandation n° 1 : Placer rapidement le travail effectué pour et avec les populations clés en tête des priorités et en faire un axe stratégique (*Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA*)

- 1.1 Sélectionner, à partir de données épidémiologiques, un ensemble de pays prioritaires dans lesquels accélérer l'élaboration de programmes pour les populations clés, et prévoir les ressources et les capacités correspondantes. Concevoir et tester une série de produits et d'indicateurs pour mesurer la progression du travail effectué par le Programme commun dans ces pays.
- 1.2 Faire participer systématiquement toutes les populations clés de manière égale aux travaux du Programme commun, notamment des représentants des populations les plus délaissées

- personnes transgenres, consommateurs de drogues injectables et jeunes des PC –, et mettre au point différentes stratégies pour obtenir la participation de personnes incarcérées.
- 1.3 Formuler des définitions claires qui différencient les populations clés des « autres populations vulnérables » et s’entendre sur ces définitions avec tous les acteurs du Programme commun et les partenaires financiers. Différencier par ailleurs systématiquement les populations clés entre elles. Faire en sorte que cette différenciation entre en vigueur – stratégies, plans, programmation et rapports à tous les niveaux du Programme commun – et travailler avec les partenaires pour s’assurer qu’elle est utilisée de manière systématique.
 - 1.4 Donner une priorité accrue au financement des programmes destinés aux populations clés dans les directives de l’UBRAF et renforcer les mécanismes de contrôle de la cohérence des plans nationaux. Veiller à ce que les fonds soient alloués sur la base d’évaluations stratégiques des besoins des pays fondées sur des données. Faire des organisations dirigées par des populations clés des partenaires prioritaires pour planifier, suivre et mettre en œuvre les activités du Programme commun, y compris pour affecter les fonds de l’enveloppe allouée au pays.
 - 1.5 Intensifier le plaidoyer en faveur des populations clés et se poser en fervent défenseur des droits de ces populations dans tous les contextes, en plaidant avec force pour la dépénalisation, la prise en compte de l’identité et de la diversité de genre, le financement de services de prévention, les actions menées par les communautés et l’utilisation de données pour orienter la programmation. Collaborer en tant que partenaires égaux avec les populations clés pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies de plaidoyer.

Recommandation n° 2 : Renforcer l’appui aux programmes dirigés par la communauté
(Secrétariat et coparrainants de l’ONUSIDA)

- 2.1 Élaborer des orientations, politiques internes et mécanismes de contrôle clairs pour s’assurer, d’une part, que les responsabilités concernant les programmes dirigés par la communauté sont bien comprises dans l’ensemble du Programme commun, y compris aux niveaux régional et national, et d’autre part, que la programmation est cohérente avec le contenu et les cibles de Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.
- 2.2 Formuler des directives qui tiennent davantage compte de la diversité des populations clés et des besoins intersectionnels des personnes appartenant à une ou plusieurs de ces populations, et former le personnel à la problématique du genre et de la sexualité.
- 2.3 Étoffer la collaboration avec des organisations communautaires chargées de la mise en œuvre et intensifier le soutien apporté à ces organisations afin de renforcer leur capacité à proposer des services. Soutenir également la recherche, le suivi et la production de données effectués par les communautés, ainsi que l’utilisation des données produites dans les systèmes nationaux.
- 2.4 Renforcer la responsabilité envers les populations clés en veillant à la participation des communautés, mais aussi en exerçant une influence sur la planification stratégique nationale et sur la définition des priorités dans les demandes de financement présentées au Fonds mondial – de la phase d’élaboration de la demande jusqu’à l’octroi de la subvention –, afin de s’assurer, d’une part, que les ressources limitées consacrées à la lutte contre le VIH sont affectées à des programmes à fort impact destinés aux populations clés, et d’autre part, que les allocations prévues se traduisent par des lignes budgétaires.

Recommandation n° 3 : Œuvrer davantage pour la viabilité financière et programmatique des actions menées par les populations clés *(Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA)*

- 3.1 Accroître la coopération et le dialogue avec les parties prenantes, plateformes et instances traitant de la couverture sanitaire universelle. Soutenir la consultation des populations clés et la participation de ces différentes populations et de leurs réseaux à ces instances.
- 3.2 Conseiller et appuyer davantage des solutions pour faciliter l'accès à des services assurés par la communauté et adaptés aux différentes populations clés dans divers contextes en s'appuyant sur des régimes de couverture universelle et des modèles de contractualisation des organisations de la société civile.
- 3.3 Intensifier l'appui technique destiné à aider les pays à planifier le financement pérenne de services pour les populations clés sans dépendre de financements extérieurs.
- 3.4 Intégrer et maintenir les systèmes et services efficaces imaginés et mis en place durant la pandémie de COVID-19 et étudier des possibilités de renforcer la viabilité des programmes.

Recommandation n° 4 : Accélérer la production de données pour élaborer des programmes destinés aux populations clés, y compris dans le cadre du système de suivi du Programme commun *(Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA)*

- 4.1 Augmenter rapidement la quantité de données programmatiques disponibles en repérant et en comblant les manques concernant les populations clés, notamment les estimations de la taille de certaines populations – consommateurs de drogues injectables, personnes transgenres, divers groupes de jeunes des populations clés, détenus – toutes les données devant être ventilées par sexe et par âge.
- 4.2 Revoir le SSPC pour ce qui est des programmes destinés aux populations clés et renforcer l'assurance de la qualité des données et des rapports.
- 4.3 Mettre en œuvre un système permettant d'identifier les investissements consacrés aux populations clés, quelles que soient les sources de financement.
- 4.1 Encourager l'utilisation et l'adaptation de la théorie du changement remaniée comme modèle pour concrétiser et suivre la mise en œuvre des programmes destinés aux populations clés par les équipes de pays, les associations de PC et d'autres partenaires.

Recommandation n° 5 : Renforcer l'efficacité opérationnelle du travail effectué par le Programme commun pour et avec les populations clés *(Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA)*

- 5.1 Doubler la durée du cycle de planification et de décaissement de l'UBRAF en passant d'un à deux ans, afin de pouvoir planifier et affecter les financements de manière plus stratégique.
- 5.2 Suivre l'utilisation et l'adoption des orientations élaborées par l'ONUSIDA concernant les programmes destinés aux populations clés, afin de s'assurer de la pertinence et de la valeur ajoutée des documents et produits du Programme commun.
- 5.3 Renforcer et étoffer la fonction de suivi et d'apprentissage du Programme commun, notamment par les moyens suivants :

- Accumuler des preuves des résultats du travail effectué par le Programme commun auprès des différentes populations clés ainsi que des données montrant comment ce travail a accéléré certaines évolutions.
- Aider des partenaires comme le Fonds mondial en partageant des enseignements communs.

Annexe 1 : Informateurs clés au niveau mondial

Entretiens menés avec des informateurs clés au niveau mondial

Nom	Organisation
Secrétariat de l'ONUSIDA	
Luisa Cabal	Équipe chargée des droits humains
Mianko Ramarason	Idem
Simone Salem	Idem
Laurel Sprague	Équipe chargée de la mobilisation communautaire
Jane Batte Cleiton Euzebio de Lima David Chipanta Alicia Sanchez Jacek Tyszkaj Elani Nassif	Idem
Hege Wagan	Équipe chargée de la prévention du VIH
Clemens Benedikt	Idem
Keith Sabin	Conseiller en information stratégique
Régions de l'ONUSIDA	
Afrique orientale et australe	ONUSIDA
Afrique occidentale et centrale	ONUSIDA
Moyen-Orient et Afrique du Nord	ONUSIDA
Asie-Pacifique	ONUSIDA
Europe orientale et Asie centrale	ONUSIDA
Coparrainants	
Tim Sladden	UNFPA
Chewe Luo	UNICEF
Damilola Walker	UNICEF
Su Myat Lwin	UNICEF
Mandeep Dhaliwal	PNUD
Boyan Konstantinov	PNUD
Deena Patel	PNUD
Katharine Ward Marelize Gorgens Nejma Cheikh	Banque mondiale
Chris Castle Ariana Stahmer	UNESCO
Annette Verster Rachel Baggley	OMS
Ehab Salah	ONU DC
Nazneen Damji	ONU Femmes
Elena Kudravtseva	ONU Femmes
Donateurs	
Ed Ngoskin	Fonds mondial
Susie McClean	Fonds mondial
Ralf Jurgens	Fonds mondial
Gina Dalabetta	Fondation Bill et Melinda Gates

Nom	Organisation
Parvies Husseini	PEPFAR-OGAC
Tisha Wheeler	USAID
Réseaux mondiaux de populations clés	
Maria Phelan	Fondation Robert Carr
Wame Jallow	ITPC
Tinashe Rufurwadzo	Réseau mondial des jeunes vivant avec le VIH/sida
Erica Castenallos	GATE
Max Appenroth	GATE
Judy Chang	INPUD
Joanne Keatley	IRGT
Ruth Morgan Thomas	NSWP
Andrew Spieldenner	Mpactglobal
Jessica Whitbread	Y+
Primrose Matambanadzo Frances Cowan	CeSSHAR Zimbabwe
Matteo Cassolato	Frontline AIDS

Annexe 2 : Bibliographie

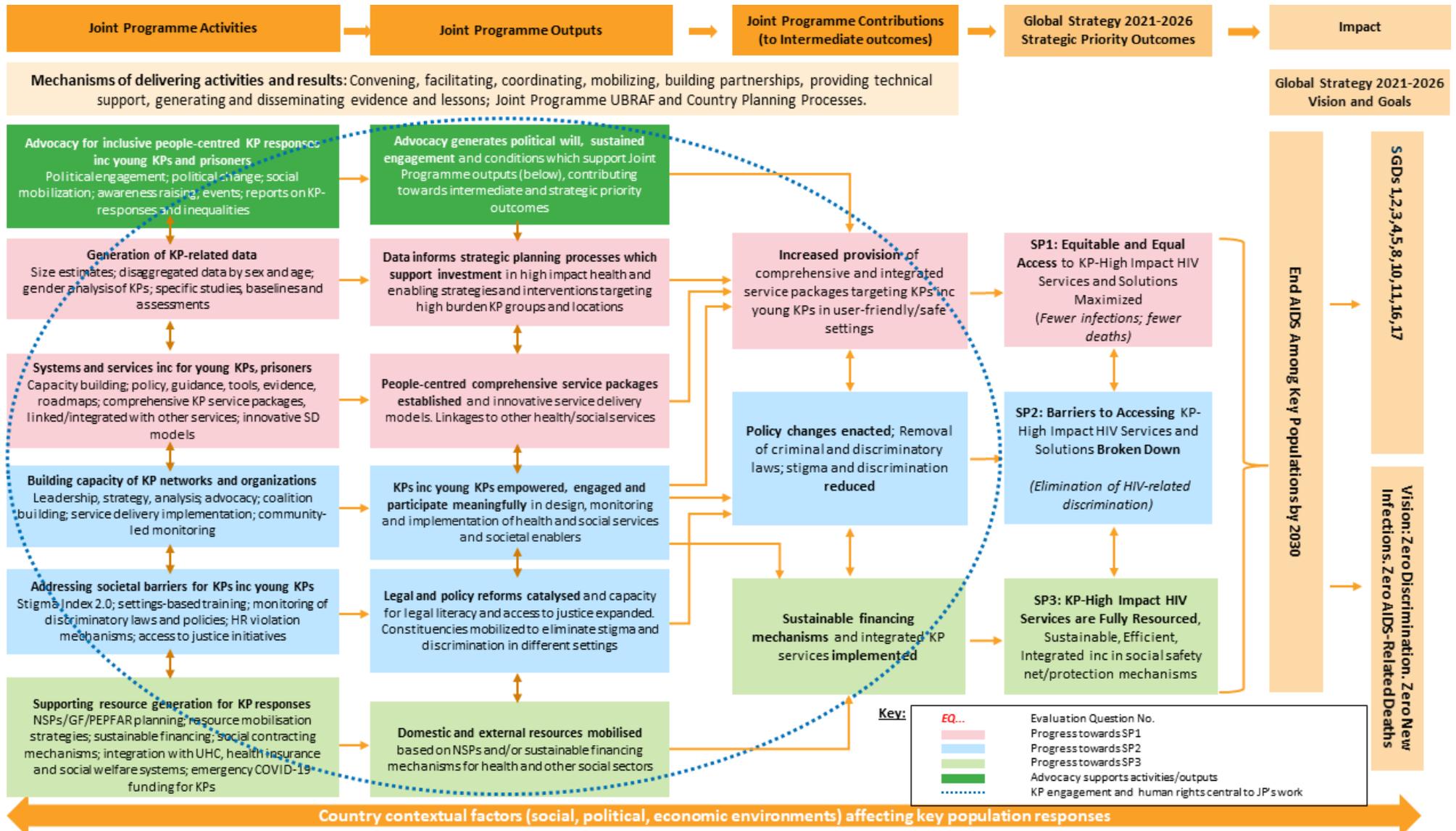
- APMG Health (pour le Fonds mondial). *Global Analysis: Assessment of HIV services packages for key populations in six regions*. 2018.
- Assemblée générale des Nations Unies 2021. *Lutter contre les inégalités et redresser le cap pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*. Rapport du Secrétaire général.
- Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 – Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida (<https://www.unaids.org/fr/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>)
- Commission mondiale sur le VIH et le droit : <https://hivlawcommission.org/>
- Fonds mondial 2020. *Initiative « Lever les obstacles » : résumé des principales conclusions des évaluations de référence dans vingt pays*
- Groupe technique de référence en évaluation du Fonds mondial 2021. *Thematic Review on HIV Primary prevention*
- Groupe technique de référence en évaluation du Fonds mondial 2019. *Review of Partnerships Position Paper*
- Comité technique d'examen des propositions du Fonds mondial 2021. *Enseignements tirés par le Comité technique d'examen des propositions en 2020*
- Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH
- Coalition mondiale pour la prévention 2020. *Implementation of the HIV Prevention 2020 Road Map Fourth Progress Report*, novembre 2020
- Réunion virtuelle du Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, 22 avril 2021
- Rapport annuel 2020 de la Coalition mondiale pour la prévention
- Coalition mondiale pour la prévention. *Report on Key Populations Deep Dive Series*
- Coalition mondiale pour la prévention 2021. *SOUTH-SOUTH HIV PREVENTION LEARNING NETWORK*
- Harm Reduction International. *Report on the Global state of Harm Reduction*. <https://www.hri.global/contents/1739>
- *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical Guidance for Collaborative Interventions (TRANSIT)*. PNUD, IRGT, UNFPA, Centre d'excellence sur la santé des personnes transgenres de l'université de San Francisco Californie (USCF), École de santé publique Bloomberg de l'université John Hopkins, OMS, ONUSIDA, USAID (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf)
- *Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs (IDUIT) – Practical guidance for collaborative interventions*. ONUDC, INPUD, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, OMS, USAID, PEPFAR (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Imbreg_Compoverly_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCECountry_Envelope_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf)
- Intégration des droits humains et de l'égalité des genres dans les évaluations de l'ONUSIDA (en anglais) (accessible [ici](#))
- Plateforme d'accès de confiance pour la population clé (accessible [ici](#))
- *Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et les IST auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – Approches pratiques pour des interventions collaboratives*. UNFPA, Forum mondial sur les HSH et le VIH, PNUD, ONUSIDA, OMS, USAID, PEPFAR, Fondation Bill & Melinda Gates (https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2017/01/MSMIT_French-version-version-for-Web.pdf)
- (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWIT_fr_UNDP%20logo%281%29.pdf1)
- NSWP. *Document d'information – La couverture sanitaire universelle : donner la priorité aux populations les plus vulnérables*

- Compte rendu des réunions du groupe consultatif de l'ONUSIDA sur les populations clés – Réunions virtuelles du 9 septembre 2020 et du 1^{er} octobre 2020 (en anglais)
(https://www.unaids.org/sites/default/files/20201022_Meeting%20report%20UAG%20meetings%20KPs%20%281%29.pdf)
- *Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe – Approches pratiques tirées d'interventions collaboratives*. OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, Banque mondiale, PNUD
- Quelques ressources de l'ONU pour les populations clés (en anglais) :
<https://sites.google.com/a/unaids.org/un-resources-for-key-populations/>
- *Note technique – Version de 2020 – Prévention, dépistage, traitement et prise en charge du VIH dans les prisons et autres structures fermées et accompagnement des personnes atteintes : ensemble complet d'interventions* (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/French_technical_brief_2020.pdf)
- Mécanisme d'appui technique de l'ONUSIDA (MAT) 2021. Temps forts de l'appui technique : les populations clés
- Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021
- *Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH/sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*. 2016
(<https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>)
- ONUSIDA, 2018. Examen de la mise en œuvre du plan d'action et du modèle opérationnel révisé du Programme commun
- ONUSIDA, 2018. Note d'orientation sur la division du travail
- ONUSIDA, 2019. Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida – *Les organisations communautaires font la différence*
- ONUSIDA, 2020. *Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2021*
- ONUSIDA, 2020. Rapport 2018-2019 pour la région Afrique occidentale et centrale
- ONUSIDA, 2020. Rapport 2018-2019 pour la région Amérique latine et Caraïbes
- ONUSIDA, 2020. Rapport 2018-2019 pour la région Asie-pacifique
- ONUSIDA, 2020. Rapport 2018-2019 pour la région Moyen-Orient et Afrique du Nord
- ONUSIDA, 2020. Rapport 2018-2019 pour la région Amérique latine et Caraïbes
- ONUSIDA, 2020. Rapport 2018-2019 pour la région Afrique orientale et australe
- ONUSIDA, 2020. Rapport 2018-2019 pour la région Europe orientale et Asie centrale
- ONUSIDA, 2020. *Rapport mondial actualisé sur le sida*
- ONUSIDA, 2020. *Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida – L'homme au cœur de la lutte contre les pandémies*
- ONUSIDA, 2020. *Liste de contrôle et de référence pour l'élaboration et la révision d'un plan stratégique national de lutte contre le VIH*
- Données de l'ONUSIDA, 2020 (en anglais)
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf
- Données de l'ONUSIDA, 2020 (en anglais)
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf
- ONUSIDA, 2020. Rapport sur la COVID-19 et le VIH
- ONUSIDA, 2020. *Les droits humains aux temps du COVID-19*
- ONUSIDA, 2020. *Évaluation indépendante du système des Nations unies sur la riposte du sida entre 2016 et 2019*
- ONUSIDA, 2020. *Rapport de suivi des résultats*
- ONUSIDA, 2020. *Examen des données – Mise en œuvre de la stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA*

- ONUSIDA. UBRAF 2022-2026
- ONUSIDA, 2021. *Rapport mondial actualisé sur le sida – Faire face aux inégalités*
- ONUSIDA, 2021. *Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2021 – Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Mettre fin aux pandémies.*
- Stratégie de l'ONUSIDA 2022-2026
- ONUSIDA, 2020. *People of UNAIDS* (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/PCB48_Agenda_Item6_CRP_People%20of%20UNAIDS)
- PNUD. *Mapping of good practices for the management of Transgender Prisoners*
- PNUD. Plan stratégique pour 2022-2025
- PNUD 2019-2020. *HIV, Health and Development Annual Report 2019-2020 – Accelerate, Amplify and Connect*
- PNUD. *VIH, santé et développement : note de stratégie 2016-2021*
- PNUD, 2013. *Discussion Paper Transgender Health and Human Rights*. Décembre 2013
- PNUD. *Technical Brief – HIV and Other Sexual Health Considerations for Young Men Who Have Sex with Men*
- PNUD et ONUSIDA. *Legal and policy Trends Impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific 2014-2019*
- PNUD. *Flagship Publication 2 – Leaving No One Behind: Impact of COVID-19 on the Sustainable Development Goals (SDGs)*
- PNUD. *Evaluation of the Global Commission on HIV and the Law : Executive Summary*
- Fonds des Nations Unies pour la population. *Plan stratégique du FNUAP pour 2022-2025*
- Plan stratégique du FNUAP pour 2022-2025 (DP/FPA/2021/8) Annexe 1 : Cadre intégré de résultats et d'allocation des ressources (en anglais)
- Plan stratégique du FNUAP pour 2018-2021
- Bureau de l'évaluation de l'UNFPA. *Évaluation du soutien apporté par l'UNFPA à la lutte contre le VIH (2016-2019)*
- Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, 2021. *Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030*
- UNICEF, 2020. *Midterm review of the UNICEF Strategic Plan, 2018–2021: Lessons learned*
- UNICEF, 2021. *Projet de cadre de résultats du plan stratégique de l'UNICEF, 2022-2025* (en anglais)
- UNICEF, 2021. *Plan stratégique de l'UNICEF pour 2022-2025, projet pour examen* (en anglais)
- UNICEF, 2021. *La riposte à la COVID-19 – Les principaux résultats de l'UNICEF en 2020*
- UNICEF, 2017. *Addressing the Global HIV Epidemic Among Pregnant Women, Mothers, Children and Adolescents UNICEF's Global HIV Response 2018–2021*
- Plan stratégique de l'UNICEF 2018-2021 – Résumé analytique
- ONUDC, ONUSIDA, Banque mondiale. *Le VIH dans les prisons en Afrique subsaharienne*
- ONUDC, 2020. *Point sur le résultat stratégique n° 4*
- OMS, 2020. *Recommended Population Size Estimates of MSM*
- OMS, 2016 (version actualisée des lignes directrices de 2014). *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés* (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246217?locale-attribute=fr&>)
- OMS, 2015. *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Supplement to the Consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/177992?locale-attribute=fr&>)

- Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités 2016-2021(UBRAF)
(https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20160623_UNAIDS_PCB38_16-10_Revised_UBRAF_FR.pdf)
- Budget 2018-2019 de l'ONUSIDA (https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/PCB40_17.9)
- Budget-plan de travail de l'ONUSIDA 2020-2021 ([Point 7.3 de l'ordre du jour – BUDGET-PLAN DE TRAVAIL DE L'ONUSIDA 2020-2021](#) et [Priorités et objectifs régionaux et nationaux pour le Programme commun](#))

Annexe 3 : Théorie du changement



Théorie du changement révisée concernant la manière dont le programme commun ONUSIDA contribue à l'objectif d'une épidémie de sida maîtrisée dans les populations clés à l'horizon 2030 – fondée sur les conclusions de l'évaluation.

La théorie générale qui, d'une part, sous-tend la manière dont le Programme commun ONUSIDA contribue aux priorités stratégiques 2021-2026⁷⁸, et d'autre part, accélère la concrétisation de la vision « zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès lié au sida » et de l'objectif d'une épidémie de sida maîtrisée dans les populations clés à l'horizon 2030, est décrite ci-dessous et accompagne le graphique de la théorie du changement (TdC). La TdC tient compte de la nature interdépendante et synergique des actions menées par le Programme commun dans les pays (elle se focalise sur le travail réalisé au niveau des pays) et illustre l'importance de la participation des populations clés à la riposte au VIH. ***Les conclusions de l'évaluation soulignent l'importance de comprendre la nature interdépendante et synergique des actions menées par le Programme commun.***

Théorie du changement

Les facteurs contextuels (sociaux, politiques, économiques) qui ont une incidence sur les actions menées pour les populations clés dans les pays sont des facteurs extérieurs au travail effectué ou au soutien apporté aux populations clés par le Programme commun, mais qui influencent, favorisent ou entravent la contribution de l'ONUSIDA à ces actions, et notamment la capacité du Programme commun à contribuer aux résultats intermédiaires et aux priorités/résultats stratégiques. ***Pas de modification.***

Résultats intermédiaires, résultats (priorités stratégiques) et impact. Pour les besoins de cette théorie du changement, trois résultats intermédiaires ont été ajoutés, qui correspondent aux changements attendus qui devraient advenir grâce aux interventions et aux réalisations (produits) du Programme commun. Les contributions d'autres partenaires contribuent également à ces résultats intermédiaires. Les trois résultats intermédiaires sont censés contribuer à la concrétisation des trois résultats/priorités stratégiques qui, à leur tour, vont favoriser la concrétisation de l'objectif d'une épidémie de sida maîtrisée dans les populations clés à l'horizon 2030, de la vision des trois zéros et de divers ODD. ***Aucune modification en ce qui concerne la pertinence de ces résultats intermédiaires, mais il sera extrêmement difficile d'établir la contribution de l'ONUSIDA à ces résultats en raison du calendrier de la stratégie mondiale 2022-2026 et du système de communication de l'information du Programme commun.***

Mécanismes. La TdC a mis en évidence les principaux domaines « d'activité ou d'intervention » dans lesquels s'implique le Programme commun pour soutenir les actions en faveur des populations clés. Des mécanismes ont également été définis, qui constituent les principales fonctions et modalités d'exécution du Programme commun dans des contextes particuliers pour arriver aux produits et résultats les plus intéressants, p. ex. l'établissement de partenariats, l'organisation et la coordination, la diffusion d'enseignements tirés de l'expérience. ***Pas de modification. Cela étant, les futures versions de la TdC pourraient inclure des hypothèses en rapport avec les capacités (stratégie et systèmes) et les pratiques (leadership et transparence) du Programme commun.***

⁷⁸ Priorité stratégique n° 1 : maximiser un accès égal et équitable aux services et solutions liés au VIH (cible : couverture de 95 % d'un bouquet de services éprouvés de lutte contre le VIH). Priorité stratégique n° 2 : éliminer les obstacles pour atteindre les objectifs de la lutte contre le VIH. Priorité stratégique n° 3 : financer pleinement des ripostes efficaces au VIH et intégrer le VIH dans les systèmes de santé, de protection sociale et de ripostes humanitaires et pandémiques.

Activités liées aux produits, contribuant à la concrétisation des résultats intermédiaires et des résultats stratégiques prioritaires

- Le Programme commun **dirige, préconise et mobilise des actions à tous les niveaux afin de garantir une riposte au VIH inclusive**, qui associe toutes les populations clés et qui répond à leurs besoins. En principe, le leadership et le plaidoyer du Programme commun génèrent une volonté politique de tenir compte de toutes les populations clés à **parts égales** dans la riposte au VIH, et ont une action sur les inégalités qui empêchent d'accéder aux services, y compris les inégalités liées aux droits humains et au genre. En théorie, le plaidoyer et la mobilisation débouchent sur un espace, des ressources et des capacités pour mettre en œuvre des actions dirigées par les différentes populations clés, afin de répondre aux besoins de ces populations en matière de programmes et d'éliminer les obstacles auxquels elles sont confrontées. Le travail de plaidoyer est présent dans tous les domaines d'activité et toutes les réalisations du Programme commun. Il favorise la mise en place des conditions nécessaires pour accélérer la concrétisation des résultats intermédiaires et des résultats stratégiques prioritaires et, *in fine*, la réalisation de l'objectif d'une épidémie de sida maîtrisée dans les populations clés à l'horizon 2030. **Modification mineure apportée à la théorie.**

La théorie part du principe que le Programme commun met en œuvre des activités de plaidoyer bien conçues et qu'il dispose de capacités, de compétences et d'une influence suffisantes pour amener un changement. ***L'hypothèse est fortement remise en question dans la mesure où les éléments rassemblés dans le cadre de cette évaluation montrent que les ressources du Programme commun ne sont pas suffisantes pour mener à bien les nombreuses activités décrites dans la TdC. Une hypothèse plus appropriée serait la suivante : le Programme commun se trouve dans une position qui lui permet de concevoir et de mettre en œuvre des interventions pour faciliter le changement.***

- Le Programme commun renforce la capacité des pays à **produire et analyser des données** sur les populations clés, leurs besoins et les inégalités qui empêchent celles-ci d'accéder aux services. Théoriquement, la disponibilité et l'exploitation de données détaillées de meilleure qualité (ventilées par population, sexe et âge, et s'appuyant sur une analyse de la problématique du genre dans les populations clés) permettent aux parties prenantes des pays de repérer les manques et les inégalités dans la programmation. Ces données vont déterminer la répartition des ressources, les priorités programmatiques et les stratégies d'investissement. Dans les processus de planification stratégique, des données sont utilisées pour mobiliser des ressources et les affecter en priorité à des stratégies sanitaires et habilitantes à fort impact axées sur les populations et les zones fortement touchées. En principe, des investissements fondés sur des données favorisent la généralisation d'ensembles de services de lutte contre le VIH adaptés à chaque population clé, l'intensification des actions visant à éliminer les obstacles qui empêchent d'accéder aux services, et des ripostes au VIH plus efficaces, contribuant ainsi à la concrétisation des résultats intermédiaires et des résultats stratégiques prioritaires. ***Pas de modification apportée à la théorie.***

La théorie part du principe que les systèmes de santé disposent de capacités suffisantes pour collecter et analyser des données sur les populations clés afin de déterminer avec précision les besoins, les lacunes et les inégalités les concernant. On suppose également qu'il existe au sein du Programme commun des capacités, **des ressources et des incitations** suffisantes pour, d'une part, appuyer l'exploitation et l'analyse de données, et d'autre part, s'assurer que ces données sont utilisées pour éclairer non seulement des processus transparents d'affectation des ressources et de hiérarchisation des priorités, mais aussi des décisions de mise en œuvre qui permettront d'accroître l'offre de services de lutte contre le VIH pour les populations clés, **au niveau des programmes nationaux et dans le cadre de la planification du Programme commun. L'hypothèse demeure valide, mais elle est modifiée sur la base des conclusions de l'évaluation.**

- Le Programme commun appuie la mise au point **de systèmes et de services de lutte contre le VIH pour les populations clés en élaborant des orientations normatives et des guides opérationnels**, les outils qui les accompagnent, des politiques et des feuilles de route, et en soutenant des modèles de prestation de services intégrés et novateurs. En principe, les orientations fondées sur des données factuelles se traduisent rapidement en actes, ce qui permet de mettre en place et de généraliser des ensembles complets de services de lutte contre le VIH destinés aux populations clés, sur la base des données les plus récentes. Le soutien apporté par le Programme commun à des modèles de prestation de services intégrés et novateurs permet en principe aux services de s'adapter davantage au contexte et aux besoins des populations clés. Cela favorise le déploiement de services plus nombreux, facilite l'accès aux services et améliore l'adoption de ces services par les populations clés, contribuant ainsi à la concrétisation des résultats intermédiaires et des résultats stratégiques prioritaires. ***Pas de modification apportée à la théorie.***

La théorie part du principe que les systèmes de santé disposent de capacités suffisantes pour élargir leur offre de services – des services intégrés ou liés à des ensembles de services destinés aux populations clés – et que des services intégrés efficaces sont fonctionnels et permettent aux programmes de gagner en efficience. On présume également que les données factuelles produites par l'ONUSIDA **influencent et favorisent** la mise en place de ces services. ***Modification mineure de l'hypothèse.***

- L'un des principaux domaines d'activité du Programme commun est **le renforcement des capacités des réseaux et des organisations de populations clés**. En principe, renforcer les capacités et les compétences des réseaux et des organisations communautaires permet aux communautés de participer de manière significative et sur un pied d'égalité à la gouvernance, à l'élaboration de politiques, à la planification et aux mécanismes de financement en rapport avec le secteur de la santé et la riposte au VIH. En théorie, le fait de pouvoir plaider pour des services destinés aux populations clés, diriger la conception et la mise en œuvre de ces services et promouvoir l'activation de leviers sociétaux, contribue à la création de services adaptés et centrés sur la personne. Cela est censé faciliter l'accès des populations clés à ces services et encourager celles-ci à y recourir. Par ailleurs, les activités du Programme commun visant à renforcer la capacité des communautés à suivre les actions mises en œuvre pour les populations clés en collectant et en exploitant leurs données, devraient permettre aux communautés de demander des comptes aux décideurs et aux prestataires de services par rapport aux engagements pris, ce qui devrait contribuer à améliorer la qualité, la réactivité et l'adoption des services de lutte contre le VIH. Cela devrait ensuite contribuer à la concrétisation des résultats intermédiaires, des résultats stratégiques prioritaires et, *in fine*, de l'objectif d'une épidémie de sida maîtrisée dans les populations clés à l'horizon 2030. ***Pas de modification apportée à la théorie.***

Il est supposé, d'une part, que le soutien apporté par le Programme commun aux réseaux de populations clés et aux organisations communautaires est adapté à l'épidémie et à la riposte, et d'autre part, que ce soutien est efficace pour renforcer le leadership de ces organisations **de manière à ce qu'elles puissent obtenir la prestation de services complets, un environnement propice à la mise en place de tels services et le financement pérenne des services destinés aux populations clés.** ***Modification de l'hypothèse.***

- Le fait que l'ONUSIDA prenne fait et cause pour la mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH fondés sur les droits humains et l'activation de leviers sociétaux en se concentrant sur **l'élimination des obstacles juridiques et politiques et la lutte contre la stigmatisation, la discrimination, la violence et les violations des droits humains** concernant les populations clés, accélèrent en principe les changements politiques et juridiques et encouragent l'évolution des comportements et des mentalités. Par ailleurs, le suivi des programmes dirigé par la communauté et la production de données (p. ex. l'indice de stigmatisation) sont des sources importantes d'information stratégique qui permettent d'éclairer des décisions d'investissement fondées sur des données factuelles et l'élaboration de programmes précis. En principe, ces changements favorisent

la mise en place d'un environnement plus favorable dans lequel les populations clés peuvent jouir de leurs droits à la santé sans crainte, et donc accéder plus facilement et recourir davantage aux services, contribuant ainsi à la concrétisation des résultats intermédiaires et des résultats stratégiques prioritaires. ***Pas de modification apportée à la théorie.***

La théorie part du principe que l'appui technique fourni par le Programme commun **influence** les réformes juridiques et politiques, ce qui **contribue à améliorer** l'accès aux services et à éliminer les obstacles. ***L'hypothèse est remise en question. Les résultats de l'évaluation laissent penser que l'hypothèse de départ était ambitieuse.***

Le Programme commun **mobilise des ressources pour des actions efficaces et durables en faveur des populations clés** et défend l'inclusion des besoins de ces populations dans les plateformes de couverture sanitaire universelle, les régimes de protection sociale et d'autres dispositifs d'aide sociale.

L'appui apporté par le Programme commun aux plans de transition et aux mécanismes de financement pérennes permet théoriquement de mettre en place un financement durable, stable et équitable des programmes destinés aux populations clés – une nécessité pour généraliser les services, renforcer les leviers sociétaux et se rapprocher de la fin de l'épidémie. Par ailleurs, la participation significative des populations clés aux discussions nationales sur la CSU et la protection sociale doit en principe faciliter l'inclusion des besoins de ces populations dans des stratégies et des systèmes viables et équitables de financement des soins de santé, et contribuer ainsi à la concrétisation des résultats intermédiaires et des résultats stratégiques prioritaires. ***Pas de modification apportée à la théorie.***

La théorie part du principe que le Programme commun a des capacités et une volonté suffisantes pour participer à l'élaboration de stratégies visant à pérenniser le financement des programmes destinés aux populations clés, notamment dans le cadre des plateformes de la CSU et d'autres instances du secteur social (protection sociale, contrats sociaux). On suppose en outre que les stratégies élaborées sont mises en œuvre. ***Pas de modification de l'hypothèse.***

- Enfin, des fonds d'urgence sont mobilisés afin de financer **les mesures prises par le Programme commun face à la pandémie de COVID-19** pour limiter l'impact de la pandémie sur les services destinés aux différentes populations clés et pour soutenir des actions novatrices menées par la communauté. En théorie, la place centrale accordée à ces innovations qui s'adressent aux populations clés favorise le renforcement et la résilience des systèmes de santé communautaires, grâce à des solutions flexibles et réactives qui permettent à ces populations d'accéder aux services. ***Pas de modification apportée à la théorie.***

Certaines modifications du graphique de la théorie du changement sont également recommandées à la suite des conclusions de l'évaluation. Ces modifications sont les suivantes :

- Décrire davantage la teneur et l'apport de la participation des populations clés au travail sur la pérennisation des financements.
- Ajouter le rôle de la planification du Programme commun et des processus de l'UBRAF dans les mécanismes.
- Décrire dans la TdC définitive le rôle central des considérations fondées sur les droits dans l'action du Programme commun, ce qui correspond à une conclusion de l'évaluation.

Annexe 4 : Cadre d'évaluation

Critères d'évaluation : pertinence et cohérence. Ces questions portent sur la conception des plans de travail et des activités du Programme commun pour les populations clés. Elles cherchent à établir si l'action de l'ONUSIDA est adaptée et dans quelle mesure ces activités complètent et appuient les interventions mises en œuvre par d'autres acteurs auprès de ces populations.

Question d'évaluation n° 1 : Dans quelle mesure les activités du Programme commun sont-elles pertinentes pour répondre aux besoins et aux priorités de chaque population clé ? Les activités sont-elles stratégiques ? Ont-elles un effet catalyseur ? Un appui est-il fourni pour obtenir la bonne combinaison ?

Justification : Cette question porte sur la conception et la pertinence des activités du Programme commun (la nature et la combinaison des activités ainsi que leur pertinence au regard du contexte épidémiologique, social, économique et politique).

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>1.1 Les activités du Programme commun sont conçues avec la participation des populations clés et reposent sur une évaluation du contexte épidémiologique, des lacunes à combler en priorité et des besoins des différentes populations clés.</p> <p>1.2 Les activités sont stratégiques, ont un effet catalyseur et induisent des changements et des effets sensibles pour les populations clés par rapport à l'ampleur de l'investissement du Programme commun.</p> <p>1.3 Le Programme commun tire parti de l'avantage comparatif de chaque coparrainant pour mener à bien un ensemble d'activités répondant aux besoins des différentes populations clés dans les pays.</p> <p>1.4 Les outils du Programme commun et les données factuelles rassemblées sur les populations clés à l'échelle mondiale/régionale éclairent la conception et le choix des activités mises en œuvre dans les pays.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preuves de la participation significative des différentes populations clés aux réunions, comités de planification stratégique, groupes de référence et groupes de travail techniques du Programme commun, aux instances de coordination nationale (ICN), etc. ■ Preuve de la prise en compte des besoins prioritaires des populations clés dans les documents produits, les procès-verbaux, les décisions concernant les financements/programmes. ■ Éléments montrant que des activités du Programme commun sont mises en œuvre ou modifiées pour remédier à des problèmes émergents dans les programmes destinés aux populations clés. ■ Éléments montrant que des évaluations, des consultations et des analyses de données sont réalisées pour comprendre les besoins et les priorités des populations clés. ■ Exemples d'activités du Programme commun qui ont accéléré ou influé sur des changements dans les programmes ou les actions en faveur des populations clés, par rapport aux ressources disponibles pour mettre en œuvre ces activités. ■ Degré d'optimisation des fonds de base de l'UBRAF grâce à l'expertise et aux avantages comparatifs du Programme commun, y compris les liens établis 	<p><u>Données et documents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Documents d'orientation, stratégies et rapports sur le VIH et les PC du Programme commun. ■ Cadres de financement, enveloppes allouées aux pays, plans de travail, rapports sur les résultats du Programme commun. ■ Documents témoignant d'agendas communs et coordonnés : documents de stratégie et d'orientation nationaux, procès-verbaux, comptes rendus de l'élaboration des PSN, des PON et des demandes de financement présentées au Fonds mondial, y compris les plans d'appui technique (le cas échéant). ■ Exemples dans des rapports sur l'effet de levier et les actions à effet catalyseur du Programme commun. ■ Document de l'ONU sur la division du travail et adaptations locales. ■ Rapports des réseaux internationaux de populations clés. ■ Outils liés au Programme commun et rapports sur les enseignements tirés d'expériences <p><u>Entretiens, discussions de groupe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Personnel du Secrétariat de l'ONUSIDA et du Programme commun

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
	<p>au-delà de la riposte au VIH (renvoie aux questions n° 3 et n° 4).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Exemples de partenariats établis au sein ou en dehors du système des Nations Unies pour répondre aux besoins des populations clés en matière de programmes. ■ Éléments montrant que les équipes du Programme commun connaissent les outils de mise en œuvre de portée mondiale et les outils d'évaluation (p. ex. les outils d'auto-évaluation des programmes) et les appliquent aux programmes destinés aux populations clés. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autorités sanitaires nationales et infranationales/Programmes nationaux de lutte contre le sida. ■ Commission nationale de lutte contre le sida. ■ Autres ministères compétents – éducation, action sociale, justice, etc. ■ Membres des ICN et bénéficiaires principaux concernés. ■ Partenaires multilatéraux/bilatéraux soutenant les populations clés. ■ Réseaux et organisations de populations clés – à l'échelle mondiale et dans les pays.

Question d'évaluation n° 2 : Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il pris en compte les droits humains, l'égalité des genres et les populations clés les plus vulnérables dans la conception et le choix des activités mises en œuvre ?

Justification : Cette question cherche à établir jusqu'à quel point le Programme commun a pris en compte les populations clés les plus vulnérables ainsi que la question des droits humains et la problématique du genre (en rapport avec les PC) dans la conception des activités mises en œuvre.

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>2.1 Le Programme commun donne la priorité aux populations clés les plus vulnérables dans ses activités, y compris aux personnes qui appartiennent à plusieurs PC (intersectionnalité).</p> <p>2.2 Les activités du Programme commun reposent sur une analyse des problématiques du genre, de l'âge, de l'égalité des genres et des droits humains.</p> <p>2.3 La notion d'équité est bien comprise par le personnel du Programme commun et par les autres parties prenantes, qui savent également mettre en application une approche fondée sur l'équité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preuves de la production de données ventilées par âge, par genre et par population clé, et tenant compte de la problématique de l'intersectionnalité (p. ex. des personnes transgenres ou des HSH qui font commerce du sexe ou qui consomment des drogues) ou d'autres facteurs concourants selon le contexte. ■ Éléments montrant que les budgets du Programme commun affectés aux populations clés sont répartis en fonction des besoins et de la vulnérabilité des populations. ■ Éléments montrant que le Programme commun traite les questions d'injustice et leurs conséquences – atteintes aux droits humains, violence, stigmatisation et discrimination. ■ Éléments montrant que le Programme commun coopère avec des acteurs divers au-delà de la seule 	<p><u>Données et documents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Données produites par le Programme commun sur les populations clés. ■ Données des programmes nationaux sur les populations clés. ■ Documents d'orientation, directives et rapports du Programme commun sur le VIH, les populations clés et l'équité. ■ Plans de travail, rapports sur les résultats, rapports sur les formations du Programme commun. ■ Documents de stratégie et d'orientation nationaux, procès-verbaux, comptes rendus de l'élaboration des PSN, des plans opérationnels nationaux et des demandes de financement présentées au Fonds mondial, contenant des données financières et des données sur l'affectation des ressources.

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
	<p>riposte au VIH, par exemple : conseil des droits de l'homme, associations représentant des minorités de genre, organisations de défense des droits humains, organismes gouvernementaux/ministères hors secteur de la santé (ministère de la Justice et des Droits de l'homme, ministère de la Protection de l'enfance et de l'Autonomisation des femmes, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Preuve de l'existence de directives ou de formations pour le personnel du Programme commun sur les notions d'équité et d'approche fondée sur l'équité dans le contexte de la mise en œuvre de la Stratégie 2016-2021. 	<ul style="list-style-type: none"> Exemples dans des rapports sur l'effet de levier du Programme commun. Rapports des réseaux internationaux de populations clés. <p><u>Entretiens, discussions de groupe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Personnel du Secrétariat de l'ONUSIDA et du Programme commun Autorités sanitaires nationales et infranationales/Programmes nationaux de lutte contre le sida. Commissions nationales de lutte contre le sida. Ministères de la Justice, de l'Action sociale, de l'Éducation. Membres des ICN et récipiendaires principaux concernés. Partenaires multilatéraux/bilatéraux soutenant les populations clés. Réseaux et organisations de populations clés – à l'échelle mondiale et dans les pays.
<p>Question d'évaluation n° 3 : Dans quelle mesure les activités de l'ONUSIDA sont-elles harmonisées et alignées, que ce soit <i>au sein</i> du Programme commun ou <i>à l'extérieur</i>, avec les interventions d'autres acteurs dans le pays ?</p>		
<p>Justification : Cette question porte sur la cohérence de la planification et de l'exécution des activités du Programme commun.</p>		

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>3.1 La direction et les plans des coparrainants témoignent d'un engagement à mettre en œuvre des programmes et des interventions pour les populations clés.</p> <p>3.2 Les plans de travail du Programme commun attestent de priorités et d'actions convenues pour les différentes populations clés ; les activités sont exécutées conformément à la division du travail au sein de l'ONUSIDA, sans doublons entre les différents coparrainants et sans morcellement des actions destinées aux populations clés.</p> <p>3.3 Le Programme commun et les principaux partenaires (organisations de la société</p>	<ul style="list-style-type: none"> Éléments montrant que le Secrétariat et les coparrainants de l'ONUSIDA partagent des « positions » communes sur la question des besoins prioritaires des populations clés et des interventions destinées à ces populations. Calendrier des activités et preuve d'une coordination (au sein du Programme commun et entre celui-ci et des partenaires comme le Fonds mondial et/ou le PEPFAR). Preuve de l'utilisation des guides, normes et outils du Programme commun par des partenaires comme le PEPFAR ou le Fonds Mondial pour harmoniser leurs investissements (déplacement des priorités des PSN, autres stratégies, investissements suite à des 	<p><u>Données et documents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Documents d'orientation et rapports sur le VIH et les populations clés du Programme commun. Plans de travail et rapports sur les résultats du Programme commun. Procès-verbaux des réunions du Programme commun Modalités de l'appui technique fourni par le Programme commun. Documents témoignant d'agendas communs et coordonnés : documents de stratégie et d'orientation, procès-verbaux, comptes rendus de l'élaboration des PSN, des PON et des demandes de financement présentées au Fonds mondial, y compris les plans d'appui technique (le cas échéant).

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>civile, PEPFAR, Fonds mondial et partenaires bilatéraux œuvrant dans le domaine du VIH) travaillent en collaboration et coordonnent leur programmation et leur appui technique afin de garantir des approches et des interventions complémentaires et harmonisées.</p> <p>3.4 Les collaborations mises en place par le Programme commun aux niveaux mondial, régional et national favorisent l'élaboration de programmes prioritaires pour les populations clés dans les pays.</p>	<p>activités ou des réalisations du Programme commun).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Preuve de l'existence de mécanismes de coordination officiels rassemblant le Programme commun (avec idéalement des rôles clairement définis pour le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'équipe commune et les coparrainants), le PEPFAR et le Fonds mondial (et/ou d'autres partenaires). ■ Expérience et points de vue du personnel par rapport à ceux des acteurs de la santé et de la lutte contre le VIH dans les pays, des populations clés et des partenaires financiers concernant le positionnement et l'optimisation du potentiel du Programme commun ; degré d'harmonisation au sein du plan de travail et avec les partenaires extérieurs. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Document de l'ONU sur la division du travail. ■ Procès-verbaux des réunions entre le Programme commun et le PEPFAR et/ou le Fonds Mondial et d'autres partenaires. <p><u>Entretiens, discussions de groupe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Personnel du Secrétariat de l'ONUSIDA et du Programme commun/BCR. ■ Autorités sanitaires nationales et infranationales/Programmes nationaux de lutte contre le sida. ■ Commission nationale de lutte contre le sida. ■ Membres des ICN et récipiendaires principaux concernés ; représentants des autres plateformes de coordination du secteur de la santé. ■ Partenaires multilatéraux/bilatéraux soutenant les populations clés. ■ Réseaux et organisations de populations clés – à l'échelle mondiale et dans les pays.

Question d'évaluation n° 4 : Dans quelle mesure les capacités et les ressources du Programme commun sont-elles adaptées pour travailler avec et pour les populations clés ?

Justification : Cette question d'évaluation porte également sur la pertinence et la cohérence des activités, dans la mesure où elle cherche à établir si le Programme commun dispose des compétences/capacités nécessaires pour concevoir et exécuter des activités destinées aux populations clés.

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>4.1 L'affectation des ressources (présence de personnel et moyens financiers) et des capacités du Programme commun permet, d'une part, à celui-ci d'assurer la direction technique et de se mobiliser pour répondre aux besoins des populations clés, et d'autre part, aux coparrainants de jouer un rôle de coorganisateur et de partenaire dans les actions mises en œuvre par l'ONUSIDA en faveur des populations clés.</p> <p>4.2 Les ressources financières de l'ONUSIDA, y compris les ressources affectées aux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Effectifs et compétences disponibles en interne pour effectuer un travail en lien avec le VIH sur les populations clés, la problématique du genre et les droits humains dans le cadre du Programme commun et chez les coparrainants. ■ Ressources financières du Programme commun affectées au travail effectué pour et avec les populations clés. ■ Éléments montrant que le Programme commun collabore avec les programmes nationaux pour définir les besoins d'appui technique. ■ Éléments montrant que les programmes nationaux sollicitent et reçoivent un appui technique du 	<p><u>Données et documents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Plans de travail, rapports de suivi et rapports sur les résultats du Programme commun. ■ Données concernant les enveloppes allouées aux pays par le Programme commun. ■ Procès-verbaux de réunions, autres documents démontrant le rôle du Programme commun. ■ Évaluations indépendantes de du Programme commun ONUSIDA. ■ Plans d'appui technique pour les populations clés. ■ Procès-verbaux, modalités de l'appui technique, fiches de retour d'information.

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
activités qui s'adressent aux populations clés (au total et en pourcentage du budget du Programme commun) sont suffisantes pour mettre en œuvre les activités.	<p>Secrétariat/bureau de pays et des coparrainants de l'ONUSIDA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Preuve de la capacité du Programme commun à satisfaire rapidement les besoins d'appui technique du pays. ■ Points de vue des parties prenantes sur les compétences et les capacités de l'ONUSIDA et sur le degré d'influence du personnel du Programme commun. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Données sur le budget et les effectifs (Secrétariat et coparrainants) dans les pays étudiés <p><u>Entretiens, discussions de groupe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Réseaux et organisations de populations clés. ■ Personnel du Secrétariat de l'ONUSIDA et du Programme commun. ■ Autorités sanitaires nationales et infranationales/Programmes nationaux de lutte contre le sida. ■ Commission nationale de lutte contre le sida. ■ Partenaires multilatéraux/bilatéraux soutenant les populations clés.

Critères d'évaluation : efficacité et efficience. Ces questions portent sur la mise en œuvre des activités du Programme commun et cherchent plus précisément, d'une part, à établir si ces activités sont mises en œuvre rapidement et de manière efficace, et d'autre part, à déterminer jusqu'à quel point elles ont atteint leur but pour ce qui est des réalisations (produits) et contribué à des résultats « en amont ».

Question d'évaluation n° 5 : Jusqu'à quel point le Programme commun met-il en œuvre les activités s'adressant aux populations clés et concrétise-t-il les réalisations (produits) figurant dans l'UBRAF ? Quels aspects doivent encore être renforcés et pourquoi ?

Justification : Cette question porte sur la mise en œuvre des activités et en particulier sur l'efficacité du Programme commun dans l'exécution des activités prévues. Elle cherche à établir *ce qui a été mis en œuvre par rapport au plan de travail – y compris par population clé et par domaine d'activité (p. ex. types d'orientations et d'outils élaborés avec les PC) – et jusqu'où est allée cette mise en œuvre, notamment en ce qui concerne l'ampleur du soutien apporté.*

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>1.1 Les activités du Programme commun et les prestations d'appui technique pour les populations clés sont mises en œuvre comme prévu (dans les délais, selon le budget et conformément au plan de travail) et permettent d'obtenir les produits/résultats escomptés.</p> <p>1.2 Les parties prenantes et les partenaires dans les pays font preuve de motivation et ont la capacité de participer à la mise en œuvre des activités et des initiatives du Programme commun.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fréquence de la participation des partenaires du Programme commun aux réunions de planification et de contrôle du travail. ■ Degré d'exécution des activités par rapport au plan de travail commun ; ampleur des interventions/couverture du pays et des populations clés ; enveloppes budgétaires dépensées ; résultats communiqués concernant les populations clés. ■ Points de vue des parties prenantes et des partenaires sur l'ordonnancement, le calendrier et l'ampleur des activités et sur leur mise en œuvre conformément au plan de travail. 	<p><u>Données et documents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Plans de travail du Programme commun de 2018 à aujourd'hui, rapports d'activité, rapports sur l'affectation des ressources et les dépenses. ■ Rapports sur les résultats et les réalisations du Programme commun depuis 2018. ■ Modalités de l'appui technique fourni. ■ Procès-verbaux de réunions, rapports d'activité, comptes rendus de participants. ■ Documents produits résultant de l'appui technique fourni, p. ex. feuilles de route pour la prévention/volet

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
	<ul style="list-style-type: none"> Degré d'implication des associations de populations clés et des autres parties prenantes et partenaires dans la mise en œuvre des activités du Programme commun. Voir également les indicateurs ci-dessus pour ce qui est des besoins d'appui technique des pays en rapport avec les populations clés. 	<p>populations clés si des ressources de l'ONUSIDA sont utilisées.</p> <p><u>Entretiens, discussions de groupe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Personnel du Secrétariat et des coparrainants de l'ONUSIDA. Bénéficiaires de l'appui technique du Programme commun. Populations clés et autres partenaires comme le PEPFAR.
<p>Question d'évaluation n° 6 : Jusqu'à quel point les activités du Programme commun sont-elles efficaces pour mobiliser les organisations et réseaux dirigés par des populations clés et leur donner les moyens de suivre et contrôler les politiques et programmes ainsi que la mise en place des services ?</p>		
<p>Justification : Cette question porte plus particulièrement sur les résultats du Programme commun pour ce qui est du renforcement du leadership des réseaux et organisations de PC et de leur participation à la conception et à la prestation des services.</p>		

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>6.1 Les organisations, associations et réseaux dirigés par des populations clés ont la capacité et les outils nécessaires pour participer de manière significative aux instances de gouvernance, de planification stratégique et de suivi des programmes, ainsi qu'aux assemblées au sein desquelles sont prises les décisions – élaboration des demandes de financement présentées au Fonds mondial et mise en œuvre des subventions obtenues, processus en rapport avec les plans opérationnels nationaux du PEPFAR, participation à d'autres instances nationales ou infranationales associées à la riposte au VIH.</p> <p>6.2 De par ses activités, le Programme commun apporte un soutien efficace aux populations clés qui assurent elles-mêmes des services et effectuent un travail de suivi communautaire.</p> <p>6.3 Les actions du Programme commun ont pour effet d'améliorer les relations entre les associations de populations clés et les pouvoirs publics.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Éléments montrant que des réseaux et organisations de populations clés jouent un rôle de premier plan dans des domaines comme l'élaboration de politiques, la planification, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de programmes, ou les prises de décisions. Contribution des populations clés à l'élaboration de plans plus vastes pour le secteur de la santé et le secteur social, et participation à des instances de discussion sur divers sujets (couverture sanitaire universelle, santé et action sociale, pérennisation des financements) Preuve du soutien apporté par le Programme commun à la formation et au renforcement des capacités des réseaux et organisations de populations clés et/ou à la formation des individus (domaines techniques, mise en œuvre, mais aussi capacités de direction dans des domaines comme la conception de programmes, la mobilisation de ressources, la prestation de services ou le suivi et l'évaluation). Éléments montrant que des réseaux et organisations de populations clés lancent et mettent en œuvre des 	<p><u>Données et documents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Plans de travail, rapports de suivi et rapports sur les résultats du Programme commun. Données concernant les enveloppes allouées aux pays par le Programme commun. Programme national VIH et santé : examens, documents, rapports, orientations. Procès-verbaux de réunions, autres documents témoignant de la participation des populations clés aux instances décisionnaires. Évaluations indépendantes du Programme commun ONUSIDA. Rapports des réseaux de populations clés concernant la formation et le renforcement des capacités, évaluation de l'accord de coopération CDC-ONUSIDA, évaluation de l'initiative <i>Fast-Track Cities</i>, évaluation conjointe de la prise en charge de la violence à l'égard des femmes et des filles. Données et rapports de suivi produits par des réseaux de populations clés. Documents et orientations du PEPFAR et du Fonds mondial, concernant par exemple le suivi dirigé par la communauté.

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
	<p>programmes ou des interventions au niveau national.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Éléments montrant que des réseaux et organisations de populations clés utilisent leurs propres données ou des données locales pour contrôler les services qui s'adressent à ces populations et/ou qu'un dispositif officiel de suivi communautaire a été mis en place dans le pays. ■ Preuves de l'existence d'études lancées et menées par des réseaux et organisations de populations clés (publications). ■ Points de vue des parties prenantes et des partenaires sur la nature et l'ampleur de la participation des réseaux et organisations de populations clés. ■ Éléments montrant que le Programme commun contribue à l'élaboration de politiques et de directives qui soutiennent et prennent en compte les organisations dirigées par la communauté ou des populations clés. ■ Éléments montrant que le Programme commun fait progresser la recherche menée par la communauté ou par des populations clés et que les données ainsi produites sont utilisées pour éclairer les prises de décisions. ■ Éléments montrant que le Programme commun alloue des fonds aux organisations dirigées par des populations clés et travaille à persuader les pouvoirs publics et d'autres donateurs de financer ces organisations. ■ Preuves d'une coordination des actions en faveur des populations clés à l'échelle du pays, au niveau des districts et sur le terrain. ■ Perception par les parties prenantes de la contribution des interventions du Programme commun aux résultats obtenus globalement au cours des cinq dernières années. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autres documents de programme portant sur le travail et le suivi effectués par la communauté. ■ Documents en rapport avec les plans opérationnels nationaux <p><u>Entretiens, discussions de groupe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Réseaux et organisations de populations clés et autres représentants de la communauté. ■ Personnel du Secrétariat de l'ONUSIDA et du Programme commun. ■ Autorités sanitaires nationales et infranationales/Programmes nationaux de lutte contre le sida. ■ Commissions nationales de lutte contre le sida. ■ Autres ministères concernés (éducation, protection sociale) ■ Membres des ICN et récipiendaires principaux concernés ; représentants des autres plateformes de coordination du secteur de la santé. ■ Partenaires multilatéraux/bilatéraux soutenant les populations clés. <p><u>Visites sur le terrain</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dans la mesure du possible, pour observer les services et programmes dirigés par des réseaux de populations clés.

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
Question d'évaluation n° 7 : Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il été efficace pour répondre : a) aux besoins des populations clés dans des situations de crise humanitaire ; b) aux besoins essentiels des populations clés durant la pandémie de COVID-19 ?		
Justification : Les catastrophes humanitaires et les conflits civils font courir des risques accrus aux populations clés, un fait que la pandémie de COVID-19 a mis en exergue. Cette question cherche, d'une part, à établir comment le Programme commun a réagi pour répondre aux besoins des populations clés dans des situations de crise humanitaire, et d'autre part, à préciser l'action qu'il continue de mener pour faire face aux effets à long terme de la pandémie de COVID-19.		

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>7.1 Le soutien apporté par le Programme dans des situations de crise humanitaire permet d'assurer la continuité des services et de préserver l'accès à ces services pour les populations clés.</p> <p>7.2 Dans sa contribution aux actions menées contre la COVID-19, le Programme commun répond à des besoins aigus, mobilise des fonds, assure la continuité des services de lutte contre le VIH et permet aux populations clés d'accéder à ces services ainsi qu'aux services de lutte contre la COVID-19.</p> <p>7.3 Le Programme commun exploite au maximum les enseignements tirés de la riposte au VIH pour soutenir des systèmes résistants et pérennes pour la santé, capables de faire face à la COVID-19 et aux pandémies futures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preuves de la prise en compte des besoins des populations clés (des migrants, par exemple) dans les plans élaborés pour faire face aux catastrophes et aux crises humanitaires. ■ Éléments montrant que les plans d'urgence mis au point par les pays pour faire face à la pandémie de COVID-19 comportent une section sur les besoins des populations clés (p. ex. accès aux EPI pour les travailleurs de première ligne issus de PC, dépistage de la COVID-19 et vaccination contre la maladie, filets de protection sociale). ■ Preuves de la participation de représentants des populations clés à la planification de la riposte nationale à la COVID-19. ■ Diffusion par le Programme commun des enseignements tirés de la riposte au VIH pour soutenir la riposte à la COVID-19. ■ Éléments montrant que le Programme commun et les populations clés participent à la préparation des demandes de financement soumises au Fonds mondial dans le cadre du dispositif de riposte à la COVID-19 (C19RM). ■ Éléments prouvant que des organisations dirigées par des populations clés ont bénéficié de moyens pour atténuer les effets de la pandémie de COVID-19. ■ Point de vue des parties prenantes et des partenaires sur le soutien reçu. 	<p><u>Données et documents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Instructions générales et plans mis au point par les pays pour faire face à la pandémie de COVID-19. ■ Documents de niveau national sur des catastrophes humanitaires récentes (guerres, catastrophes naturelles). ■ Rapports du Programme commun sur les enseignements de la riposte au VIH appliqués à la COVID-19. ■ Procès-verbaux de réunions et demandes de financements d'urgence auprès du Fonds mondial ■ Documents/accords de subvention concernant les financements d'urgence. <p><u>Entretiens, discussions de groupe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Personnel du Secrétariat de l'ONUSIDA et du Programme commun. ■ Autorités sanitaires nationales et infranationales/Programmes nationaux de lutte contre le sida. ■ Ministère de la Planification d'urgence/de l'Action humanitaire. ■ Commission nationale de lutte contre le sida. ■ Représentants de l'ICN et des bénéficiaires principaux. ■ Réseaux et organisations de populations clés.

Question d'évaluation n° 8 : Dans quelle mesure le Programme commun contribue-t-il efficacement aux résultats intermédiaires, à savoir : 1) la prestation généralisée de services complets pour les populations clés, notamment les plus vulnérables ; 2) la promotion des droits humains et de l'égalité des genres, l'abolition des lois discriminatoires et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination ; 3) des mécanismes de financement et de programmation pérennes pour les populations clés ?

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
Justification : Cette question cherche à préciser les suites qui sont données aux actions/résultats du Programme commun ainsi que la contribution de ces actions/résultats à la concrétisation des résultats intermédiaires, eux-mêmes nécessaires pour réaliser les résultats stratégiques prioritaires.		

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>Le travail effectué par le Programme commun est un travail de grande qualité qui est suivi d'effets.</p> <p>8.1 Le Programme commun rassemble des données de qualité et ventilées par population clé, qui sont utilisées pour élaborer des plans stratégiques et allouer des ressources, et qui permettent d'obtenir des fonds pour financer des actions en faveur de ces populations. Les responsables de programmes peuvent ainsi accroître l'offre de services de lutte contre le VIH pour les populations clés, y compris pour les plus vulnérables.</p> <p>8.2 Les pays intègrent des données factuelles actualisées dans leurs politiques, leurs orientations, leurs outils et leurs modèles de mise en œuvre, ce qui contribue à la mise en place d'ensembles de services hautement efficaces pour les populations clés, y compris des services intégrés ou reliés entre eux (TB/VIH, santé sexuelle et reproductive, IST, hépatites B/C, maladies non transmissibles).</p> <p>8.3 Le soutien apporté par le Programme commun à des associations de populations clés aux moyens renforcés et à la défense des droits humains et de l'égalité des genres, ainsi que ses efforts pour rendre l'environnement plus favorable, contribuent à faire adopter des politiques et des lois et à faire reculer la stigmatisation et la discrimination.</p> <p>8.4 L'élaboration de plans stratégiques et de plans de pérennisation solides favorise la mise en œuvre de mécanismes de financement et de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Données des programmes nationaux depuis 2018, utilisées pour préciser l'évolution de l'offre de services complets disponibles pour les populations clés et de la couverture de ces services. ■ Preuves de l'utilisation des données fournies par le Programme commun pour déployer à grande échelle une offre de services complets pour chacune des populations clés, y compris les plus vulnérables. ■ Éléments montrant que le plaidoyer du Programme commun auprès des donateurs et des bailleurs de fonds est systématique et porte en priorité sur l'offre de services pour les populations clés et la couverture de ces services, là où les chiffres de l'infection à VIH sont élevés. ■ Éléments montrant que les populations clés reçoivent une attention plus grande dans les derniers plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida par rapport aux précédents, et que des ressources sont affectées aux différentes populations et au sein des populations en fonction de facteurs concourants comme l'âge, le sexe, le niveau de revenu, etc. ■ Éléments montrant, d'une part, que les services complets proposés à plus grande échelle comportent des services intégrés ou orientent vers d'autres services de santé ou services sociaux, et d'autre part, que le mode de prestation est novateur. ■ L'évolution des normes sociales, des normes de genre, des politiques, de la législation et de l'environnement réglementaire témoigne du travail de plaidoyer réalisé et de l'appui technique apporté par le Programme commun. 	<p><u>Données et documents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Données des programmes nationaux sur les ensembles de services proposés aux populations clés et sur la couverture de ces services. ■ Études disponibles (données de séroprévalence, données comportementales, estimations de la taille des populations, données ventilées diverses). ■ Plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida. ■ Demandes de financement présentées au Fonds mondial et rapports du Comité technique d'examen des propositions ; plans et rapports du PEPFAR. ■ Actualisation des politiques et des plans du ministère de la Santé (calendrier pour le déploiement des services à plus grande échelle, l'intégration des services et le recours à des modèles de prestation de services différenciés). ■ Examens des programmes de santé et de lutte contre le VIH/sida. ■ Documents juridiques, documents d'orientation, communiqués de presse, déclarations politiques visant à rendre l'environnement plus favorable. ■ Résultats de mesures et documents démontrant une évolution positive en ce qui concerne l'accès à la justice et aux systèmes de recours. ■ Procès-verbaux des réunions avec les donateurs et les bailleurs de fonds attestant du travail de plaidoyer effectué par le Programme commun en faveur des populations clés. ■ Documents et données sur la mise en place en cours d'une protection sociale tenant compte du VIH et de dispositifs de contractualisation des organisations de la société civile. <p><u>Entretiens, discussions de groupe, visites sur le terrain</u></p>

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
programmation pérennes pour les populations clés.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Éléments montrant que des interventions plus complètes dans le domaine des droits humains favorisent la mise en place de services de santé pour les populations clés (accès à la justice, documentation, réparations) ■ Les mécanismes de financement et de programmation pérennes mis en œuvre témoignent du travail de plaidoyer réalisé et de l'appui technique apporté par le Programme commun. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA, notamment la Banque mondiale. ■ Autorités sanitaires nationales et infranationales. ■ Commissions nationales de lutte contre le sida. ■ Ministère des Finances. ■ Comités pénitentiaires. ■ Ministères de la Justice, de la Police, de la Protection sociale et autres ministères susceptibles de faire évoluer l'environnement. ■ Partenaires multilatéraux/bilatéraux soutenant la prévention du VIH, l'activation de leviers sociétaux et les populations clés. ■ Réseaux de populations clés et organisations communautaires. <p><u>Visite/observation sur le terrain</u> de services complets et intégrés s'adressant à différentes populations clés.</p>
<p>Question d'évaluation n° 9 : Dans quelle mesure le Programme commun réagit-il à des facteurs contextuels déterminants qui ont une incidence sur l'élaboration de programmes pour les populations clés (environnement politique toujours plus conservateur, baisse des ressources consacrées aux programmes de lutte contre le VIH, etc.) ?</p>		
Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>9.1 Le Programme commun fait preuve de souplesse et modifie son action pour s'adapter à l'évolution du contexte ou à des problèmes émergents concernant les différentes populations clés (p. ex. en faisant évoluer son plaidoyer, ses porte-paroles, ses partenariats ou la nature de son engagement).</p> <p>9.2 Les actions du Programme commun font évoluer d'une manière positive le paysage des droits humains et de la santé pour les populations clés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Éléments montrant que des modifications ont été apportées aux activités et aux stratégies du Programme commun pour gagner en influence auprès des pouvoirs publics sur des questions difficiles en rapport avec les populations clés – modifications mises en évidence par une évolution du plaidoyer, des porte-paroles, des partenariats, des tactiques de leadership et de la nature de l'engagement). ■ Points de vue des parties prenantes et des partenaires sur les réponses apportées par le Programme commun à des problèmes délicats et sur l'efficacité de ces réponses. 	<p><u>Données et documents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Documents, rapports et procès-verbaux de réunions du Programme commun. ■ Interventions dans la presse écrite et sur les réseaux sociaux. ■ Déclarations politiques visant à rendre l'environnement plus favorable. ■ Évolution des politiques et des stratégies nationales. <p><u>Entretiens, discussions de groupe, visites sur le terrain</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Partenaires multilatéraux/bilatéraux soutenant la prévention du VIH, l'activation de leviers sociétaux et les populations clés. ■ Réseaux de populations clés et organisations communautaires. ■ Consultants indépendants, milieu universitaire. ■ Fonctionnaires choisis – MdS/PNLS/CNLS.

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
Critères d'évaluation : viabilité. Cette question cherche à établir jusqu'à quel point les bénéficiaires du soutien apporté par le Programme commun aux populations clés vont perdurer.		
Question d'évaluation n° 10 : Dans quelle mesure les résultats obtenus par le Programme commun sont-ils durables, notamment pour les organisations et les actions dirigées par des populations clés ?		
Justification : Cette question cherche, d'une part, à établir la capacité pour les activités et les résultats du Programme commun de se maintenir à moyen et long terme (de 5 à 7 ans), et d'autre part, à préciser les facteurs qui influent sur la viabilité des résultats obtenus par le Programme commun à divers niveaux.		

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
<p>10.1 Les activités et les résultats du Programme commun exercent une influence (p. ex. sur les stratégies des partenaires) et aident à mobiliser des ressources pour pérenniser les organisations et les actions dirigées par des populations clés.</p> <p>10.2 La volonté politique, les capacités des systèmes de santé des pays et les ressources disponibles sont suffisantes pour maintenir le niveau requis d'exécution des programmes de manière à pérenniser les résultats obtenus à moyen et long terme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les changements apportés aux stratégies, investissements et approches de mise en œuvre des partenaires multilatéraux et bilatéraux reflètent un plaidoyer et des interventions du Programme commun qui favorisent des actions et des prestations de services viables dirigées par des populations clés. ■ Soutien du Programme commun à des mécanismes de programmation plus viables – p. ex. contrats sociaux passés entre les gouvernements et des ONG – et renforcement des capacités des associations de populations clés afin qu'elles puissent conclure de tels contrats. ■ Évolution positive des investissements nationaux réalisés dans des actions pour les populations clés (montants, sources, répartition). ■ Intégration du budget et des ressources alloués à la riposte au VIH dans des initiatives nationales afin que personne ne soit laissé pour compte – p. ex. mise en place de régimes nationaux d'assurance maladie et de programmes de protection sociale. ■ Sentiment des parties prenantes quant à la viabilité des interventions du Programme commun et concernant la contribution de l'ONUSIDA à la pérennisation des actions en faveur des populations clés. 	<p><u>Données et documents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Documents du Programme commun, stratégies, plans et rapports des partenaires bilatéraux et multilatéraux. ■ Données sur le financement national et le financement international issues des plans stratégiques nationaux et de documents du Fonds mondial et du PEPFAR. ■ Comptes nationaux de la santé pour les montants alloués à la riposte au VIH et les sommes dépensées. ■ Modalités de l'appui technique fourni sur la question du financement et de la viabilité comprenant notamment des exercices de chiffrage. ■ Déclarations et articles de presse indiquant une nouvelle prise de conscience concernant le financement de programmes pour les populations clés. ■ Stratégies visant à mobiliser des ressources nationales pour le VIH ; stratégies de financement de la couverture sanitaire universelle. <p><u>Entretiens, discussions de groupe, visites sur le terrain</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Réseaux de populations clés et organisations communautaires. ■ Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA, notamment la Banque mondiale. ■ Autorités sanitaires nationales et infranationales/Programmes nationaux de lutte contre le sida. ■ Commissions nationales de lutte contre le sida.

Hypothèses de base	Indicateurs	Sources d'information
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Ministère des Finances ; Ministère de l'Action sociale. ■ Partenaires multilatéraux/bilatéraux soutenant la prévention du VIH, l'activation de leviers sociétaux et les populations clés. ■ Représentants de l'ICN ; représentants d'autres plateformes de coordination du secteur de la santé.



20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

